

Результаты изменения социального и образовательного маршрута детей, имевших диагноз умеренной умственной отсталости и проживавших в стационарных учреждениях социального обслуживания

Русаковская О.А.^{1,2}, Володенкова Е.А.^{3,4}

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, Москва, Россия

²Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия

³Министерство здравоохранения Красноярского края, Россия

⁴Красноярский краевой ПНД №1, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Целью работы являлся анализ результатов коррекции социального и образовательного маршрута воспитанников стационарных учреждений социального обслуживания для детей с психическими расстройствами, имевших диагноз умеренной умственной отсталости. На первом этапе в результате сплошного персонального осмотра 621 ребенка, проживавших в трех стационарных учреждениях социального обслуживания для детей с психическими расстройствами, выявлено 134 ребенка, нуждающихся в уточнении диагноза и, возможно, смене образовательного и социального маршрута. На втором этапе с целью уточнения диагноза и образовательного маршрута проведено комиссионное психолого-медико-педагогическое обследование 48 детей, проживавших в одном из учреждений. У 45 человек показатель интеллекта, оцениваемый тестом Векслера, не соответствовал установленному им диагнозу: у 24 детей показатель IQ находился в интервале, соответствующем показателям интеллекта при легкой умственной отсталости (50—69 баллов); у 21 ребенка показатель IQ был выше 70. По результатам второго этапа был рекомендован перевод 32 детей из стационарной организации социального обслуживания для детей с психическими расстройствами в детские дома системы образования. К третьему этапу исследования переведено 26 детей, которые начали обучение по адаптированным образовательным программам более высокого уровня. На третьем этапе исследования проанализированы результаты адаптации 21 ребенка. Показано, что основные трудности адаптации детей были связаны не со степенью интеллектуальных нарушений, а с трудностями перевода на образовательную программу более высокого уровня, выраженностью эмоционально-волевых и поведенческих расстройств, нарушениями коммуникации. Сделан вывод, что успешность коррекции социального и образовательного маршрута детей зависит от готовности сотрудников образовательных и воспитательных учреждений проводить реабилитационную работу, качества психиатрической помощи.

Ключевые слова: стационарное социальное обслуживание для детей, страдающих психическими расстройствами; умственная отсталость; нарушения интеллектуального развития; тест Векслера; адаптированная образовательная программа

Информация об авторах

Русаковская Ольга Алексеевна* — e-mail: rusakovskaya.o@serbsky.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5602-3904>

Володенкова Елена Александровна — e-mail: kop78-kkpnd@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5007-8960>

Как цитировать: Русаковская О.А., Володенкова Е.А. Результаты изменения социального и образовательного маршрута детей, имевших диагноз умеренной умственной отсталости и проживавших в стационарных учреждениях социального обслуживания. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2023; 57:2:50-61. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-681>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The results of changing the social and educational route of children diagnosed with moderate mental retardation and lived in stationary social services institutions

Olga A. Rusakovskaya^{1,2}, Elena A. Volodenkova^{3,4}

¹ V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

² Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

³ Ministry of Health of the Krasnoyarsk Territory, Krasnoyarsk, Russia

⁴ Krasnoyarsk regional psychoneurologic dispensary №1, Krasnoyarsk, Russia

Research article

Summary. The aim of the work was to analyze the results of the correction of the social and educational route of children, diagnosed with moderate mental retardation, receiving social services in stationary institutions for mentally disabled children. At the first stage, as a result of a continuous personal examination of 621 children living in three stationary social service institutions for children with mental disorders, 134 children were identified who presumably needed to clarify the diagnosis and change the educational and social route. At the second stage, in order to clarify the diagnosis and the educational route, a commission psychological, medical and pedagogical examination of 48 children was carried out. In 45 cases the IQ, assessed by Wechsler test, did not correspond to the diagnosis: in 24 cases the IQ was in the interval, corresponding to mild intellectual disability (50-69 points), in 21 cases IQ was above 70 points. As a result of the second stage, 26 children were transferred from a stationary social service organization for children with mental disorders to children's homes in the education system, where they began training in adapted educational programs at a higher level. At the third stage of the study, the results of adaptation of 21 children were analyzed. It is shown that the main difficulties in the adaptation of children were not associated with the degree of intellectual impairment, but with the difficulties of transferring to an educational program of a higher level, the severity of emotional-volitional and behavioral disorders, communication disorders. It is concluded that the success of the correction of the social and educational route of children depends on the readiness of employees of educational and educational institutions to carry out rehabilitation work, the quality of psychiatric care.

Key words: institutional social services for children; mental retardation; intellectual disability; WISC; adapted educational program

Information about the authors

Olga A. Rusakovskaya — e-mail: rusakovskaya.o@serbsky.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5602-3904>

Elena A. Volodenkova — e-mail: kop78-kkpn@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5007-8960>

To cite this article: Rusakovskaya OA, Volodenkova EA. The results of changing the social and educational route of children diagnosed with moderate mental retardation and lived in stationary social services institutions. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2023; 57:2:50-61. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-681>. (In Russ.)

Conflict of interest: The authors declare no conflicts of interest.

Проведенное в 2003 г. исследование Н.К. Сухотиной, И.Л. Крыжановской выявило случаи необоснованного определения в стационарные учреждения социального обслуживания детей-сирот с пограничными психическими расстройствами и легкой умственной отсталостью. Поднималась проблема гипердиагностики степени выраженности интеллектуальных нарушений у детей-сирот, которая катастрофическим образом определяла их дальнейший социальный и образовательный маршрут, практически без перспектив возможного пересмотра в последующем [Сухотина, 2003]. Несмотря на реализуемое в последние годы в Российской Федерации реформирование системы стационарного социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами [10; 3], данная проблема сохраняет свою актуальность, о чем свидетельствуют результаты последних исследований [1].

До настоящего времени в отдельных регионах Российской Федерации функционируют два типа

интернатных учреждений для детей. Первые предназначены для детей, оставшихся без попечения родителей и не страдающих тяжелыми психическими расстройствами или нарушениями развития. Вторые — для детей, обнаруживающих нарушения развития.

Учреждения второго типа могут называться по-разному. В утратившем силу Федеральном законе от 10 декабря 1995 г. «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» для их обозначения использовался термин «детские дома-интернаты для детей с умственной отсталостью». В действующих в настоящее время Правилах организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений, утвержденных Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24 ноября 2014 г. № 940 н, они обозначены как «детские дома-интернаты для умственно отсталых детей». В Приложении к Приказу Минтруда №918 н вместо этого термина

используется термин «дом интернат, в том числе детский, предназначенный для граждан, имеющих психические расстройства».

При этом, согласно п.3 ст. 21 Правил организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений (Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24 ноября 2014 г. № 940 н), «организации социального обслуживания при оказании социальных услуг не вправе помещать детей-инвалидов, не страдающих психическими расстройствами, в стационарные организации социального обслуживания, предназначенные для детей-инвалидов, страдающих психическими расстройствами, и наоборот».

Таким образом, как бы ни назывались подобные учреждения, в них принимаются дети, нуждающиеся в стационарном социальном обслуживании и имеющие медицинские психиатрические противопоказания к проживанию в иных организациях, например, в социально-реабилитационных центрах, центрах помощи детям, оставшимся без родителей и т.д., а вопросы приема в них детей регулируются «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Согласно последней, от 19.04.2022г., редакции Постановления Правительства РФ от 24.05.2014 № 481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей», в организациях для детей-сирот дети с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) обучаются по адаптированным общеобразовательным программам (АООП) в близлежащих общеобразовательных организациях или, если расстояние между организациями свыше установленного санитарно-эпидемиологическими требованиями, в помещениях организации для детей-сирот (пп. 22–24).

Согласно п.5 ст. 5 «Закона об образовании», в целях реализации права каждого человека на образование федеральными государственными органами, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления: создаются необходимые условия для получения без дискриминации качественного образования лицами с ограниченными возможностями здоровья, для коррекции нарушений развития и социальной адаптации, оказания ранней коррекционной помощи на основе специальных педагогических подходов и наиболее подходящих для этих лиц языков, методов и способов общения и условия, в максимальной степени способствующие получению образования определенного уровня и определенной направленности, а также социальному развитию этих лиц, в том числе посредством организации инклюзивного образования лиц с ограниченными возможностями здоровья. Содержание образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья определяется АООП (ст. 79 Закона об образовании).

Федеральный государственный образовательный стандарт образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) определяет два варианта АООП: вариант 1 — для детей с легкой умственной отсталостью, вариант 2 — для детей с умеренной умственной отсталостью. В первом варианте предметные результаты освоения программы ребенком планируются и включают формирование первоначальных навыков чтения и письма, использование письменной коммуникации для решения практикоориентированных задач, осознанное чтение доступных по содержанию текстов. Во втором варианте освоение программы направлено на «нормализацию жизни ребенка», овладение знаниями, умениями и навыками в рамках инструментов для решения задач повседневной жизни, прежде всего, навыков коммуникации, самообслуживания, бытовой и доступной трудовой деятельности. Формирование у ребенка навыков осознанного чтения и письма, устного счета программой не предусмотрены. При этом возникает следующая проблема. Если на этапе первичного психиатрического обследования, проводимого с целью определения социального маршрута ребенка, оставшегося без попечения родителей или нуждающегося в постоянном уходе, который не могут обеспечить родители, ребенку, обнаруживающему задержку психического развития или легкое нарушение интеллектуального развития, будет установлен диагноз умеренной умственной отсталости, такой ребенок будет иметь все шансы быть принятым в стационарное учреждение социального обслуживания для детей, страдающих психическими расстройствами. В соответствии с установленным ему диагнозом он будет обучаться по второму варианту АООП, при котором элементарные школьные навыки письма, чтения, счета целенаправленно у него формироваться не будут.

Соответственно, пересмотр диагноза, установленного ребенку ранее, и изменение его дальнейшего социального и образовательного маршрута будет вызывать значительные трудности, анализ которых и является основной целью настоящей статьи.

Материалы и методы исследования

Настоящее обсервационное исследование носило лонгитюдный характер и проводилось в три этапа, с 2019 по 2021 г.

На первом этапе в августе 2019 г. в рамках сплошного индивидуального осмотра детей, проживающих в «детских домах интернатах для детей с умственной отсталостью» [3], двумя сотрудниками ФГБУ НМИЦ ПН им В.П. Сербского Минздрава России и двумя специалистами Красноярского краевого ПНД №1, был осмотрен 621 ребенок в возрасте от 3 до 18 лет (Возраст детей M=12,4; Med. =13; Low.Quart.: 10; Upp.Quart.: 15; Std. Dev.: 3,58). Обследование носило скрининговый характер, включало клинико-психопатологи-

ческую оценку психического статуса, элементы патопсихологического исследования [8]

На втором этапе в 2020 г. 48 детей, проживающих в одном из трех стационарных учреждений социального обслуживания Красноярского края (общее количество воспитанников 330 человек), были освидетельствованы территориальной ПМПК с участием сотрудника Красноярского краевого ПНД №1, главного детского психиатра Красноярского края Е.А. Володенковой, осматривавшей детей на первом этапе исследования. Из них в отношении 42 детей (30 мальчиков, 12 девочек) на первом этапе исследования была дана рекомендация проведения комплексного психолого-психиатрического обследования для уточнения диагноза и степени нарушения интеллектуального развития, рассмотрения вопроса об изменении образовательного и социального маршрута. У 6 детей степень нарушения интеллектуального развития оценивалась как легкая, а реабилитационный потенциал как высокий сотрудниками учреждения: 1 ребенок на момент проведения первого этапа исследования находился в психиатрической больнице, 5 детей, поступили в учреждение после окончания первого этапа исследования. Возраст детей составлял от 7 до 19 лет ($M=13,8$; $StD=2,54$). Установленные ранее детям диагнозы были следующие: один из детей имел диагноз тяжелой, остальные — умеренной умственной отсталости. Последняя в двух случаях сочеталась с эпилепсией, в одном — с детским аутизмом на органически неблагоприятном фоне (F 84.01, по МКБ-10). По оценке специалистов стационарного учреждения социального обслуживания, 13 детей могли быть подготовлены к самостоятельному проживанию, при условии социального обслуживания на дому. 16 детей могли быть подготовлены к получению социального обслуживания в полустационарной форме — проживание в формате сопровождаемого проживания в малой группе или в организации социального обслуживания общего типа.

В рамках психологического обследования всем детям было проведено обследование тестом Векслера.

При обработке результатов второго этапа использовались методы описательной статистики, кластерный анализ. Обработка проводилась с использованием программы Statistica 13.0.

По результатам второго этапа исследования диагноз был изменен 43 детям, в отношении 32 детей школьного возраста ПМПК было принято решение об изменении вида адаптированной образовательной программы, переводе детей из стационарных учреждений социального обслуживания в детские дома системы образования. К третьему этапу исследования в детские дома системы образования было переведено 26 детей, в отношении 21 человека имелись сведения об адаптационном периоде, 2 человека были переведены в реабилитационный центр для молодых инвалидов, остальные ожидали перевода.

На третьем этапе исследования проводился качественный анализ 21 характеристики воспи-

танников из детских домов-интернатов системы образования по результатам трехмесячного адаптационного периода пребывания воспитанника в учреждении. Анализ был направлен на оценку успешности адаптации детей, выделение основных трудностей, с которыми столкнулись как дети, так и педагоги учреждений, проводился отдельно по группам, сформированным по результатам проведенного на втором этапе кластерного анализа. Для выделения групп детей с успешной и неуспешной адаптацией и оцениваемых в последующем параметров использовался метод би-кластеризации [5, 6], статистическая значимость проверялась при помощи таблиц сопряженности и Хи-квадрата.

Результаты

Результаты первого этапа исследования

Проведенный осмотр 621 воспитанника всех трех стационарных учреждений социального обслуживания для детей, страдающих психическими расстройствами и нарушениями развития, показал, что 134 ребенка (21,5%) нуждаются в проведении углубленного обследования и уточнении диагноза. У 10 детей (1,6%) диагноз необходимо было дифференцировать с расстройством аутистического спектра, у 4-х (0,64%) — с детским типом шизофрении, у 88 детей, имевших диагноз «Умеренная умственная отсталость» (14,17% от всех осмотренных), — с легкой умственной отсталостью, а в 18 случаях — с задержкой психического развития, общим расстройством речевого развития или со специфическими расстройствами развития учебных навыков.

У детей, имевших диагноз умеренной умственной отсталости, степень выраженности интеллектуальных нарушений, с учетом их возраста, анамнеза, социальной ситуации развития, психического статуса и потенциальной способности к обучению, представлялась не соответствующей установленному им диагнозу. Приведем некоторые выдержки из описаний психического статуса детей на первом этапе исследования: «контактен, ориентирован. Счет до 10. Обобщает, исключает. Различия устанавливает с помощью. Любопытен...»; «... пишет под диктовку, считает в уме, устанавливает различия между птицей и самолетом»; «бегло читает, передает смысл прочитанного»; «тугоухость, знает буквы, в слоги не складывает, пишет на слух простые слова, счет в пределах 10»; «читает простые слова, считает на наглядном материале, правильно исключает 4-й лишний»; «читает, счет до 100, обобщает, исключает, различия устанавливает, метафоры объясняет»; «читает слитно, смысл понимает после повторного прочтения, мышление конкретное: птица — самолет — «у самолета нет хвоста»; «Кубики Косса собирает с помощью, обучаем, лишнее исключает по категориальным признакам»; «Кубики Косса: после обучающих «носиков» [2] самостоятельно собирает фигуры из 9 кубиков».

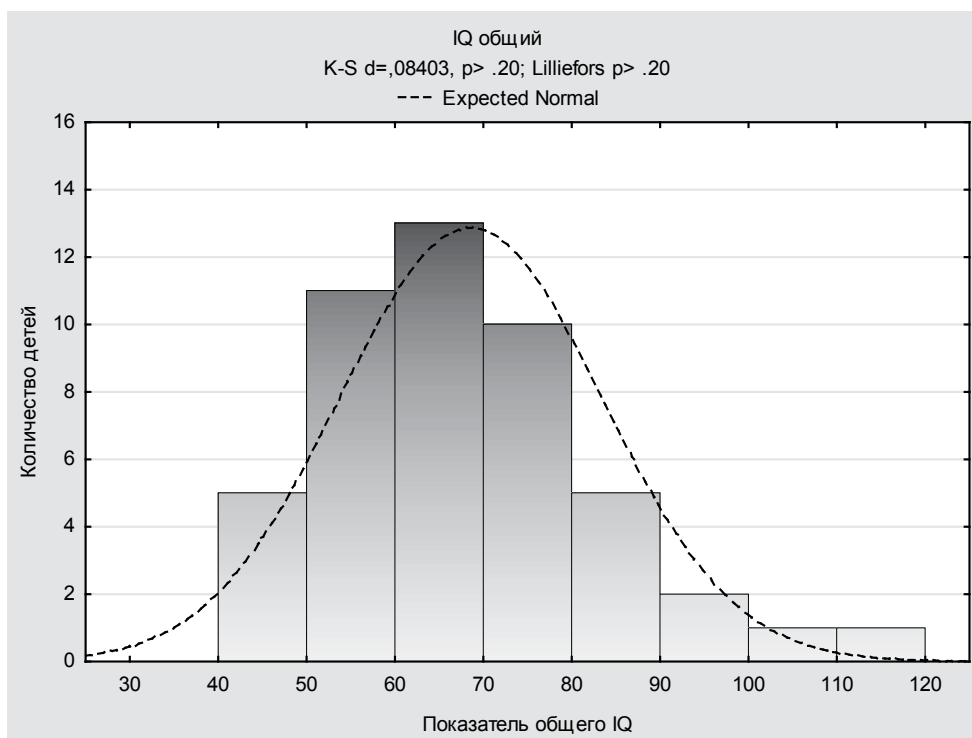


Рис. 1 Распределение результатов теста Векслера у детей, включенных во второй этап исследования.
Fig.1 Distribution of Wechsler test results in children included in the second stage of the study

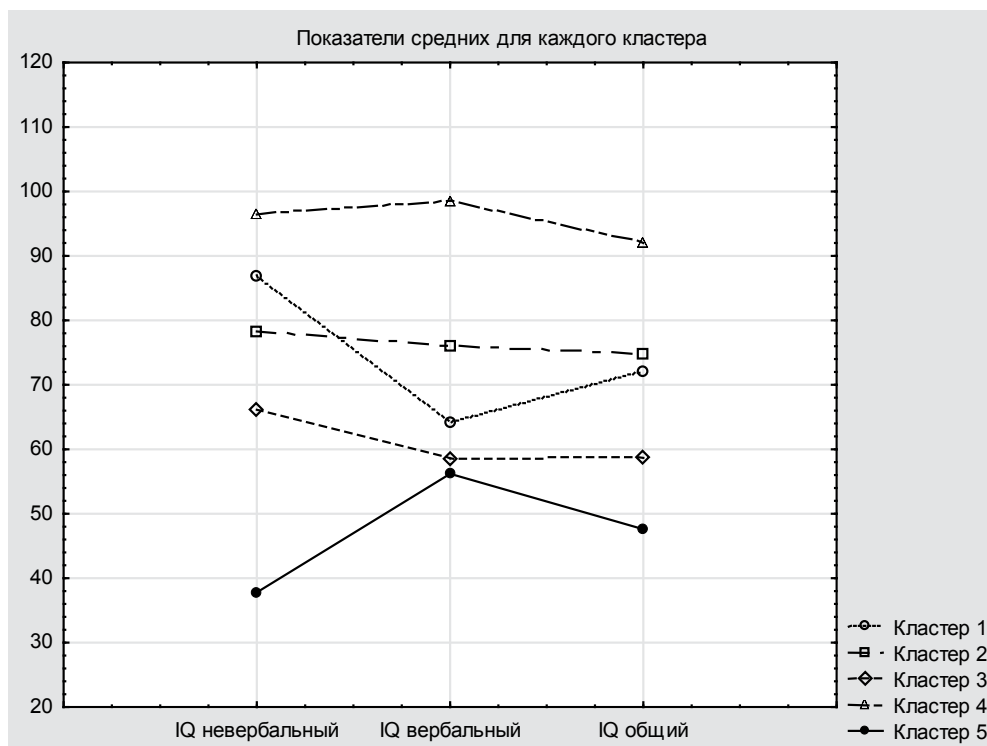


Рис. 2. Кластеры на основании соотношения оценок вербального/невербального/ общего IQ по тесту Векслера
Fig.2 Clusters based on the ratio of verbal / non-verbal / general IQ scores according to the Wechsler test

Таблица 1. Распределение детей на кластеры в зависимости от итоговых результатов теста Векслера
Table 1. Distribution of children into clusters depending on the final results of the Wechsler test

	N	Возраст детей	IQ общий	IQ вербальный	IQ невербальный
Кластер 4	7	M=14,6; StD=3,5	M=92; StD=15,2	M=98,6; StD=10,3	M=96,4; StD=13,6
Кластер 2	11	M=13,7; StD=2,1	M=74,9; StD=4,3	M=76; StD=3,9	M=78,3; StD=8,7
Кластер 1	9	M=14,1; StD=3,1	M=72,2; StD=6,9	M=64,2; StD=6,5	M=87; StD=7,6
Кластер 3	15	M=13,3; StD=2,5	M=58,7; StD=3,9	M=58,6; StD=7,7	M=66,1; StD=7,7
Кластер 5	5	M=12; StD=1,8	M=47,6; StD=2,2	M=56,2; StD=6,1	M=37,8; StD=21,2

Результаты второго этапа исследования

При обследовании 48 детей, проживающих в одном из трех стационарных учреждений социального обслуживания Красноярского края и имеющих диагноз умеренной умственной отсталости, тестом Векслера, показатель интеллекта (IQ) ниже 49, соответствующий умеренной умственной отсталости, был выявлен лишь у троих детей. У 24 детей показатель IQ был в интервале, соответствующем показателям интеллекта при легкой умственной отсталости (50—69 баллов). У 21 ребенка показатель IQ был выше 70.

Полученные результаты иллюстрирует Рис.1.

Кластерный анализ оценок вербального, невербального и общего интеллекта 47 испытуемых позволил выделить 5 групп детей. Результаты кластерного анализа иллюстрируют Рис.2 и Табл.1, в которой кластеры расположены в порядке уменьшения средних оценок по баллу общего интеллекта. По результатам психолого-психиатрического обследования из 7 детей, вошедших в 4 кластер, троим детям диагноз умеренной умственной отсталости был изменен на общее расстройство развития (F 81, по МКБ-10), троим — на легкую умственную отсталость. В отношении одного ребенка было дано заключение, что он психическим расстройством не страдает, обнаруживает социально-педагогическую запущенность.

Из 11 детей, вошедших во 2 кластер, десяти детям диагноз был изменен на легкую умственную отсталость без нарушений поведения (F 70.09, по МКБ-10), одному — на легкую умственную отсталость с нарушениями поведения, требующими ухода и лечения (F 70.19, по МКБ-10).

Из 9 детей, вошедших в 1 кластер, одному ребенку диагноз изменен на общее расстройство развития (F 81, по МКБ-10), остальным — на легкую умственную отсталость.

Из 15 детей, вошедших в третий кластер, двоим детям диагноз был оставлен без изменений, 12 изменен на легкую умственную отсталость, одному — на атипичный аутизм (F 84.11, по МКБ-10)).

Из 5 детей, вошедших в 5 кластер, троим диагноз оставлен без изменений, двоим изменен на легкую умственную отсталость.

Таким образом, диагнозы были изменены 42 детям, 5 детям диагноз был оставлен без изменений. В соответствии с выраженностью когнитивных, эмоционально-волевых, поведенческих наруше-

ний был определен дальнейший образовательный маршрут детей. 42 детям была дана рекомендация по смене образовательной программы. Перевод на обучение по адаптированной образовательной программе для детей с легкой умственной отсталостью был рекомендован 34 детям. 3 подросткам было рекомендовано профессиональное обучение, 2 детям с нарушениями слуха — обучение по программе для слабослышащих с легкими интеллектуальными нарушениями, 2 детям — обучение по адаптированной программе для детей с РАС, 1 ребенку — обучение по общеобразовательной программе для детей с задержкой психического развития ФГОС 7.2.

5 детей с подтвержденным диагнозом умеренной умственной отсталости остались проживать в ДДИ. Всего решение о переводе из стационарных учреждений социального обслуживания в детские дома системы образования было принято в отношении 32 детей.

Результаты третьего этапа исследования

Качественный анализ 21 характеристики по результатам трехмесячного адаптационного периода детей, переведенных в учреждения системы образования, показал, что успешность их адаптации не была напрямую связана со степенью интеллектуальных нарушений.

Четвертый кластер

Из семи детей, вошедших в четвертый кластер, изменение образовательного маршрута было рекомендовано всем детям. Две девушки, достигшие 18-летнего возраста, были переведены в реабилитационный центр, являющийся центром подготовки к сопровождаемому проживанию, начали получать профессиональное образование. Трое воспитанников на момент проведения третьего этапа исследования ожидали путевку. Таким образом, в интернатное учреждение системы образования было переведено 2 ребенка:

Первому, мальчику 11 лет, диагноз был изменен на: «Психическим расстройством не страдает, социально-педагогическая запущенность», было рекомендовано обучение по программе ЗПР, ФГОС 7.2. Его перевод в учреждение системы образования больших сложностей не вызвал. Его адаптация к новым условиям оценивалась как успешная, он справлялся с образовательной про-

граммой, отмечавшиеся сложности связывались сотрудниками с такими его индивидуально-психологическими особенностями, как обидчивость, раздражительность, злопамятность, несерьезное отношение к трудовым поручениям, отсутствие особого желания учиться, иногда резкие эмоциональные перепады, не критичность.

Однако, с переводом в детский дом системы образования 15-летнего подростка, обучавшегося ранее по программе для детей с умеренной умственной отсталостью, возникли большие сложности. В связи с важностью данного случая остановимся на нем подробнее.

Мальчик, 2005 г.р., в возрасте 7 лет после смерти матери был определен в детский дом, откуда в связи с неуспешностью усвоения общеобразовательной программы в возрасте 9 лет с диагнозом «Умеренная умственная отсталость» (F 71.09) был переведен в стационарное учреждение социального обслуживания для детей, страдающих психическими расстройствами, где обучался по программе для детей с умеренной умственной отсталостью. В 2020 г. при обследовании тестом Векслера общий показатель 114 баллов, врачом-психиатром диагноз был изменен на «Смешанное расстройство учебных навыков» (F 81.3, по МКБ-10), ПМПК было рекомендовано обучение по адаптированной общеобразовательной программе.

В том, что не было связано с учебой, адаптация ребенка оценивалась как удовлетворительная: ему нравилось в детском доме, по мере привыкания он шел на контакт с детьми и взрослыми, с удовольствием посещал компьютерный класс, швейную и творческую мастерские, спортивные секции. Основные трудности оказались связаны с не соответствующим 15-летнему возрасту объемом знаний: читал по слогам, писал печатными буквами, не умел решать задачи за второй класс, примеры «в столбик», и несформированностью навыков произвольной познавательной деятельности. Мальчик «отказывался прилагать усилия к заучиванию нового материала», внимание на учебных заданиях мог удерживать не более 15 мин, игровой мотив деятельности оставался ведущим. Несмотря на то, что в педагогической характеристике отмечалось, что ребенок понимает смысл прочитанного, владеет прямым и обратным счетом, умеет решать простые примеры, способен перенести заученный материал на более сложный, акцент делался на тех аспектах, в которых он был неуспешен. Указывалось, что примеры на умножение и деление он выполняет при помощи сложения и вычитания, «прописные буквы пытается угадывать», «часто действует методом угадывания, подбора, пытаюсь считать эмоциональную реакцию педагога». Учреждение, ссылаясь, в том числе, на пропуск подростком сензитивных периодов развития познавательной деятельности и иные психологические задачи возраста, подняло вопрос о невозможности обучения ребенка по адаптированной общеобразовательной программе. Лишь после неоднократных обсуждений данного вопроса с участием главного детского

психиатра Красноярского края было принято решение о продолжении обучения подростка по адаптированной общеобразовательной программе, в индивидуальном режиме, с определением его во второй класс общеобразовательной школы.

Второй кластер

Из 11 детей, вошедших во второй кластер, всем детям диагноз был изменен на легкую умственную отсталость, у одного ребенка в сочетании с тугоухостью, всем был рекомендован перевод в учреждение системы образования с обучением по адаптированной программе для детей с легкой умственной отсталостью. К третьему этапу исследования 8 детей были переведены в детский дом, данные по адаптационному периоду имеются в отношении 5 человек.

У трех детей (9 лет, 12 лет, 15 лет) перевод в иное учреждение и на другую образовательную программу прошел успешно. Они легко освоились в детском доме, сразу вступили в контакт с другими воспитанниками, легко включались в различные занятия, проявляли заинтересованность. По результатам психолого-педагогической диагностики констатировались ограниченный объем школьных навыков и эмоционально-волевая незрелость, но каких-либо трудностей с переходом на образовательную программу более сложного уровня сотрудники детских домов не ожидали.

У двух детей при переводе в детский дом системы образования адаптация проходила тяжело. У одного ребенка (11 лет) отмечались сложности в общении со сверстниками, дети над ним насмехались, однако после серии проведенных педагогами бесед напряжение в коллективе снизилось. Имеющиеся у ребенка невротоподобные расстройства (нарушения сна, страхи) и такие патохарактерологические особенности, как эмоциональная неустойчивость, плаксивость, импульсивность, поверхностный познавательный интерес, невысокие работоспособность и продуктивность деятельности, воспринимались специалистами адекватно. Указывалось, что «ребенку требуется оказание помощи организующего, стимулирующего, контролирующего и конкретно-обучающего характера, постоянный контроль со стороны учителя. Сложностей у персонала с воспитанником нет».

Характеристику в отношении второго ребенка (С., 12 лет) приведем полностью, с небольшими сокращениями, в качестве отрицательного примера оценочного описания подростка, имеющего интеллектуальные, эмоционально-волевые и поведенческие нарушения. «Период адаптации воспитанника проходил тяжело. Подросток с трудом подчинялся режиму детского дома, часто создавал и создает конфликтные ситуации с одноклассниками и с детьми других групп практически по любому поводу (посмотрели на него как-то не так; сказали что-то, что ему не понравилось), в таких случаях С. сразу начинает кричать, выражаться ненормативной лексикой, бегать по комнате, истерически кричать, затем может убежать с целью спрятаться, но спустя минут пять, возвращается в

группу и ведет себя как ни в чем не бывало. Учебная мотивация очень низкая. Адаптированную программу основной общеобразовательной программы для детей с легкой умственной отсталостью не усваивает и не пытается усвоить. Школу посещает эпизодически, по настроению. Говорит, что не хочет учиться, потому что не успевает за темпом работы класса, однако в беседе с учителями выяснилось, что работа в классе с ним ведется индивидуально (задания даются на карточках, и время для выполнения задания увеличено). Если же С. пошел в школу, то находится там на 1-2 уроках, затем приходит в детский дом и начинает выдумывать различные отговорки (устал, заболел живот или голова, его обидели).

При медицинском осмотре, оказывается, что он абсолютно здоров. В общении с взрослыми подросток идет на контакт, старается произвести хорошее впечатление, разговаривает тихо и заискивающе, ждет, чтобы его похвалили, при этом может не соблюдать субординацию, быть навязчивым, встречается в разговоры взрослых. Не допускает замечаний в свой адрес, его тон резко меняется (повышает голос и даже кричит). Систематически наблюдаются признаки повышенной нервозности, агрессии, состояние эмоционально неустойчиво, быстрая смена настроения (в один момент он может заплакать и рыдать без повода, а в следующее мгновение начинается истерический смех до закатывания). Любит конструировать, рисовать и играть в планшет в одиночестве, в свое пространство редко кого допускает. В группе не пользуется ни симпатией, ни уважением среди детей, они его недолюбливают, и, зная его взрывной характер, стараются с ним не общаться. В моменты истерик может нанести себе и окружающим телесные повреждения различной степени тяжести (кусает себя, кидается в драку, рычит как медведь, нервно трясет руками, заламывает их), тем самым представляет угрозу для себя и окружающих».

Заметим, что по данной характеристике, на наш взгляд, можно сделать вывод о наличии у подростка нарушений поведения, однако, сложно оценить то, насколько они могут быть скорректированы фармако- или психотерапией, но неготовность педагогов работать с этим подростком, как нам кажется, сомнений не вызывает. Мальчик был представлен на ПМПК и возвращен в стационарное учреждение социального обслуживания, где у него также отмечались нарушения эмоционально-волевой сферы и поведения, но в условиях постоянно проводимой коррекционной работы они были менее выражены.

Первый кластер

Из 9 детей, вошедших в первый кластер, двое подростков 17 и 18 лет были переведены в реабилитационный центр, начали обучение по адаптированной профессиональной программе. На момент проведения третьего этапа исследования в детские дома системы образования были переведены шестеро, имелись характеристики по

адаптационному периоду в отношении четырех детей.

Перевод одного ребенка, мальчика 10 лет, вызвал наибольшие сложности, которые были связаны с имеющейся у него эмоциональной неустойчивостью, импульсивностью, конфликтностью. В характеристике имелись указания на «эмоциональную неадекватность» ребенка, проявления агрессии («...проявляет агрессию, бывает безудержная ярость, теряет контроль, может кидаться предметами, ударить, толкнуть...»). Отмечалось, что «во время приступов агрессии опасен для окружающих», «индивидуальная работа педагога-психолога малоэффективна». С обучением по программе 6 класса для детей с легкой умственной отсталостью ребенок не справлялся, в классе мешал заниматься другим детям, школа обратилась с требованием перевести ребенка на надомное обучение.

Двое детей, мальчик 9 лет и девочка 14 лет, адаптировались удовлетворительно. При их переводе в учреждение системы образования возникли сложности, связанные с более низким, чем у остальных воспитанников, уровнем эмоционально-волевого развития: оба ребенка были тревожны, плаксивы, нарушали правила социального общения: часто были навязчивы, обращались к педагогам: «мама» и «папа», мальчик нуждался в организующей помощи при самообслуживании. Из-за этого оба ребенка подвергались насмешкам со стороны других воспитанников, но благодаря педагогической работе данную проблему удалось в значительной степени решить. При описании обоих детей использовались эмоционально-положительные характеристики: «доброжелательный», «щедрый», «настроена на сотрудничество». Обучение детей сразу было организовано как индивидуальное, и неуспешность в усвоении программного материала как катастрофа не оценивалась.

Наконец, перевод в детский дом системы образования одной девочки 12 лет больших сложностей не вызвал. Она требовала большей помощи педагогов, в том числе для включения в общую деятельность, слабо справлялась с учебным материалом, но была способна соблюдать все правила учреждения, ответственно относилась к трудовым поручениям, с интересом участвовала в дополнительных образовательных программах и различных конкурсах, быстро подружилась с детьми.

Третий кластер

Из 15 детей, вошедших в третий кластер, двое мальчиков (15 и 13 лет) без каких-либо сложностей адаптировались к переводу в учреждение системы образования и на обучение по программе для детей с легкой умственной отсталостью. Необходимо отметить, что обоим детям диагноз «Умеренная умственная отсталость без нарушений поведения, требующих ухода и лечения» был установлен после окончания первого класса, тогда же дети были определены в стационарное учреждение социального обслуживания. При переводе в детский дом системы образования дети, согласно характеристикам, быстро влились в коллектив,

чувствовали себя комфортно, активно участвовали во всех мероприятиях, удовлетворительно усваивали учебный материал, не нарушали режим.

У одного мальчика (10 лет), имеющего выраженные речевые нарушения, отмечались трудности исключительно с учебной деятельностью. Он не справлялся с программой, при выполнении инструкций требовал многократных их повторений и демонстрации действий, читал только по слогам, не мог объяснить смысл прочитанного, буквы писал только по образцу, не мог самостоятельно написать слово под диктовку, требовалось проговаривание каждой буквы. Ставился вопрос о представлении его на ПМПК для возврата к обучению по программе для детей с умеренной умственной отсталостью, при этом не учитывалось, что требуемые навыки и не могли быть сформированы у ребенка при предыдущем обучении.

У трех детей, помимо того, что они не справлялись с учебной программой, основная сложность возникла с нарушениями поведения. Так, про одну из девочек указывалось, что у нее отмечаются резкие перепады настроения, она «кричит по любому поводу», «набрасывается на детей», «может ударить, щипнуть, вцепиться «мертвой хваткой» в волосы, расцарапать руки и лицо, разбрасывает вещи, бросает их в окружающих, ругается, обзывается». В характеристике, которая имела выраженный оценочный характер, отмечалось, что девочка «подбирает мусор с пола, вытаскивает пищевые отходы из мусорниц и съедает их». При описании особенностей учебной деятельности перечислялись те компоненты программы, которыми девочка не владела, делался вывод, что «большинство заданий не доступны ее пониманию». Двое детей были направлены на ПМПК, по ее итогу были возвращены в учреждение системы соцзащиты.

Также возникли проблемы с адаптацией в учреждении системы образования ребенка 10 лет, обнаруживавшего расстройство аутистического спектра (F84.01, по МКБ-10). За время проживания в учреждении социального обслуживания у ребенка отмечалась отчетливая положительная динамика: он стал поддерживать диалог, общаться со сверстниками, увеличился его словарный запас, развилась игровая деятельность, расширился спектр учебных занятий, к которым он проявлял интерес, в связи с чем ПМПК было принято решение о необходимости его перевода в учреждение системы образования. Однако там, согласно характеристике, мальчик требовал повышенного внимания, с детьми на контакт не шел, обращение к нему взрослых с просьбами или замечаниями часто игнорировал. Указывалось, что мальчик «живет в своем внутреннем мире», часто разговаривает сам с собой или с вымышленными персонажами, иногда начинает однообразно двигать головой, подергивать плечами, без причины смеяться», «занять ребенка невозможно, так как он не проявляет никакого интереса к предлагаемым видам деятельности, индивидуальные занятия с педагогом-психологом также каких-либо

стабильных результатов не дают». Делался вывод о необходимости возвращения ребенка в «специализированное учреждение» для получения «квалифицированной помощи» без учета того, что при имеющемся заболевании ребенку требуется больше времени для адаптации, он нуждается в проведении специальной реабилитационной работы.

Пятый кластер

Из детей, вошедших в 5 кластер, диагноз был изменен двоим, один ребенок (13 лет) был переведен в детский дом системы образования, где у него отмечались характерные нарушения эмоционально-волевой сферы: был инфантилен, шаловлив, отвлекаем, нуждался в большем контроле со стороны педагогов и воспитателей (на занятиях надо было постоянно находиться рядом, самостоятельно ничего не мог выполнить). При выполнении учебных заданий быстро уставал, усидчивости не проявлял, терял интерес и начинал нервничать. Знания подростка не соответствовали возрасту, читал по слогам, не понимал смысла прочитанного, текст печатал большими буквами, не соблюдая орфографический режим, счет в пределах 100 с подсказками, примеры считал по линейке, состав числа не понимал.

Несмотря на то, что, в целом, ребенок в учреждении удерживался, был доброжелателен, стремился помогать воспитателям, в характеристике акцентировалось внимание на том, что со временем он стал проявлять упрямство и непослушание, нередко паясничал, не мог запомнить имена воспитателей и обращался к ним «мама», «папа», «дедушка», как это допускалось в предыдущем учреждении. Указывалось, что ребенок с образовательной программой не справляется, «нуждается в ежедневной работе для усвоения элементарного». По-видимому, в связи с неготовностью учреждения осуществлять такую работу, мальчик был повторно представлен на региональную ПМПК, которая рекомендовала ему обучение по АООП для детей с умеренной умственной отсталостью.

Таким образом, адаптацию 8 детей учреждения оценивали как успешную. Возраст этих детей составлял от 10 до 17 лет ($M=13,5$; $SD=2,4$; $Me=14$). Показатель общего IQ составлял от 56 до 101 ($M=72,3$; $SD=13,8$; $Me=69,5$).

У 13 детей отмечались трудности с адаптацией, трое были выведены из детского дома-интерната, возвращены в стационарное учреждение социального обслуживания, еще в отношении 6 человек детскими домами системы образования с разной степенью настойчивости поднимался вопрос о необходимости такого перевода. Возраст детей составлял от 7 до 19 лет ($M=12,9$; $SD=3,04$; $Me=13$). Показатель общего IQ составлял от 50 до 114 ($M=69,4$; $SD=17,2$; $Me=64,5$).

На основании анализа характеристик детей были выделены параметры, которые имели значение для успешности адаптации ребенка в учреждении: нуждаемость в постоянном контроле, нарушение коммуникации со сверстниками, на-

Таблица 3. Статистическая значимость параметров, важных для успешной адаптации ребенка в детском доме системы образования
Table 3. Statistical significance of the parameters important for the successful adaptation of a child in an orphanage of the education system

	Общее количество	Дети, которые успешно адаптировались (N=8) (1/0)	Дети, имевшие проблемы с адаптацией (N=13) (1/0)	Хи-квадрат	p
Нуждаемость в постоянном контроле	17	5/3	12/1	2,85	0,09
Нарушение коммуникации со сверстниками	12	3/5	9/4	2,04	0,15
Наличие учебной мотивации	12	6/2	6/7	1,68	0,19
Критичные проблемы с учебой	11	1/7	10/3	8,24	0,004*
Проблемы в общении со взрослыми	10	1/7	9/4	6,39	0,0115*
Эмоциональная неустойчивость	8	1/7	7/6	3,59	0,058
Нарушения поведения	8	0/8	8/5	7,95	0,048*
Нарушения режима учреждения	7	0/8	7/6	6,46	0,011*
Проблемы с самообслуживанием	7	2/6	5/8	0,40	0,525
Агрессивное поведение	4	0/8	4/9	3,04	0,08
Аутистическое поведение	4	0/8	4/9	3,04	0,08
Выраженные невротоподобные реакции	3	0/8	3/10	2,15	0,142

личие учебной мотивации, критичные проблемы с учебой, проблемы в общении со взрослыми, эмоциональная неустойчивость, нарушения поведения, нарушения режима учреждения, проблемы с самообслуживанием, агрессивное поведение, аутистическое поведение, выраженные невротоподобные реакции. Наличие каждого из параметров кодировалось единицей, отсутствие — нулем. Для оценки частоты встречаемости каждого из параметров в группах детей, которые успешно или недостаточно успешно адаптировались в учреждении, использовалась процедура биклассификации. Статистическая значимость каждого из параметров для успешности адаптации ребенка проверялась при помощи таблиц сопряженности и Хи-квадрата. Полученные результаты представлены в Табл.3. Таким образом, при сравнении детей, успешно и неуспешно адаптировавшихся в учреждении, статистически значимыми оказались такие параметры, как наличие критичных проблем с учебой, нарушения режима учреждения, проблемы в общении со взрослыми, нарушения поведения. В то же время необходимо отметить, что все дети с агрессивным и аутистическим поведением либо были выведены из детских домов системы образования и возвращены в стационарные учреждения социального обслуживания, либо планировались к выведению. В связи с этим мы связываем отсутствие статистической значимости

данных параметров исключительно с небольшим объемом выборки.

Обсуждение

Таким образом, диагноз умеренной умственной отсталости детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, находящимся в стационарных учреждениях социального обслуживания, в 13,6% случаев был поставлен необоснованно. При этом нарушалось определение социального и образовательного маршрута детей, что существенно ограничивало возможности их абилитации и социальной адаптации.

В случае изменения детям диагноза в последующем, коррекция их социального и образовательного маршрута вызывает большие сложности, которые связаны не столько с интеллектуальными возможностями детей, сколько с трудностями их перевода на образовательную программу более высокого уровня, а также с выраженностью у детей поведенческих расстройств, эмоционально-волевых нарушений, а также в случаях, когда интеллектуальное расстройство сопровождается имеющееся у ребенка расстройство аутистического спектра. В работе с такими детьми специалисты детских домов-интернатов системы образования часто демонстрируют свою беспомощность и настаивают на возврате ребен-

ка в стационарное учреждение социального обслуживания.

Однозначный успех перевода даже 8 детей в детские дома-интернаты системы образования с обучением по образовательной программе более высокого уровня, мы оцениваем как очень хороший результат, который оказался возможен исключительно благодаря совместной работе психиатрической службы, департамента социальной защиты, сотрудников стационарных учреждений социального обслуживания, детских домов, образовательных организаций. К настоящему времени, благодаря совместным усилиям специалистов, лишь три ребенка возвращены в стационарные учреждения социального обслуживания.

Заключение

Согласно результатам проведенного специалистами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России персонального осмотра получателей стационарных социальных услуг, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания для детей, страдающих психическими расстройствами и нарушениями психического развития, основной контингент в таких учреждениях составляют дети, обнаруживающие расстройства интеллектуального развития (умственная отсталость, по МКБ—10). Проблемы стационарного социального обслуживания этих детей носят комплексный характер, «находясь на стыке разных дисциплин» [7], а их решение возможно лишь при совместной работе психиатрических, психологических, социальных и педагогических служб. При этом одной из основных сложностей социального обслуживания детей с нарушениями интеллектуального развития является высокая частота встречаемости у них расстройств поведения, коррекция которых затруднена и ретардацией психического развития

ребенка, и особенностями его социального взаимодействия с окружающими при нахождении в определенной социальной ситуации развития [7].

Задачами психиатрической помощи, которая должна оказываться на основе одобренных научно-практическим советом Минздрава России и утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями клинических рекомендаций^{*,**}, является адекватное установление детям, нуждающимся в стационарном социальном обслуживании, клинического диагноза, лечение, основными целями которого является редукция или устранение сопутствующих поведенческих нарушений, медицинская реабилитация [4].

Согласно диагностическим критериям Медицинской классификации болезней (далее МКБ-10), несмотря на все имеющиеся ограничения, для установления клинического диагноза использование стандартизированных методов оценки интеллекта является обязательным. Согласно утвержденным Минздравом клиническим рекомендациям, у детей с нарушениями интеллектуального развития методы диагностики должны включать, в том числе, данные психометрических методов диагностики, с учетом качественных оценок интеллектуального и адаптивного функционирования, для постановки или подтверждения диагноза требуется оценка динамики психического недоразвития, связанного с возрастом и проводимыми лечебно-реабилитационными мероприятиями [4]. В связи с этим представляется, что врачи-психиатры при установлении ребенку клинического диагноза должны осознавать свою ответственность за определение его дальнейшего социального и образовательного маршрута и не допускать гипердиагностики умеренной умственной отсталости у детей, нуждающихся в стационарном социальном обслуживании.

Литература / References

1. Забалуев К. А. Оценка реабилитационного потенциала несовершеннолетних воспитанников детских домов-интернатов. *Психическое здоровье*. 2021;12:60-64.
Zabaluev KA, Perezhogin LO. Assessment of the rehabilitation potential of underage pupils of orphanages-boarding schools. Psikhicheskoe zdorovie. 2021;12:60-64. (In Russ.).
<https://doi.org/10.25557/2074-014X.2021.12.60-64>
2. Иванова А.Я., Мандрусова Э.С. «Обучающий эксперимент» как метод психологического исследования детей с аномалиями психического развития. *Сборник трудов по патопсихологии детского возраста*. М. — Берлин: Директ-Медиа. 2015.
Ivanova A.Ya., Mandrusova E.S. «Obuchayushchij eksperiment» kak metod psihologicheskogo issledovaniya detej s anomalijami psihicheskogo razvitiya. Sbornik trudov po patopsihologii detskogo vozrasta. М. — Berlin: Direkt-Media; 2015. (In Russ.).
3. Кекелидзе З.И., Харитоновна Н.К., Русаковская О.А., Печенкина О.И. Сплошной персональный осмотр получателей стационарных социальных услуг: организация и оценка гражданско-правового статуса. *Российский психиатрический журнал*. 2020;6:13-20.
Kekelidze ZI, Kharitonova NK, Rusakovskaya OA, et al. Continuous personal examination of recipients of inpatient social services: organization and assessment of civil status. Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal. 2020;6:13-20. (In Russ.).
<http://dx.doi.org/10.24411/1560-957X-2020-10602>

* Ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»

** Письмо Минздрава России от 20.05.2021 № 17-4/И/1-7530 «О переходе медицинских организаций на работу в соответствии с клиническими рекомендациями с 1 января 2022 года»

4. Макаров И.В., Паиковский В.Э., Автенюк А.С. Умственная отсталость у детей и подростков: Клинические рекомендации. М.: Министерство здравоохранения РФ. 2021. Makarov I.V., Pashkovskij V.E., Avtenyuk A.S. Umstvennaya otstalost' u detej i podrostkov : Klinicheskie rekomendacii. M.: Ministerstvo zdorovoohraneniya RF, 2021. (In Russ.).
5. Новикова-Грунд М.В., Русаковская О.А., Шведовская А.А., Андрианова С.Б. Психосемиотический анализ родительского отношения к своим детям матерей, страдающих шизофренией. Клиническая и специальная психология. 2021;10(4):118–136. Novikova-Grund MV, Rusakovskaya OA, Shvedovskaya AA, Andrianova SB. Psychosemiotic Analysis of Parental Attitude Towards Children of Mothers Suffering from Schizophrenia. Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija. 2021;10(4):118–136. <https://doi.org/10.17759/cpse.2021100406> (In Russ.).
6. Новикова-Грунд М.В. Лингвистика между психологией и психотерапией: мост над пропастью. М.: Техносфера; 2021. Novikova-Grund M.V. Lingvistika mezhdru psihologiej i psihoterapiej: most nad propast'yu. M.: Tekhnosfera; 2021. (In Russ.).
7. Прохоренко Е.С., Макаров И.В. Расстройства поведения у детей и подростков с умственной отсталостью. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022;122(4):36–43. Prokhorenko ES, Makarov IV. Behavioral disorders in children and adolescents with intellectual disability. Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova. 2022;122(4):36–43. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro202212204136>
8. Русаковская О.А., Володенкова Е.А., Калинин В.А., Ромашкина Н.В. Результаты сплошного осмотра детей, проживающих в ДДИ Красноярского края. Будущее детей с особенностями психического развития. Москва, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. [serbsky.ru]. Serbsky; 2019 [процитировано 10 июня 2022]. Доступно: <http://serbsky.ru/wp-content/uploads/2019/06/%D0%A1%D0%B1%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D1%81%D0%BE%D0%B2.pdf>
9. Сухотина Н.К., Крыжановская И.Л. Результаты психолого-психиатрического обследования воспитанников одного из детских психоневрологических интернатов. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2003;3(2) 7–11. Suhotina NK, Kryzhanovskaya IL. The results of a psychological and psychiatric examination of pupils of one of the children's psycho-neurological boarding schools. Voprosy psihicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. 2003;3(2)7–11. (In Russ.).
10. Сухотина Н.К. Деинституционализация воспитанников детскоподростковых интернатов на современном этапе. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2010;10(1):13–19. Suhotina NK. Deinstitutionalization of pupils of children's and teenage boarding schools at the present stage. Voprosy psihicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. 2010;10(1):13–19. (In Russ.).

Сведения об авторах

Русаковская Ольга Алексеевна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, доцент кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет». Индексы: РИНЦ AuthorID: 698745; ResearcherID: N-2989-2017

Володенкова Елена Александровна — заведующая детским амбулаторно-поликлиническим отделением Красноярского краевого психоневрологического диспансера №1, главный детский психиатр Красноярского края.

Поступила 11.07.2022

Received 11.07.2022

Принята в печать 12.09.2022

Accepted 12.09.2022

Дата публикации 19.06.2023

Date of publication 19.06.2023