

Прикладное значение Международной классификации функционального, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (краткий обзор литературы)

А. М. Казьмин, кандидат медицинских наук, Московский городской психолого-педагогический университет, mgppukprd@gmail.com

Г. А. Перминова, педагог-психолог, Московский городской психолого-педагогический университет, galpermi@gmail.com

А. И. Чугунова, педагог-психолог, Московский городской психолого-педагогический университет, anachugunova@gmail.com

В статье приводится описание структуры Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП), использование которой в России ещё не началось. Краткий обзор литературы содержит сведения об опыте внедрения МКФ-ДП в междисциплинарных диагностических и реабилитационных службах, в сфере специального и инклюзивного образования детей с нарушениями развития. Авторы считают, что МКФ-ДП предлагает универсальный язык международного и междисциплинарного общения, содействует внедрению современного подхода к реабилитации и образованию детей с инвалидностью и особыми образовательными потребностями, направленного на реализацию их прав на участие в социальной жизни.

Ключевые слова: классификация, МКФ-ДП, реабилитация, специальное образование, ребенок, индивидуальная программа.

Введение

Всемирной организацией здравоохранения разрабатываются и совершенствуются классификации трех типов, описывающие разные аспекты здоровья и преследующие разные цели: Международная классификация болезней (МКБ, International Classification of Diseases, ICD), Международная классификация медицинских услуг (МКМУ, International Classification of Health Interventions, ICHI), Международная классификация функционирования, ограничений

жизнедеятельности и здоровья (МКФ, International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF).

МКБ является основным инструментом организации мониторинга состояния здоровья населения, что имеет ключевое значение для принятия решений по финансированию и распределению ресурсов в системе здравоохранения. В настоящее время действует 10-й пересмотр МКБ, в 2015 году планируется завершение процедуры 11-го пересмотра.

Для учета и сравнения уровня оказания и развития медицинских услуг в разных странах, в настоящее время разрабатывается МКМУ. Существуют прототипы этой классификации, включая Первую Международную классификацию оперативных вмешательств (1978).

МКФ была одобрена всеми странами-членами ВОЗ, включая Россию, на пятьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 года для применения в странах-членах ВОЗ в качестве международного стандарта для описания и измерения степени нарушений здоровья. Особенностью этой классификации явился экологический подход, позволяющий рассматривать функционирование как интегративный показатель здоровья человека на уровне организма (состояние его структуры и функций), на уровне адаптивного поведения (активности) и участия в социальных ситуациях при учете влияния контекста (факторов внешней среды и личностных факторов). В МКФ инвалидность (ограничение жизнедеятельности, функционирования) рассматривается с позиции биопсихосоциальной модели, т.е. признается, что ограничение реализации активности и участия человека в социальных ситуациях может быть обусловлено биологическими факторами, социальными или их сочетанием. МКФ рассчитана на использование специалистами таких сфер деятельности, как здравоохранение, социальная защита, образование, законодательство, гигиена и других. МКФ принята в ООН как один из инструментов, реализующих применение «Стандартных правил по созданию равных возможностей для лиц с ограничениями жизнедеятельности», утвержденных на 48 сессии Генеральной ассамблеи ООН 20 декабря 1993 г.. Как многоцелевая классификация МКФ используется в статистике, в разработке индивидуальных реабилитационных или образовательных программ и оценке эффективности их реализации, в сравнительных исследованиях методов лечения, реабилитации и обучения, в проведении медико-социальной экспертизы, в управлении социальными программами, в оценке качества жизни и т.д.

С целью учета особенностей оценки функционирования в возрасте от рождения до 18 лет экспертами ВОЗ была разработана и принята в 2007 г. версия МКФ для детей и подростков (МКФ-ДП, International Classification of Functioning, Disability and Health, , version for Children and Youth [9]).

Краткое описание Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков

МКФ-ДП открыла широкие возможности для эффективного междисциплинарного взаимодействия на основе единой системы категорий, позволяющих унифицировать определение индивидуального профиля функционирования ребенка в контексте средовых и персональных (личностных) факторов. В терминах МКФ-ДП ребенок более не рассматривается лишь как носитель какого-либо диагноза, нарушения, дефекта, а принимается как субъект со всеми своими способностями и ограничениями, нуждающийся в адекватной поддержке для расширения возможностей его функционирования.

МКФ-ДП состоит из 2-х частей, предназначенных для определения профиля функционирования и контекста (рис. 1).

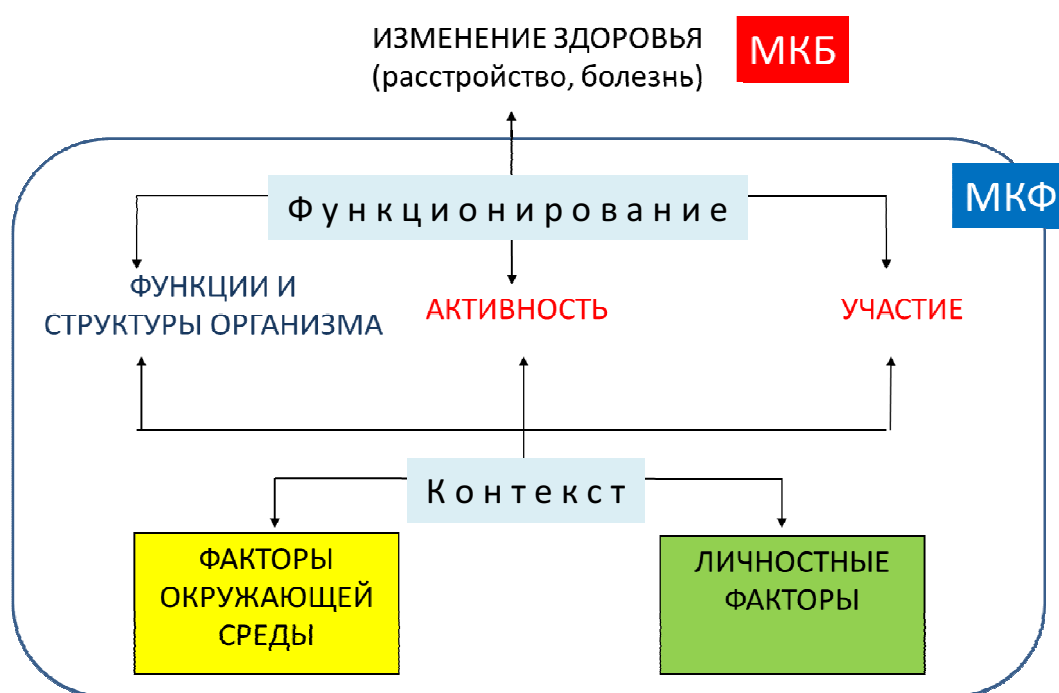


Рис. Структура Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП) и её связь с Международная классификация болезней (МКБ)

Каждая из частей МКФ-ДП состоит из составляющих, в которые входят домены, содержащие категории. Полная классификация содержит 5 составляющих, 30 доменов и 1424 категорий. Первая часть МКФ-ДП, описывающая функционирование ребенка, содержит 3 составляющие: функции организма (включая сенсорные и психические функции), структура организма, активность и участие. Коды категорий составляющих «функции организма» и «структура организма» позволяют идентифицировать наличие у человека нарушения биологического аспекта его жизни – структурно-функциональных расстройств тканей и органов, в том числе нервной системы. В обеих составляющих содержится по 8 доменов (групп категорий). Примеры доменов составляющей «функции организма»:

- психические функции;
- сенсорные функции и боль;
- функции голоса и речи;
- функции сердечно-сосудистой, кровяной, иммунной и дыхательной систем.

В составляющей «активность и участие», включающей 9 доменов, кодируются поведенческие проявления использования приобретенного опыта (исследование, получение знаний, коммуникация, самообслуживание, передвижение, счет, чтение, письмо, игровая активность и т.д.) в типичных жизненных ситуациях (получение образования, бытовая, досуговая деятельность, взаимодействие с другими и т.д.). Примеры доменов составляющей «активность и участие»:

- научение и применение знаний;
- общение;
- подвижность;
- самообслуживание.

Вторая часть включает две составляющие: формализованный раздел «факторы окружающей среды», содержащий 5 доменов и позволяющий определять природные условия, продукты и технологии, поддержку со стороны других людей, установки окружающих, службы, административные системы и политику, которые оказывают влияние на функционирование человека; раздел «личностные факторы», не предусматривающий, на данном этапе развития МКФ-ДП, использования фиксированных категорий и их кодировок.

МКФ-ДП идентифицирует проблемы функционирования человека через понятия «нарушение» (нарушение структур тела и/или снижение или утрата функций тела), «ограничение» (ограничение активности и участия в жизненных ситуациях) или «задержка». Для оценки ограничений используются два определителя: «потенциальная способность» и «реализация».

Значение определителя «реализация» в составляющей «активность и участие» оценивается на основании результатов наблюдения за поведением ребенка в естественных условиях родителями, воспитателями, другими взрослыми, на протяжении предшествующего измерению месяца. Таким образом, снимаются погрешности измерения, вызываемыми новыми, непонятными и часто некомфортными для ребенка условиями проведения экспериментального исследования. В то же время определитель включает влияние на успешность ребенка естественного контекста, в том числе использование ребенком специальных устройств (например – слухового аппарата или очков) и поддержку окружающих людей.

Значение определителя «потенциальная способность без посторонней помощи» в составляющей «активность и участие» оценивается на основании

результатов экспериментального обследования ребенка специалистом без оказания ребенку помощи и использования других поддерживающих средовых средств (включая реабилитационное оборудование, индивидуальные вспомогательные устройства). Таким образом, снимаются погрешности измерения, вызываемые контекстом, включая воздействие экспериментатора.

Для особых целей также допускается измерение ещё двух определителей. Это определитель «потенциальная способность с посторонней помощью», при которой в стандартной ситуации допускается воздействие вспомогательных устройств, поддержки специалиста и определитель «реализация без посторонней помощи». Последний оценивается на основании наблюдений в естественных условиях при отсутствии пользования вспомогательными устройствами и без поддержки. Вариант оценки активности и участия, наиболее приемлемый с точки зрения его прикладного значения, – это оценка только первого определителя. Например: d5400.3.

Система кодировки отдельных категорий в МКФ-ДП имеет универсальную структуру. Коды состоят из латинской буквы, определяющей составляющую классификации, последующих цифр, определяющих категорию внутри составляющей, точки (или знака + для облегчающих факторов среды), цифр после точки, отражающих значения определителей категории. Для составляющей «функции организма» используется буква «**b**», «структура организма» - «**s**», «активность и участие» - «**d**», «факторы окружающей среды» - «**e**».

Примеры кодировок:

- b110.0
- e110+4

Все коды МКФ измеряются с помощью единой шкалы. К соответствующему домену классификации должны подбираться подходящие определяющие слова, указанные ниже в скобках (знак xxx стоит вместо кода):

- xxx.0 НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные,...) 0–4%
- xxx.1 ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые,...) 5–24%
- xxx.2 УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые,...) 25–49%
- xxx.3 ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные,...) 50–95%
- xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные,...) 96–100%
- xxx.8 не определено (не определена тяжесть ограничения)
- xxx.9 не применимо

При оценке функционирования детей вместо терминов «ограничение» или «нарушение» допускается использование термина «задержка».

В составляющей «факторы внешней среды» используются один определитель с негативной или позитивной шкалой, отражающий выраженность влияния фактора на человека с ограниченными возможностями здоровья. Разделитель «точка» указывает на барьеры, а ее замена на знак «плюс» указывает на облегчающие факторы (таблица 1).

Таблица. Градация определителей для факторов внешней среды

xxx.0 НЕТ барьеров	xxx+0 НЕТ облегчающих факторов
xxx.1 НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ барьеры	xxx+1 НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ облегчающие факторы
xxx.2 УМЕРЕННЫЕ барьеры	xxx+2 УМЕРЕННЫЕ облегчающие факторы
xxx.3 ВЫРАЖЕННЫЕ барьеры	xxx+3 ВЫРАЖЕННЫЕ облегчающие факторы
xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ барьеры	xxx+4 АБСОЛЮТНЫЕ облегчающие факторы
xxx.8 не уточненный барьер	xxx+8 не уточненный облегчающий фактор
xxx.9 не применимо	xxx.9 не применимо

Пример: e115+4 – постоянное использование очков, существенно повышающих остроту зрения ребенка.

В рамках принципов МКФ-ДП выявление нарушений структуры и функций организма и оценка их тяжести должно реализовываться преимущественно в медицинских учреждениях (кроме некоторых психических функций), по возможности – с использованием стандартизированных современных аппаратных методик, включая скрининговые.

Оценка активности и участия по определителю «реализация» может проводиться людьми, которые наблюдают за ребенком в повседневной жизни, по крайней мере, делают это регулярно в нескольких типичных социальных ситуациях. Наиболее адекватными респондентами в этом случае являются родители ребенка и другие воспитывающие взрослые, в том числе воспитатели детских садов или домов ребенка. Рекомендуется заполнение соответствующих вопросников психологами или другими специалистами со слов родителей и воспитателей.

Расширенное применение МКФ-ДП сопряжено с необходимостью проведения популяционных исследований для установления критериев степени ограничений. Для этих целей R. J. Simeonsson и D. J. Lollar разработали соответствующие

рекомендации [19] с указанием на контрольные значения величин, рассчитываемых на основе стандартного отклонения.

Исследования внедрения МКФ-ДП

Практика использования диагнозов и нозологических групп для определения целей ранней помощи, специального образования или реабилитации не всегда неэффективна.

МКФ-ДП предлагает альтернативный подход, позволяющий определять профиль функционирования. Кроме того, определяются средовые факторы, влияющие на функционирование ребенка, учет которых необходим для составления индивидуальной программы абилитации или образования ребенка [20, 21].

Применение МКФ-ДП в обследовании детей с нарушениями развития способствует объединению специалистов разного профиля на основе единого языка межпрофессионального общения [9]. Наиболее полную информацию о функционировании и средовом контексте развития ребенка специалисты получают, если используют все части МКФ-ДП [11].

Цели оказания комплексной помощи ребенку с особыми образовательными потребностями преимущественно формируются из категорий разделов «активность и участие» и «факторы внешней среды» [22].

Активность – выполнение ребенком действий [1]; [2], которые он может совершать независимо от контекста. Активность включает в себя как отдельные действия, например, захват карандаша, так и короткие последовательности действий для достижения одной цели, например, надеть носок, съесть бутерброд. Оценка активности по определителю «реализация» отвечает на вопрос, что и как дети делают в повседневной жизни, но не обязательно, что они это хотят сделать во взаимодействии с другими или по их собственной воле. Активность не отражает интенсивность и вовлечение ребенка – т.е. его участие.

Термин **участие** отражает включение личности в важные жизненные ситуации, подчеркивая, что ребенок делает по своему желанию в значимом контексте. Для детей участие определяется как активное включение в типичные виды деятельности, соответствующие или ожидаемые в данном возрасте в определенном контексте [7]; [13]; [18]. Участие как социальный конструкт, включает в себя взаимоотношения между физическими и социальными аспектами среды, индивидуальностью и семьей, привычками и образом жизни. Иначе говоря, участие - «выбранная ребенком активность в конкретной ситуации» [2]. Понятие **участие** также отражает, в какой степени ребенок активно вовлекается в целенаправленную деятельность, которую осуществляют люди в повседневной жизни в различных контекстах, например, в игру в школьном дворе с друзьями или семейный обед. Важно отметить, что участие может включать виды деятельности, которые дети осуществляют самостоятельно, не обязательно вместе с другими. Это

определение понятия участие отражает комбинированную социологическую и психологическую перспективу с акцентом на мотивационных аспектах.

С точки зрения практики, участие определяется по частоте включения и вовлеченности человека в социальные ситуации [6]; [14]. Считается, что на участие влияют следующие средовые факторы: **наличие** – объективное существование ситуации, **доступность** – возможность доступа к ситуации, **цена** – финансовые, временные или энергетические затраты, необходимые для участия, **настраиваемость** – возможность адаптации ситуации, **приемлемость** – готовность окружающих принять человека с ограниченными возможностями.

Для детей от 5 до 17 лет разработан инструмент для оценки участия ребенка в ситуациях дома, в школе и в социуме – “The Participation and Environment Measure for Children and Youth” (PEM-CY). [6]. Инструмент апробирован на 576 родителях детей без нарушений и с нарушениями развития. Доступна бесплатная электронная версия опросника.

Было изучено мнение родителей детей с нарушениями развития о факторах, способствующих улучшению участия детей, определяемому при помощи МКФ-ДП [10]. Обследование проводилось при помощи полуструктурированного интервью с последующим контент-анализом для выделения паттернов и типов активности. В исследовании принимали участие 16 семей с детьми с нарушениями развития в возрасте от 12 до 36 месяцев, получающие услуги в службе ранней помощи. Диагнозы детей включали гемипарез, синдром Дауна, мозаичная трисомия 9 хромосомы, аутизм, неспецифические первазивные расстройства. Родители подчеркивали разные способы включения ребенка в активность в зависимости от типа ситуации: обязательные активности, обеспечивающие домашний быт (домашние рутины, уборка, поход в магазин) и факультативные (игровая деятельность и взаимодействие дома, организованная активность, отдых в социуме). В обязательных формах активности родители ожидают, что ребенок будет следовать правилам и демонстрировать адекватное поведение. В факультативных формах активности, напротив, предполагается, что ребенок ведет себя инициативно, делает выбор, регулирует свое поведение. В обязательных формах активности родители подчеркивают важность использования навыков взаимодействия для прямого, непосредственного общения с другими людьми (улыбка, контакт глаз, способность выражать эмоции и использовать тактильный контакт), умения быть внимательным к другим, не перевозбуждаться во время взаимодействия в социальном контексте и не создавать суматоху.

Родители отмечают важность нахождения активности для совместной деятельности, интересной как для ребенка, так и для взрослого. Основными факторами, описанными родителями были: доступность специальных услуг и информации, профессиональная поддержка, включающая разные подходы для домашней и социальной среды. Также они определили необходимость в создании плана и стратегии для того, чтобы они могли делать осознанный выбор о том, что делать, когда делать, какие специалисты нужны для этого.

Авторы одной из статей описывают использование МКФ-ДП в практике детских физиотерапевтов [7]. Они считают, что внедрение МКФ-ДП способствует тому, чтобы оценка, цели и реализация вмешательства были определены в

индивидуальном образовательном плане, а индивидуальная программа работы с семьей была сфокусирована на участии ребенка в естественных повседневных видах деятельности. При этом акцент должен делаться не на коррекцию нарушений, а на возможностях ребенка расширять степень участия в событиях повседневной жизни. Под естественными условиями предполагаются привычки, режим дня, взаимоотношения, специфичные для конкретного человека и его окружения. Соответственно, задачи, направленные на расширение возможностей ребенка будут решены более эффективно, если они востребованы в естественных условиях жизни ребенка и его окружении. Например, ребенку со спастической диплегией в рамках школьной жизни развитие двигательных возможностей отходят на второй план. Основная цель – обеспечение полноценных возможностей общения со сверстниками. Представляется более актуальным в этом аспекте использование технических средств реабилитации (коляски, ходунки, костыли) для расширения возможностей ребенка в участии в социальной жизни. При составлении программы важно установить связь между такими конструктами МКФ, как реализация и участие, где реализация – это выполнение задачи в реальной жизненной ситуации, участие – это вовлечение в жизненную ситуацию. Цели программы должны быть выбраны, исходя из потребностей ребенка и его желания участвовать в ситуациях. Вмешательство в этом случае сосредоточено на поддержке достижений ребенка в значимых для него целях.

В примере, приведенном в статье, физический терапевт описывает составление плана работы с девочкой 7 лет со спастической диплегией, родители которой обратились для консультации к физическому терапевту с запросом облегчения участия девочки в совместных с семьей видах деятельности, досуге и ежедневных мероприятиях. Мобильность была основным фактором, который способствует или препятствует включению девочки в различные виды деятельности дома, в школе и после школы. После оценки специалист разбил одну большую цель (участие в досуговых мероприятиях) на несколько конкретных задач (самостоятельно выйти из машины, войти в здание, подняться по лестнице, ведущую в комнату отдыха). Также в программу входит подбор необходимых технических средств реабилитации. Таким образом, программа девочки по оптимизации участия в повседневной жизни включала ответы на следующие вопросы «Что девочка будет делать?» (ходить и подниматься по лестнице), «Где?» (в школе, на месте досуга), «При каких условиях?» (характеристика физического окружения – высота ступенек, напольное покрытие, расстояние), а также описание уровня достижений за определенный срок (определение критериев эффективности программы).

То, что абилитационные услуги должны быть сосредоточены на поддержке детей, чтобы они могли справляться с повседневными жизненными ситуациями, а не на нормализации функций их организма, поддерживаются и другими авторами [2].

Помощь детям с ограниченными возможностями способствует их развитию, если она направлена для удовлетворения их потребностей в контексте семьи. Семейная жизнь предлагает широкий спектр повседневных жизненных ситуаций, которые стимулируют многочисленные аспекты детского развития и обеспечивают чувство согласованности и идентичности. Когда дети получают возможность действовать самостоятельно, они узнают о своих собственных возможностях и о

том, как быть независимым, что представляет основной аспект благополучия во взрослой жизни. Важно отметить, что независимость не обязательно означает жить без поддержки других, но иметь возможность контролировать своё участие [4].

Авторы другой статьи предприняли попытку использования МКФ-ДП в работе с детьми с речевыми нарушениями [15]. Основная цель помощи авторами определяется как улучшение качества использования разговорной речи в повседневной жизни. Однако они подчеркивают важность и других целей, связанных с социальным взаимодействием, повышением самооценки и уменьшения негативных социальных установок по отношению к людям с речевыми нарушениями со стороны их окружения.

Внедрение МКФ-ДП в практику происходит в разных странах.

Лонгитюдное исследование, проведенное в Швеции с вовлечением 113 профессионалов 14 междисциплинарных реабилитационных служб, работающих с детьми от 0 до 18 лет, показало, что 1 год спустя после проведения тренинга по МКФ-ДП 72% специалистов стали использовать классификацию в повседневной работе и высказали потребность в разработке адаптированных инструментов на её основе [2].

Поступают сообщения о применении МКФ-ДП в определении степени

инвалидности в двигательной сфере [12], а также при установлении спектра необходимых льгот и потребностей в обеспечении ребенка адаптивным оборудованием и создании других специальных условий в образовательной среде [22].

В Швейцарии [8] проведено исследование, в котором участвовали 143 специалиста, по включению МКФ-ДП в процедуру определения образовательного маршрута детей с инвалидностью, в том числе с целью реализации их права на инклюзивное образование и определения их потребностей в сопутствующих услугах (доступность услуг специалистов, обеспеченность вспомогательными средствами, перевозка из дома в школу и обратно и т.п.).

В Италии было проведено изучение структуры ограничений активности и участия по 55 категориям у 415 детей с инвалидностью, вызванной различными причинами [16]. Оказалось, что 290 из них имеют устойчивые ограничения, причем чаще всего они обнаруживались у детей в возрасте 4-6 лет и преобладали в доменах научения, домашней жизни и основных сфер жизни.

Японские исследователи предложили внедрять принципы МКФ-ДП в программы детских садов по охране здоровья детей [23], а также в практике междисциплинарного взаимодействия в специальных школах [3].

Изучение 35 индивидуальных образовательных программ для детей с аутизмом в службах специального образования в Северной Португалии при помощи МКФ-ДП выявило отсутствие в них целей, связанных с преодолением ограничений участия этих детей в социальных ситуациях [5], что свидетельствует о необходимости реформирования существующей практики образования детей с аутизмом.

Для повышения эффективности междисциплинарного взаимодействия в системе образования детей с инвалидностью в Южной Корее разработан выборочный перечень доменов МКФ-ДП в соотношении с возрастными группами: 3-5, 6-12 и 13-18 лет [22]. В разработке участвовали врачи, родители, специальные педагоги, научные работники. С целью повышения надежности результатов был применен метод Дельфи.

Создаются инструменты на основе МКФ адаптированные для специальных целей.

Примером может служить исследование, проведенное в университете Северной Каролины, в рамках которого были разработаны оценочные листы, применимые к детям, страдающим редкой генетической патологией с прогрессирующим течением [17].

Заключение

МКФ-ДП, разработанная в 2007 году как инструмент оценки функционирования ребенка в контексте личностных и средовых факторов, находит широкое применение в различных сферах деятельности, связанных с охраной здоровья детей и предоставлением комплексной помощи детям с ограничениями жизнедеятельности.

Классификация предлагает универсальный язык международного и междисциплинарного общения, содействует внедрению современного подхода к абилитации и образованию детей с инвалидностью и особыми образовательными потребностями, направленного на реализации их прав на участие в социальной жизни.

МКФ-ДП может применяться различными специалистами для целей, соответствующих их профессиональной деятельности в наиболее подходящем варианте. Например, для врачей наиболее востребованными компонентами МКФ-ДП могут быть категории составляющих «функции организма» и «структура организма»; для психологов – категории доменов «психические функции», составляющих «активность и участие», «факторы внешней среды», «личностные факторы»; для педагогов – составляющей «активность и участие»; для социальных работников – составляющей «факторы внешней среды».

Литература

1. *Adolfsson M., Granlund M., Björck-Åkesson E., Ibragimova N., Pless M. (2010) Exploring changes over time in habilitation professionals' perceptions and applications of the international classification of functioning, disability and health, version for children and youth (ICF-CY)// J Rehabil Med 2010; 42: 670–678*

2. *Adolfsson M.* (2011) Applying the ICF-CY to identify everyday life situations of children and youth with disabilities, Jönköping
3. *Akio T., Koji T., Yutaka S., Yuichiro H., Hisao S.* (2013). Study of ICF/ICF-CY use in the fields related to Special Needs Education for multidisciplinary approaches, Bulletin of The National Institute of Special Needs Education, Vol. 40, pp.
4. *Bornman J. & Rose J.* (2010). Believe that all achieve: Increasing classroom participation in learners with special support needs. Pretoria: Van Schaik
5. *Castroa S., Pintoa A., Simeonsson R. J.* (2012) Content analysis of Portuguese individualized education programmes for young children with autism using the ICF-CY Framework// European Early Childhood Education Research Journal 1–14
6. *Coster W., Bedell G., Low M., Khetan M.A., Teplicky R., Liljenquist K., Gleason K., Kao Y-C.* (2011) Psychometric evaluation of the Participation and Environment Measure for Children and Youth//Developmental Medicine & Child Neurology 53: 1030–1037
7. *Goldstein D.N., Cohn E., and Coster W.* (2004) Enhancing Participation for Children with Disabilities: Application of the ICF Enablement Framework to Pediatric Physical Therapist Practice// Pediatric Physical Therapy, Volume 16 - Issue 2, pp: 81-138
8. *Hollenweger J.* Development of an ICF-based eligibility procedure for education in Switzerland (2011)//Hollenweger BMC Public Health, 11(Suppl 4):S7
9. International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth Version. Geneva: World Health Organization (2007)
10. *Khetani M.A.* (2013) Parent perspectives of participation in home and community life when receiving Part C early intervention services//Topics in Early Childhood Special Education, 01
11. *Klang N.* (2012): Applicability of the ICF-CY to describe functioning and environment of children with disabilities// Doctoral thesis
12. *Liao H-F., Hwang A-W, Pan Y-L, Liou T-H., Yen C-F.* (2013) Application of ICF / ICF-CY to Physical Therapy and the ICF Mobility Scale in Taiwan//FJPT 20 13:38(I): 1-15)
13. *McConachie H., Colver A.F., Forsyth R.J., Jarvis S.N. et al.* (2006). Participation of disabled children: how should it be characterised and measured? *Disability and Rehabilitation* 28(18):1157-64
14. *Maxwell G.* (2012), Bringing more to participation// Dissertation in Disability Research, School of Education and Communication, Jönköping University
15. *McLeod S., Bleile K.* (2004) The ICF: a framework for setting goals for children with speech impairment// Child Language Teaching and Therapy 20, 3; pp. 199-219
16. *Meucci P., Leonardi M., Sala M., Martinuzzi A., Russo E., Buffoni M., Fusaro G., Raggi A.* (2014) A survey on feasibility of ICF-CY use to describe persisting difficulties in executing

tasks and activities of children and adolescent with disability in Italy//Disability and Health Journal, 7

17. *Mory J.L.* Characterizing Functional Limitations in Children Using the *International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth Version(2010)*// A thesis submitted to the faculty of the University of North Carolina at Chapel Hill in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in the Department of Allied Health Sciences, Division of Speech and Hearing Sciences

18. *Newacheck P.W., Halfon N.* (1998) Prevalence and impact of disabling chronic conditions among in childhood. *American Journal of Public Health*, 88(4):610-617.

19. *Simeonsson, R.J., & Lollar, D.J.* Classifying childhood disability with the ICF-CY: from function to context. Paper presented at: the 12th Annual North American Collaborating Center Conference on the ICF; June 5-7, 2006, Vancouver, BC, Canada.

20. *Simeonsson R.J., Leonardi M., Lollar D., Bjorck-Akesson E., Hollenweger J. and Martinuzzi A.* (2009) Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to measure childhood disability//*Disability & Rehabilitation* 25 (11-12), 602-610

21. *Simeonsson R.J.* (2009) ICF-CY: A Universal Tool for Documentation of Disability // *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, Volume 6, Issue 2, pages 70–72

22. *Yoon S.* (2013), Deriving Code Sets for Pupils with Physical Disabilities from the International Classification of Functioning, Disability and Health, for Children and Youth (ICF-CY)//*Am J Phys Med Rehabil.* 2012 Feb;91(13 Suppl 1):S118-23.

23. *Yutaka S., Koji T., and Akio T.* (2013). Compatibility between “Health” in the Course of Study for Kindergarten and ICF-CY, *Bulletin of The National Institute of Special Needs Education*, Vol. 40, pp. 37-49.

Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health, Children & Youth version (a brief review of the literature)

A. M. Kazmin, Candidate of Medical Sciences, Moscow State Psychological and Pedagogical University, mgppukprd@gmail.com

G. A. Perminov, educational psychologist, Moscow State Psychological and Pedagogical University, galpermi@gmail.com

A. I. Chugunova, educational psychologist, Moscow State Psychological and Pedagogical University, anachugunova@gmail.com

The article describes the structure of the International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Adolescents (ICF-CY), the use of which in Russia has not yet started. A brief review of the literature contains information on the experience of the implementation of the ICF-CY in cross-disciplinary diagnostic and habilitation services in the field of special and inclusive education of children with developmental disorders. The authors believe that the ICF-CY provides a universal language of international and cross-disciplinary interaction, promotes the implementation of a modern approach to the habilitation and education of children with disabilities and special educational needs, aimed at the realization of their rights to participate in social life.

Keywords: classification, ICF-CY, habilitation, special education, child, individual program.

Literature

1. *Adolfsson M., Granlund M., Björck-Åkesson E., Ibragimova N., Pless M. (2010) Exploring changes over time in habilitation professionals' perceptions and applications of the international classification of functioning, disability and health, version for children and youth (ICF-CY)// J Rehabil Med 2010; 42: 670–678*
2. *Adolfsson M. (2011) Applying the ICF-CY to identify everyday life situations of children and youth with disabilities, Jönköping*

3. Akio T., Koji T., Yutaka S., Yuichiro H., Hisao S. (2013). Study of ICF/ICF-CY use in the fields related to Special Needs Education for multidisciplinary approaches, Bulletin of The National Institute of Special Needs Education, Vol. 40, pp.
4. Bornman J. & Rose J. (2010). Believe that all achieve: Increasing classroom participation in learners with special support needs. Pretoria: Van Schaik
5. Castroa S., Pintoa A., Simeonsson R. J. (2012) Content analysis of Portuguese individualized education programmes for young children with autism using the ICF-CY Framework// European Early Childhood Education Research Journal 1–14
6. Coster W., Bedell G., Low M., Khetan M.A., Teplicky R., Liljenquist K., Gleason K., Kao Y-C. (2011) Psychometric evaluation of the Participation and Environment Measure for Children and Youth//Developmental Medicine & Child Neurology 53: 1030–1037
7. Goldstein D.N., Cohn E., and Coster W. (2004) Enhancing Participation for Children with Disabilities: Application of the ICF Enablement Framework to Pediatric Physical Therapist Practice// Pediatric Physical Therapy, Volume 16 - Issue 2, pp: 81-138
8. Hollenweger J. Development of an ICF-based eligibility procedure for education in Switzerland (2011)//Hollenweger BMC Public Health, 11(Suppl 4):S7
9. International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth Version. Geneva: World Health Organization (2007)
10. Khetani M.A. (2013) Parent perspectives of participation in home and community life when receiving Part C early intervention services//Topics in Early Childhood Special Education, 01
11. Klang N. (2012): Applicability of the ICF-CY to describe functioning and environment of children with disabilities// Doctoral thesis
12. Liao H-F., Hwang A-W, Pan Y-L, Liou T-H., Yen C-F. (2013) Application of ICF / ICF-CY to Physical Therapy and the ICF Mobility Scale in Taiwan//FJPT 20 13:38(I): 1-15)
13. McConachie H., Colver A.F., Forsyth R.J., Jarvis S.N. et al. (2006). Participation of disabled children: how should it be characterised and measured? *Disability and Rehabilitation* 28(18):1157-64
14. Maxwell G. (2012), Bringing more to participation// Dissertation in Disability Research, School of Education and Communication, Jönköping University
15. McLeod S., Bleile K. (2004) The ICF: a framework for setting goals for children with speech impairment// Child Language Teaching and Therapy 20, 3; pp. 199-219
16. Meucci P., Leonardi M., Sala M., Martinuzzi A., Russo E., Buffoni M., Fusaro G., Raggi A. (2014) A survey on feasibility of ICF-CY use to describe persisting difficulties in executing tasks and activities of children and adolescent with disability in Italy//Disability and Health Journal, 7

17. *Mory J.L.* Characterizing Functional Limitations in Children Using the *International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth Version(2010)*// A thesis submitted to the faculty of the University of North Carolina at Chapel Hill in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in the Department of Allied Health Sciences, Division of Speech and Hearing Sciences
18. *Newacheck P.W., Halfon N.* (1998) Prevalence and impact of disabling chronic conditions among in childhood. *American Journal of Public Health*, 88(4):610-617.
19. *Simeonsson, R.J., & Lollar, D.J.* Classifying childhood disability with the ICF-CY: from function to context. Paper presented at: the 12th Annual North American Collaborating Center Conference on the ICF; June 5-7, 2006, Vancouver, BC,Canada.
20. *Simeonsson R.J., Leonardi M., Lollar D., Bjorck-Akesson E., Hollenweger J. and Martinuzzi A.* (2009) Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to measure childhood disability//*Disability & Rehabilitation* 25 (11-12), 602-610
21. *Simeonsson R.J.* (2009) ICF-CY: A Universal Tool for Documentation of Disability // *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, Volume 6, Issue 2, pages 70–72
22. *Yoon S.* (2013), Deriving Code Sets for Pupils with Physical Disabilities from the International Classification of Functioning, Disability and Health, for Children and Youth (ICF-CY)//*Am J Phys Med Rehabil.* 2012 Feb;91(13 Suppl 1):S118-23.
23. *Yutaka S., Koji T., and Akio T.* (2013). Compatibility between “Health” in the Course of Study for Kindergarten and ICF-CY, *Bulletin of The National Institute of Special Needs Education*, Vol. 40, pp. 37-49.