

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕТСКИХ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТАХ РОССИИ

Анна Львовна Битова¹, Анна Анатольевна Портнова², Юрий Павлович Сиволап³,
Оксана Анатольевна Коломина¹, Артём Юрьевич Новиков¹, Тимур Булатович Хасанов¹

¹Региональная благотворительная общественная организация «Центр лечебной педагогики»,
119311, г. Москва, ул. Строителей, 17Б;

²Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского,
109559, г. Москва, Кропоткинский пер., 23, e-mail: aapserbsky@yandex.ru;

³Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова,
119991, г. Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2

Реферат

Цель. Анализ основных проблем, связанных с организацией психиатрической помощи детям в условиях детских психоневрологических домов-интернатов.

Методы. Проведено когортное поперечное исследование в 23 детских психоневрологических домах-интернатах, в которых проживают 2853 воспитанника.

Результаты. Определена структура психических нарушений, встречающихся у воспитанников детских психоневрологических домов-интернатов: умственная отсталость лёгкая — 56 (1,96%) человек, умеренная — 967 (33,89%), тяжёлая — 1079 (37,82%), глубокая — 429 (15,04%) детей. Проведено клинико-психопатологическое обследование 1730 воспитанников. Выявлены наиболее общие и часто встречающиеся проблемы, связанные с особенностями психиатрической помощи в детских психоневрологических домах-интернатах: несоответствие психиатрического диагноза актуальному состоянию ребёнка — 289 (16,71%) человек, несоответствие назначенной психотропной терапии клинической картине — 378 (21,85%), полипрагмазия — 344 ребёнка (19,88%, или 35,61% из всех получающих терапию).

Вывод. Показана необходимость развития в учреждениях социальной защиты нефармакологических подходов и форм помощи.

Ключевые слова: психиатрическая помощь, детские дома-интернаты, нарушения психического развития, сироты.

ANALYSIS OF THE PROVISION OF MENTAL HEALTH
SERVICES IN ORPHANAGES FOR CHILDREN WITH
NEURODEVELOPMENTAL DISABILITIES IN RUSSIA

Anna L. Bitova¹, Anna A. Portnova², Yury P. Sivolap³,
Oksana A. Kolomina¹, Artem Y. Novikov¹, Timur B. Khasanov¹

¹RNSO “Center for Curative Pedagogics”, 119311, Moscow, Stroiteley str., 17B; ²V. P. Serbsky national medical research center of psychiatry and narcology, 23 Kropotkinsky str., Moscow, 109559, e-mail: aapserbsky@yandex.ru;

³I. M. Sechenov first Moscow state medical University, 119991, Moscow, Trubetskaya str., 8, building 2

Abstract

Aim. The aim of this study was to analyze the main problems of provision of mental health services in orphanages for children with neurodevelopmental disabilities in Russia.

Methods. A cohort cross-sectional study was conducted in 23 orphanages, in which 2853 pupils live.

Results. There was determined a structure of psychotic disorders among children of psycho-neurological orphanages. Prevalence of mental disorders among this group was: mild intellectual disability — 56 (1.96%) people, moderate intellectual disability — 967 (33.89%), severe intellectual disability — 1079 (37.82%), profound intellectual disability — 429 (15.04%). Clinical and psychopathological examination of 1730 pupils was carried out. The most prominent problems of psychiatric care in orphanages for children with neurodevelopmental disabilities were identified as: inconsistency of the psychiatric diagnosis and the actual condition of the child — 289 (16.71%), a mismatch between the prescribed psychopharmacotherapy and the clinical picture — 378 (21.85%), polypharmacy — 344 (19.88%, or 35.61% of all receiving psychopharmacotherapy).

Conclusion. The necessity of developing non-pharmacological approaches in tackling the problems associated with the provision of mental health services in orphanages was shown.

Keywords: mental health care, orphanages for children with neurodevelopmental disabilities, neurodevelopmental disorders, orphans.

Детские психоневрологические дома-интернаты (ДДИ) предназначены для оказания стационарных социальных услуг детям с психоневрологическими нарушениями. В РФ система медицинской помощи, в частности психиатрической, в интернатах имеет ведомственное подчинение в структуре соцзащиты. По данным Роструда, в 2019 г. 15 889 детей и подростков проживают в учреждениях такого типа [1].

В настоящее время система ДДИ небезосновательно подвергается критике со стороны экспертов, общественных организаций, специалистов. Институционализированные дети (в том числе без психоневрологических нарушений) отстают по ряду параметров как физических (антропометрические данные, гормональный статус), так и психических (отставание в когнитивном и эмоциональном развитии, нарушения привязанности) [2]. В последних замечаниях по выполнению Российской Федерацией Конвенции Организации Объединённых Наций (ООН) по правам ребёнка [3] в части прав детей-инвалидов отражены следующие проблемы.

Половозрастная структура обследованных детей и подростков

Возраст	<3 лет		3–6 лет		7–11 лет		12–14 лет		15–17 лет		≥18 лет		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Девочки	27	0,95	51	1,79	239	8,38	277	9,71	295	10,34	175	6,13	1064	37,67
Мальчики	20	0,7	98	3,43	449	15,74	430	15,07	506	17,74	286	10,02	1789	62,73
Всего	47	1,65	149	5,22	688	24,12	707	24,78	801	28,08	461	16,15	2853	100

1. Определение детей с незначительными проблемами развития как имеющих серьёзные психические нарушения, осуществляемое комиссиями специалистов в области психологии, медицины и образования, а также лечение таких детей при помощи лекарственных препаратов вместо предоставления им других видов лечения.

2. Детей с психическими расстройствами в специализированных детских учреждениях считают «необучаемыми» и лишают их каких-либо стимулов для развития.

3. Нехватка должным образом подготовленного персонала в учреждениях по уходу за детьми-инвалидами и плохие условия содержания в таких учреждениях с переполненными помещениями, которые лишают детей личного пространства.

Целью настоящего исследования был анализ основных проблем, связанных с организацией психиатрической помощи детям в условиях ДДИ, для дальнейшей разработки концептуального подхода к оказанию психолого-психиатрической помощи.

Материал и методы. Проведено когортное поперечное исследование в 23 ДДИ, в которых проживают 2853 воспитанника, в три этапа:

1) изучение медицинской документации: медицинских карт, результатов ежегодных диспансеризаций, выписок из историй болезни, листов назначений;

2) психиатрическое и психологическое клиническое обследование случайно выбранной части воспитанников ДДИ (1730 человек);

3) анализ психиатрической помощи.

Результаты и обсуждение. На этапе изучения медицинской документации были обследованы 2853 человека в возрасте от 0 до 23 лет, проживающих в 23 ДДИ. Среди проживающих в ДДИ преобладают мальчики (1789 человек, 62,71%). Половозрастная структура обследованных представлена в табл. 1.

1476 (51,73%) человек имели статус «сирота или оставшийся без попечения родителей», 176 (6,17%) были «без определённого статуса». Обращает на себя внимание большое количество детей, имеющих статус «родительских», — 1200 (42,06%) человек, находящихся в большинстве случаев на круглосуточном пребывании. Основной причиной помещения таких детей в интернат было отсутствие возможности получения социальной и специализированной помощи по месту жительства.

Для оценки качества оказания психиатрической помощи мы проанализировали:

– соответствие выставленного в учреждении психиатрического диагноза клинической картине и актуальному состоянию ребёнка;

– соответствие и проводимого лечения симптоматике ребёнка;

– обоснованность пребывания в учреждении данного типа;

– качество услуг по социальной абилитации;

– реабилитационный потенциал ребёнка.

Наиболее часто в структуре психической патологии (табл. 2) встречались (по данным медицинской документации): умственная отсталость тяжёлая (F72) — 37,82%, умственная отсталость умеренная (F71) — 33,89%, умственная отсталость глубокая (F73) — 15,04%.

Во время посещения ДДИ авторами было проведено клинико-психопатологическое обследование 1730 детей. В значительном количестве случаев (у 289 детей, 16,70%) приведённый в документах диагноз вызвал сомнения.

В основном это касалось увеличения степени тяжести умственной отсталости. Диагноз умственной отсталости с определённой степенью выраженности интеллектуального дефекта был установлен, как правило, в дошкольном возрасте, и в последующие годы его не пересматривали. Более того, в единичных случаях были выявлены дети с нормальным уровнем интеллекта, которым в дошкольном возрасте был выставлен диагноз умеренной или тяжёлой степени умственной отсталости. Наличие более тяжёлого диагноза приводит к недооценке учебных возможностей ребёнка, выбору не соответствующей его способностям школьной программы и формированию выраженной задержки психического развития.

Отдельно следует отметить редкость диагнозов из рубрики F84 «Общие расстройства психологического развития»: F84.0 «Детский аутизм» и F84.1 «Атипичный аутизм» в совокупности были выставлены 175 (6,13%) воспитанникам, что соответствует мировым данным (1 из 132 глобально и 1 из 54 в США) [4, 5], но не соответствует экстраполяции данного показателя на популяцию детей с выраженными психоневрологическими нарушениями. Именно первичная постановка диагнозов «Детский аутизм» (F84.0) и «Атипичный аутизм» (F84.1) была второй

Таблица 2

Структура психической патологии у детей и подростков, проживающих в детских психоневрологических домах-интернатах

Возраст	<3 лет		3–6 лет		7–11 лет		12–14 лет		15–17 лет		≥18 лет		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
F70 мал	0	0	3	0,11	6	0,21	7	0,25	12	0,42	9	0,32	37	1,3
F70 дев	0	0	2	0,07	2	0,07	2	0,07	8	0,28	5	0,18	19	0,67
F71 мал	0	0	37	1,3	151	5,29	152	5,33	182	6,38	80	2,8	602	21,1
F71 дев	2	0,07	23	0,81	76	2,66	99	3,47	91	3,19	74	2,59	365	12,79
F72 мал	2	0,07	32	1,12	187	6,55	179	6,27	183	6,41	82	2,87	665	23,31
F72 дев	1	0,04	13	0,46	92	3,22	111	3,89	143	5,01	54	1,89	414	14,51
F 73 мал	1	0,04	9	0,32	67	2,35	57	2	81	2,84	38	1,33	253	8,87
F 73 дев	0	0	12	0,42	43	1,51	46	1,61	43	1,51	32	1,12	176	6,17
Q90 мал	8	0,28	15	0,53	51	1,79	66	2,31	42	1,47	20	0,7	202	7,08
Q90 дев	8	0,28	9	0,32	20	0,7	32	1,12	34	1,19	21	0,74	124	4,35
F84 мал	1	0,04	6	0,21	43	1,51	48	1,68	28	0,98	1	0,04	127	4,45
F84 дев	1	0,04	3	0,11	17	0,6	17	0,6	10	0,35	0	0	48	1,68
F20 мал	0	0	0	0	8	0,28	18	0,63	15	0,53	2	0,07	43	1,51
F20 дев	0	0	0	0	0	0	3	0,11	8	0,28	2	0,07	13	0,46
G40 мал	3	0,11	19	0,67	71	2,49	69	2,42	96	3,36	41	1,44	299	10,48
G40 дев	2	0,07	13	0,46	58	2,03	41	1,44	47	1,65	16	0,56	177	6,2
Всего	29	0,54	196	6,91	892	31,26	947	33,20	1023	35,85	477	3,62	3564	124,93

Примечание: мал — мальчики; дев — девочки

причиной, по которой выносили заключение о несоответствии диагноза (53 человека, или 18,33% всех случаев несоответствия диагноза).

У 476 (16,68%) детей, по данным медицинской документации, был диагноз «Эпилепсия» либо «Судорожный синдром». Только в одном ДДИ таким детям регулярно проводят электроэнцефалографию (ЭЭГ). В остальных учреждениях детям с судорожным синдромом не проводят ЭЭГ и годами не корректируют противосудорожную терапию.

Одной из основных задач был анализ особенностей назначения психотропных препаратов воспитанникам ДДИ (частота использования, предпочитаемые группы препаратов, обоснованность, соответствие лечения актуальному психическому состоянию, корректность дозировок).

Из 2853 проживающих в ДДИ антипсихотические препараты получали 1082 человека, что составило 37,92% всех обследованных. Из них один психотропный препарат получали 711 (65,71%) человек, два препарата — 292 (26,99%), три — 68 (6,28%), четыре — 10 (0,92%), пять — 1 (0,09%). Таким образом, в трети случаев (371 человек, 34,29%) дети получали более одного антипсихотика.

Соотношение назначения атипичных антипсихотиков к типичным было 1:8 (216 и 1725 соответственно), причём из атипичных антипсихотиков с наибольшей частотой назначали клозапин. Соотно-

шение иных атипичных антипсихотиков к нейролептикам I поколения составляло 1:22 (83 к 1858). Мы получили следующие данные в ДДИ по использованию препаратов (первая цифра — абсолютное количество назначений данного препарата, вторая — доля препарата в общем объёме назначений):

- перициазин раствор — 398 (20,50%);
- тиоридазин — 295 (15,20%);
- хлорпротиксен — 232 (11,95%);
- хлорпромазин — 210 (10,82%);
- левомепромазин — 203 (10,46%);
- клозапин — 133 (6,85%);
- галоперидол — 123 (6,34%);
- зуклопентиксол — 116 (5,98%);
- перициазин капсулы — 88 (4,53%);
- рисперидон таблетки — 57 (2,94%);
- алимемазин — 40 (2,06%);
- рисперидон раствор — 23 (1,18%);
- перфеназин — 11 (0,57%);
- трифлуоперазин — 7 (0,36%);
- кветиапин — 3 (0,15%).

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флувоксамин, сертралин), которые в настоящее время рассматривают в мировой психиатрии в качестве антидепрессантов первой линии, получали всего 49 человек, или 1,71% всех обследованных. Все получающие препараты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина проживали в ДДИ исключительно Московского региона.

**Фактическая обеспеченность специалистами в детских психоневрологических домах-интернатах
(на примере 23 учреждений)**

Специалист	Количество воспитанников на одного специалиста	Количество интернатов, где нет ни одного специалиста
Врач-психиатр	121	0
Дефектолог	23	8
Логопед	45	5
Педагог	55	6
Педагог дополнительного образования	36	5

У 378 (21,85%) обследованных детей была отмечена необходимость коррекции фармакотерапии. Основные проблемы назначения психотропных препаратов связаны с применением завышенных доз типичных антипсихотиков, полипрагмазией [использование двух и более, в ряде случаев до пяти (!) препаратов одной группы], назначением антипсихотической терапии без обоснованных показаний. Этот подход не учитывает кардиотоксического и гепатотоксического эффектов и других серьезных осложнений препаратов и свидетельствует о недостаточной подготовке психиатров, работающих в системе социальной защиты.

Были зафиксированы отдельные случаи с назначением недопустимо высоких доз антипсихотиков (например, рисперидона в дозе 16 мг при том, что в официальной инструкции к препарату указана нецелесообразность назначения больше 6 мг взрослым пациентам с шизофренией). Это противоречит не только существующим данным о повышенном риске преждевременной смерти среди детей и подростков при приёме доз (больше 50 мг) в хлорпромазиновом эквиваленте [6], но и принципу действия данной группы препаратов.

Преобладание выраженных интеллектуальных нарушений у воспитанников ДДИ определяет специфику контингента и определяет высокую потребность в психолого-педагогической и дефектологической помощи. Необходимость в дополнительных образовательных или реабилитационных услугах была определена у 509 (29,42%) детей. Это касалось не только детей, имеющих более лёгкую степень умственной отсталости; детей слабовидящих и слепых, но не получающих услуги тифлопедагога, глухих и слабослышащих, не получающих услуги сурдопедагога, но и детей с нарушениями поведения.

В табл. 3 приведена фактическая обеспеченность специалистами в 23 учреждениях.

Нехватка в ДДИ специалистов, необходимых для организации полноценного реабилитационного процесса, приводит к системному чрезмерному использованию психофармакологических средств. В 34,8% учреждений отсутствует дефектолог, в 21,7% ДДИ нет логопеда. При наличии необходимого специалиста нагрузка на него в несколько раз превышает

нормативную (1 штатная единица на 10–20 детей в зависимости от профиля отделения ДДИ).

В процессе обследования нами были даны рекомендации по переводу детей с лёгкой умственной отсталостью и пограничными формами интеллектуальной недостаточности в учреждения системы образования с целью получения иной формы школьной программы и дальнейшего получения профессий. Кроме того, нельзя считать целесообразным пребывание в учреждениях психоневрологического профиля, где отсутствуют необходимые специалисты, слабовидящих или слабослышащих детей.

Реабилитационный потенциал (вероятная способность в будущем к альтернативным формам социального обслуживания, в том числе сопровождаемое проживание, социальное общежитие, деревня для инвалидов и пр.) был нами определён у детей и подростков в ДДИ как высокий — у 718 (41,50%), как низкий — у 494 (28,55%), как неясный — у 556 (32,14%). Эти данные свидетельствуют о том, что более 40% выпускников ДДИ могут овладеть навыками самостоятельного проживания, и часть из них можно трудоустроить. Однако фактически более 90% выпускников ДДИ переводят для дальнейшего проживания в психоневрологические интернаты.

Выводы. К сожалению, приходится заключить, что правомерность обозначенных профильной комиссией ООН и упомянутых во вводной части статьи проблем отношения к детям-инвалидам в РФ находит полное подтверждение при анализе работы ДДИ.

Медицинская и психологическая помощь в ДДИ имеет удручающе низкий уровень, а фармакологическая поддержка, большей частью представляющая собой применение психотропных средств, скорее вредит, чем помогает детям с нарушениями развития. Психиатрическая помощь характеризуется гипердиагностикой, отсутствием динамического наблюдения и фармакоцентрическим подходом (преобладанием психотропного лечения над другими видами помощи).

Состояние физического здоровья воспитанников ДДИ и условия их содержания противоречат принципам гуманности.

Абстрагируясь от вопроса коренного реформирования системы помощи детям с нарушениями развития

и необходимости её деинституционализации, мы считаем, что решение главных проблем, связанных с работой ДДИ, возможно при следующих условиях.

1. Разработка принципиально новых клинических рекомендаций для детей и подростков с психическими расстройствами и нарушениями психического развития.

2. Обеспечение доступа врачей ДДИ к постоянно обновляемой научной медицинской информации.

3. Организация регулярных образовательных (в том числе дистанционных) семинаров для врачей и других сотрудников ДДИ.

4. Тщательный контроль психофармакологического лечения детей с нарушениями развития с оценкой обоснованности назначения психотропных лекарственных средств, правомерности выбора препаратов, исходя из их переносимости, приоритетного использования лекарств новых поколений и определения рациональной (эффективной и безопасной) дозы каждого из них с детальным протоколированием в медицинских картах ожидаемых и достигаемых (в том числе побочных) эффектов.

5. Существенное повышение качества общей медицинской, а не только психиатрической, помощи детям с привлечением квалифицированных специалистов.

6. Обязательная коррекция зрения и слуха у слабо- и слабослышащих детей.

7. Значительное улучшение общих условий содержания детей, включая кормление, прогулки, лечебную гимнастику и другие физические нагрузки.

8. Полная прозрачность работы ДДИ с возможностью постоянного общественного контроля.

Исследование проведено при поддержке гранта Благотворительного фонда «Абсолют-Помощь».

ЛИТЕРАТУРА

1. *Результаты внеплановых проверок и мониторинга деятельности психоневрологических интернатов.* Федеральная служба по труду и занятости. 2019. [http://popechitely.ru/upload/iblock/b7c/%D0%92%D1%81%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B4%20%D0%92%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%20\(%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B4\).%20%D0%A0%D0%B5%D0%B7%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8B%20%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B9%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D1%80%D0%BA%D0%B8%20%D0%B8%20%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%B0%20%D0%B4%D0%B5%D1%8F%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D1%85%20%D0%B8%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B2.pdf](http://popechitely.ru/upload/iblock/b7c/%D0%92%D1%81%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B4%20%D0%92%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%20(%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B4).%20%D0%A0%D0%B5%D0%B7%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8B%20%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B9%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D1%80%D0%BA%D0%B8%20%D0%B8%20%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%B0%20%D0%B4%D0%B5%D1%8F%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D1%85%20%D0%B8%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B2.pdf) (дата обращения: 25.05.2020).

81%D0%BA%D0%B8%D1%85%20%D0%B8%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B2.pdf (дата обращения: 25.05.2020). [*The results of unscheduled inspections and monitoring institutional psychiatric care.* Federal Service for Labour and Employment. 2019. [http://popechitely.ru/upload/iblock/b7c/%D0%92%D1%81%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B4%20%D0%92%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%20\(%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B4\).%20%D0%A0%D0%B5%D0%B7%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8B%20%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B9%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D1%80%D0%BA%D0%B8%20%D0%B8%20%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%B0%20%D0%B4%D0%B5%D1%8F%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D1%85%20%D0%B8%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B2.pdf](http://popechitely.ru/upload/iblock/b7c/%D0%92%D1%81%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B4%20%D0%92%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%20(%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B4).%20%D0%A0%D0%B5%D0%B7%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8B%20%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B9%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D1%80%D0%BA%D0%B8%20%D0%B8%20%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%B0%20%D0%B4%D0%B5%D1%8F%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D1%85%20%D0%B8%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B2.pdf) (access date: 25.05.2020).]

2. Van Ijzendoorn M.H., Palacios J., Sonuga-Barke E.J. et al. Children in institutional care: Delayed development and resilience. *Monogr. Soc. Res. Ch. Devel.* 2011; 76: 8–30. DOI: 10.1111/j.1540-5834.2011.00626.x.

3. *Заключительные замечания по объединённым четвёртому и пятому периодическим докладом Российской Федерации CRC/C/RUS/CO/4-5 25 февраля 2014 г.* — ООН, Конвенция о правах ребёнка. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhssn7Yf1zx0h12Adt9bkLmhcu%2FuUBNR42%2FiDhoOE2Gtwz%2BsFU1rX9Q%2BIM26LPHHnpk9HM7bOvM39wu7lpqT2QvIwHtB57%2FARQPmRjOMvRVJh> (дата обращения: 25.05.2020). [*Final observations on the combined fourth and fifth periodic report of the Russian Federation CRC/C/RUS/CO/4-5 25 Febr. 2014* — UN, Conv. on the Rights of the Child. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhssn7Yf1zx0h12Adt9bkLmhcu%2FuUBNR42%2FiDhoOE2Gtwz%2BsFU1rX9Q%2BIM26LPHHnpk9HM7bOvM39wu7lpqT2QvIwHtB57%2FARQPmRjOMvRVJh> (access date: 25.05.2020).]

4. Baxter A.J., Brugha T.S., Erskine H.E. et al. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psych. Med.* 2015; 45: 601–613. DOI: 10.1017/S003329171400172X.

5. Maenner M.J., Shaw K.A., Baio J. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years — autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2016. *MMWR Surv. Summ.* 2020; 69: 1. DOI: 10.15585/mmwr.ss6904a1.

6. Ray W.A., Stein C.M., Murray K.T. et al. Association of antipsychotic treatment with risk of unexpected death among children and youths. *JAMA Psychiatry.* 2019; 76 (2): 162–171. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.3421.

Поступила 03.05.2020; принята в печать 04.09.2020.