РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК ПЕРИНАТОЛОГИИ И ПЕДИАТРИИ, 1, 2008. (Вып. 53)
Научно-практический рецензируемый журнал.

Социальное сиротство как одна из проблем здравоохранения Российской Федерации

Д. И. Зелинская

Российская медицинская академия последипломного образования; Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, Москва

Рассмотрена проблема социального сиротства как приоритетная для отечественного здравоохранения. Представлены основные причины социального сиротства, намечены перспективные пути профилактики этого явления, меры более эффективной медицинской, психологической и социальной реабилитации воспитанников домов ребенка и интернатных учреждений.

Проблема социального сиротства детей актуальна для Российской Федерации. Обострение этой проблемы в наши дни является следствием затянувшихся социально-экономических преобразований в стране, приведших к ослаблению общечеловеческих, морально-этических ценностей, изменению нравственных устоев семьи, увеличению числа семей, находящихся в трудном положении по социальным и психологическим критериям. Рост числа детей, живущих без родительского попечения, на фоне снижения общей численности детского населения в последние годы ставит социальное сиротство в ряд важных национальных проблем.

В настоящее время в России около 800 тыс. официально зарегистрированных детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Это составляет 2,5% от численности всего детского населения в возрасте 0 - 17 лет, а в некоторых регионах достигает 15 - 20%. По данным Агентства социальной информации (2005), в Великобритании этот показатель составляет 0,5%, в США - 0,6%, в Германии - 0,89%.

Из числа детей, лишенных попечения родителей, 545 тыс. находятся па воспитании в семьях (под опекой 375 тыс., в приемных семьях - 11 тыс., усыновлено - 159 тыс.). Остальные дети (около 260 тыс.) воспитываются в государственных учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (в том числе более 15 тыс. в домах ребенка), а также в негосударственных учреждениях. Несмотря на увеличение числа детей, переданных на воспитание в семейные условия, количество детей. помещенных в интернаты, не уменьшается [1].

Ежегодно более 130 тыс. детей лишаются родительского попечения; 70% из них уходят в семьи, 30% - в детские интернаты на полное государственное обеспечение. Продолжает увеличиваться число детей, оставшихся без попечения родителей в раннем возрасте. Среди детей, ежегодно поступающих в дома ребенка, ¾ составляют лети первого года жизни.

В интернатных учреждениях всех ведомств живут и воспитываются, помимо детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, еще около 250 тыс. детей, которые также ограничены или полностью лишены родительской заботы и являются группой ближайшего риска по формированию социального сиротства. Проблема представляется еще более масштабной, если учесть безнадзорных и беспризорных детей (по разным экспертным оценкам, от 1 до 3 млн), так называемое скрытое социальное сиротство, когда родители не лишены прав, но и не занимаются воспитанием своих детей.

Состояние здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей,

определяет спектр и выраженность их социальных и медицинских проблем, оказывает влияние на жизненный маршрут, возможность приобретения семьи. Данные литературы свидетельствуют о том, что дети, воспитывающиеся вне семьи, имеют худшие показатели здоровья по сравнению со сверстниками, воспитывающимися в семьях, по обшей и инфекционной заболеваемости, физическому, психическому, психомоторному и социальному развитию |2 - 7|.

Особое место среди учреждений системы призрения сирот занимают дома ребенка, признанные решать весь комплекс проблем воспитанников, но при этом являясь лечебно-профилактическим учреждением здравоохранения. При поступлении в дома ребенка дети имеют серьезные отклонения в состоянии здоровья. Установлено, что у них выявляются осложнения внутриутробного развития (у 64%), различная степень асфиксии (у 61,1%). Каждый второй ребенок родился с признаками перинатальной патологии, 48% - были недоношенными или с низкой массой тела, у 10% - были зарегистрированы врожденные и наследственные заболевания при рождении, в периоде новорожденности болели 70 - 80% воспитанников домов ребенка |8|.

Дети имеют отягощенный «родительский» анамнез. Среди них высока доля нежеланных детей; рожденных родителями, страдающими алкоголизмом, туберкулезом, сифилисом, диабетом, психическими заболеваниями |9|. В настоящее время в домах ребенка содержится около 1500 детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

За время пребывания в доме ребенка состояние здоровья детей даже ухудшается: заболеваемость (по данным углубленного медицинского осмотра) увеличивается в 2 раза; отмечается нарастание количества воспитанников с отставанием в физическом и нервно-психическом развитии; происходит рост хронической заболеваемости |4|.

По данным официальной статистики, заболеваемость воспитанников домов ребенка за 10 лет возросла на 14% и составила в 2002 г. 4817,4 на 1000 детей среднесписочного состава |10|. В ее структуре ведущее место занимают болезни нервной системы и органов чувств, наследственные заболевания и врожденные аномалии развития — ими страдают до 80% воспитанников |9|. Отмечается рост болезней органов дыхания на 9%, нервной системы на 10%, эндокринной системы и расстройств питания на 6%, отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, на 25%. На высоком уровне держится число детей с рахитом II – III степени, анемией |10]. Более чем у половины детей наблюдается нарушение пластических процессов - дефицит массы тела, роста, отклонения физического развития |3|.

Семейному воспитанию принадлежит особое место по значимости влияния на рост и развитие ребенка. Несмотря на то? что дети поступают из неблагополучных семей, отрыв их от семьи считается чрезвычайно травмирующим фактором [11, 12]. В настоящее время выделяют так называемый «синдром сиротства», возникающий у детей и условиях родительской депривации, для которого характерны не только аутистические проявления, но и недостаточное развитие аффективной стороны личности и нарушение ее структуры, задержка и искажение формирования психических функции. В наиболее яркой, концентрированной форме последствия материнской депривации проявляются у детей, растущих в учреждениях для детей-сирот и детей, лишенных попечения родителей. Среди сирот отмечается высокий уровень распространенности психических и поведенческих расстройств. Большинству воспитанников свойственны неуверенность в себе, амбивалентность, треноги, вызванная социальным окружением и необходимостью общения. Своеобразие психосоциального развития детей, оставшихся без попечения

родителей, по мнению ряда исследователей, объясняется особой социальной ситуацией, отягощенной материнской, эмоциональной, сенсорной, коммуникативной депривацией. Есть основания полагать, что именно психологический фактор является причиной не только психических, но и соматических отклонений у таких детей [13].

Результаты проведенных исследований привели к признанию того, что общественная модель воспитания детей неадекватна потребностям развития ребенка, так как нацелена на изъятие ребенка из семьи, замену родительской заботы заботой сотрудников учреждения и т.д. Это повлияло на стратегию политики в отношении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, которая сегодня считает развитие форм семейного устройства приоритетным направлением защиты прав детей.

Социальное сиротство - комплексная, многоуровневая социальная и психологическая проблема. Деятельность во всех сферах общества, которые соприкасаются с детством, прямым или косвенным образом влияет на социальное сиротство: увеличивает или уменьшает его.

Стратегические направления политики государства в области социального сиротства на современном этапе определены следующим образом:
а) создание системы профилактики социального сиротства;
б) развитие семейных форм устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (усыновление, опека, приемные семьи, замещающие профессиональные или более привычно - патронатные семьи, семейно-воспитательные группы);
в) поэтапный вывод детей из сиротских учреждений, создание на их базе учреждений по устройству детей на воспитание в семьи;
г) нормализация жизни детей в закрытых учреждениях;
д) постинтернатная адаптация воспитанников детских домов и школ-интернатов.

В настоящее время постепенно наращиваются темпы работ по каждому из названных направлений на всех уровнях исполнительной власти. Большой вклад в развитие и оформление новых и все более совершенных моделей оказания различных видов социальных услуг в сфере социального сиротства вносит негосударственный сектор. Потенциал негосударственных организаций при его более широком использовании может стать важным инструментом для решения проблем семей и детей.

Медицинские работники и учреждения владеют информацией о неблагополучных семьях и детях, которая очень важна для того, чтобы как можно раньше попытаться предупредить отказ от ребенка, лишение его родительской опеки. Таким образом, работники здравоохранения напрямую связаны с проблемой профилактики социального сиротства, ранних отказов от детей.

При наличии целевых установок всегда есть возможность выявить группы семей, в которых существует риск отказа от ребенка. К таковым можно отнести социально-неблагополучные семьи, где родители употребляют алкоголь, наркотики, не работают, совершают противоправные действия, жестоко обращаются со своими детьми, не заботятся о них. В такой семье возможен отказ от ребенка, нередко уже в момент рождения, уход ребенка из семьи, лишение родительских прав, помещение родителей в места лишения свободы. К группе риска относятся и семьи, имеющие детей с тяжелыми заболеваниями, особенностями развития, инвалидностью. В этом случае также возможен отказ от ребенка, а помещение детей в интернатные учреждения в соответствии с профилем заболевания ведет к ослаблению связей с семьей, фактическому сиротству.

Функциональные обязанности персонала учреждений родовспоможения, детских поликлиник и больниц предполагают обязательный учет семей социального риска и работу с ними. И в женских консультациях, и в детских поликлиниках сохранилась форма патронажной работы (во всяком случае, на уровне нормативных требований). Содержание патронажной работы очень формализовано и требует усовершенствования в свете значительных изменений в обществе и в системе здравоохранения. Оно, несомненно, может быть обогащено социальным компонентом, в частности целенаправленным выявлением факторов риска социального сиротства.

Эта работа могла бы быть инициирована отделением медико-социальной помощи детского амбулаторно-поликлинического учреждения |14|, в положении о котором предусмотрена деятельность по социальной и правовой защите и поддержке детей и подростков. Можно сосредоточить учет семей различного социального риска и некоторую работу с ними в этих отделениях, возложить на них контакты с другими службами помощи семьям, контрольные функции. Положение предусматривает возможность творческого подхода к формированию деятельности этих отделений.

Для определения угрозы отказа от ребенка важна информация о семье (полная или неполная семья, работают ли родители, есть ли поддержка близкого окружения, образовательный ценз родителей, условия для будущего ребенка в доме и т.д.), поведении женщины во время беременности (вредные привычки, употребление алкоголя, наркотиков, отсутствие наблюдения в женской консультации), выяснение, желанный ребенок или нет.

Круг факторов риска по возникновению социального сиротства следует несколько расширить для выявления признаков, по которым можно предположить, что в данном случае возможно возникновение искажений родительско-детских отношений. Сегодня эти нарушения лежат в основе отказов от детей, особенно раннего возраста, где главную роль в развитии ребенка играют его отношения с матерью, порождающие привязанность к ней и во многом определяющие дальнейший ход его психического, да и не только, развития.

Перед медицинскими учреждениями и специалистами стоит задача целенаправленного выявления рисков по возникновению сиротства и своевременной передаче информации компетентным службам. При условии отлаженного механизма сотрудничества медицинских работников с другими помогающими специалистами – социальными работниками, психологами, наркологами, а также с контролирующими органами (правоохранительными, опеки и попечительства) в значительной части случаев можно реабилитировать и сохранить семью, оказавшуюся на грани распада и отказа от воспитания ребенка.

В ряде регионов формируется опыт взаимодействия отделений помощи семье и детям центров социального обслуживания населения (система социальной защиты населения), работающих с трудными семьями, с учреждениями здравоохранения. Этот опыт предполагает немедленное сообщение об угрозе отказа от ребенка на любом этапе медицинского обслуживания, вызов специалиста по социальной работе для выяснения, можно ли оставить ребенка в семье и как поддержать женщину, семью для сохранения ребенка (например. Томская, Новгородская области).

Улучшение качества и доступности медицинской помощи в определенной степени может способствовать профилактике социального сиротства, так как проблемы со здоровьем

ребенка, его инвалидность нередко являются причиной помещения в интернат. Группа наиболее тяжело больных детей, которые могут стать или уже стали инвалидами, должна рассматриваться в качестве группы риска по социальному сиротству. К этим семьям и детям также следует своевременно привлекать специалистов по социальной работе центров социального обслуживания населения.
Решение медицинских проблем детей, воспитывающихся в интернатных учреждениях, повышает шансы семейного устройства ребенка. Предоставление квалифицированной медицинской помощи в соответствии с показаниями становится важной задачей не только медицинских работников интернатов, но также специалистов и учреждений системы здравоохранения. Это позволит повысить качество диспансеризации воспитанников интернатов и расширить для них доступ к высокотехнологичной медицинской помощи.

Следует отметить недостаточную информированность медицинских работников о возможных путях социальной, психологической помощи при угрозе для ребенка лишения попечения родителей. Медицинские учреждения не располагают информацией о специальных службах для семей и детей и результатах их работы. Отсутствие информации, например, о службах ранней помощи, которые реально содействуют социальной адаптации ребенка с особыми нуждами и в целом семьи, является немаловажной причиной того, что уже в родильном доме медицинские работники дают рекомендации об отказе от ребенка с наследственным заболеванием, врожденным пороком развития, нейросенсорными нарушениями и т.д. С такими же рекомендациями можно встретиться и в детских больницах, поликлиниках.

Система здравоохранения страны имеет непосредственное отношение к проблеме сиротства через дома ребенка, в которых воспитываются дети-сироты и дети, лишенные попечения родителей, в возрасте от рождения до 4 лет. В последние 10 - 15 лет ситуация в домах ребенка изменяется к лучшему. С 1993 г. реализуется Федеральная целевая программа «Дети-сироты», которая утверждена до 2009 г. включительно. Улучшены штатные нормативы домов ребенка, определена положением деятельность медико-психолого-педагогической комиссии дома ребенка, введен ряд инструктивно-методических документов по совершенствованию организации медицинской помощи, реабилитации, процедуры усыновления. В структуре деятельности домов ребенка 50 - 70% всего объема работы занимает медицинская реабилитация. К оказанию помощи детям привлекаются клиники регионального и федерального уровня, сокращаются сроки решения медицинских проблем детей.

Несмотря на ухудшение социального «портрета» воспитанников и состояния их здоровья, увеличивается число детей, переданных в семьи, ощутимо снизилось число детей, переведенных в учреждения социальной защиты. Вместе с тем дома ребенка не могут оставаться в стороне от того, в каком направлении формируется политика реформирования интернатных учреждений; назрела необходимость проведения серьезных изменений в деятельности домов ребенка.

Существующие типы домов ребенка (физиологический и специализированный) давно не соответствуют действительности. Дом ребенка, по сути, остается закрытым учреждением. Перспективные организационные формы работы - содержание детей по медицинским показаниям, а не по возрастному критерию; инклюзивные формы воспитания (по возрасту, уровню здоровья, с детьми из семей и т.д.); создание условий, приближенных к жизни в родительской семье (принцип нормализации жизни), - практически не используются или применяются очень редко. В практике работы персонала и в общении с детьми достаточно редко встречаются новые психолого-педагогические технологии с

целью развития детей. Используемые формы социализации воспитанников ограничены, реализуются по большей части в самом доме ребенка и поэтому недостаточно эффективны.

По достижении 4-летнего возраста дальнейший образовательный маршрут ребенка определяет психолого-медико-педагогическая комиссия системы образования, где до настоящего времени нет специалистов по раннему возрасту. Комиссия собирается, как правило, не по одному, а по нескольким случаям. Продолжительность обследования определяется возрастными, индивидуальными и типологическими особенностями развития ребенка. Поэтому за ограниченный период трудно наладить необходимый контакт с маленьким ребенком и объективно оценить его уровень развития. Это чревато тем, что ребенок попадет в условия ниже его возможностей, уровня развития и потеряет достигнутое. Эта процедура требует совместного с системой образования рассмотрения и отработки. Например, опыт последних лет свидетельствует, что в отдельных регионах практикуются выездные сессии психолого-медико-педагогической комиссии на базе домов ребенка, что дает возможность обследования детей в привычных условиях с участием специалистов, наблюдавших их в течение жизни в учреждении.

Многие годы не решается проблема «отказных» детей в больницах. Большинство сирот, устроенных в дома ребенка, поступают из стационаров где они, как правило, находятся с целью обследования и оформления документов. По данным ряда исследователей, длительность пребывания в стационаре составляет от 2,6 до 5,2 мес. При этом каждый четвертый ребенок раннего возраста находился в стационаре более 3 мес, а каждый десятый - более года. Из них 2/3 детей в стационарном лечении вообще не нуждались [3, 15]. Само медицинское обследование и подготовка квалифицированного заключения о состоянии здоровья и рекомендациях по дальнейшему ведению ребенка в случае отсутствия показаний для стационарного лечения при правильной организации не должны занимать много времени. Но выполнение этой медицинской задачи затягивается, так как эти дети не являются группой основного внимания в стационаре (на фоне больных детей, нуждающихся в сложной диагностике и интенсивном лечении), а также из-за сложной для больничного персонала процедуры передачи пациентов в дом ребенка.

В стационарах для детей раннего возраста, столь важного для развития и становления многих функций, практически нет ничего, что развивает ребенка – отсутствует возможность активного движения, развития познавательной, эмоциональной сферы, общения и т.д. В этих подразделениях нет воспитателей (в больнице они по штатному расписанию имеются), а медицинские сестры из-за перегруженности и неподготовленности не используют в повседневной работе с детьми элементы развивающего общения и развивающей среды. Решение проблем стимулирующей, информационной среды в некоторой степени смягчит последствия «проживания» ребенка в больнице.

Содержание детей в условиях дома ребенка, даже самых комфортабельных и психологически щадящих, приводит более чем в 90% случаев к нарушениям развития, личностным искажениям. Исследование психомоторного развития 100 воспитанников специализированного дома ребенка показало, что только один из них полностью прошел программу первичного скрининга, у всех остальных были выявлены отклонения по нескольким линиям развития, что отражает особенности состояния здоровья и условий воспитания в учреждениях постоянного проживания детей [16|.

К наиболее очевидным проблемам развития детей в домах ребенка можно отнести

хроническое эмоциональное неблагополучие, задержку социально-личностного, психоречевого и физического развития, повышенную заболеваемость. Высокий процент детей с нарушениями развития связан не столько с врожденными и наследственными заболеваниями, сколько с тем, что дома ребенка являются лечебно-профилактическими учреждениями, ориентированными в первую очередь на медицинскую деятельность и решение медицинских аспектов взросления детей.

Традиционно основная работа в домах ребенка возлагается на медицинский персонал и направлена на сохранение жизни в младенчестве, профилактику и лечение болезней в раннем возрасте. Воспитательный процесс, формирование и развитие личности ребенка уходят на задний план в силу ряда причин: недостаточного штата воспитателей, их изолированности от системы образования и новых инновационных методов педагогической работы, отсутствия системы подготовки воспитателей по комплексной помощи детям раннего возраста с нарушениями развития. В целом воспитание детей в домах ребенка характеризуется отсутствием стабильной социальной среды и устойчивых эмоциональных связей с первичным воспитателем, некорректной интерпретацией поведения, способностей и уровня развития ребенка, доминированием авторитарного, формального стиля воспитания детей, дефицитом индивидуального взаимодействия и общения с детьми.

В настоящее время стали очевидны проблемы персонала в домах ребенка. Они заключаются в отсутствии единого подхода медицинского и педагогического персонала к воспитанию детей, их недостаточной профессиональной подготовке по оценке развития детей раннего возраста, феномене «выгорания» персонала и выработке неадаптивных механизмов психологической защиты, незнании методик ранней психолого-педагогической помощи. низкой социальной защите и мотивации.

Среди факторов, обусловливающих отклонения в психическом развитии воспитанников домов ребенка, многие исследователи выделяют следующие: неполноценное общение со взрослыми, ориентацию персонала на физиологический уход, частую смену персонала в группах, частый и необоснованный перевод детей из группы в группу, жесткий регламент жизни детей и деятельности персонала, отсутствие необходимого для развития индивидуальности ребенка личного жизненного пространства [17 - 20|.

В домах ребенка, применяющих технологии ранней помощи и проведших некоторые структурные изменения, направленные на поддержание позитивных отношений детей и персонала, отмечено, что сотрудники стали использовать навыки более чувствительного и внимательного ухода за детьми. В результате у них снизился уровень тревожности, депрессивности и уровень стресса, связанного с работой, а у детей улучшились показатели физического, психического и социально-эмоционального развития [18, 19|.

На решении проблем психолого-педагогической работы в домах ребенка и возможно более полной их социализации концентрируется внимание негосударственных организаций. Их усилия направлены на адаптацию и внедрение в дома ребенка технологий ранней помощи и модернизацию с целью создания условий воспитания детей, приближенных к семейным. Программа «Помощь детям-сиротам России» - первая крупная негосударственная программа, направленная на профилактику социального сиротства. Развитие этой деятельности также будет способствовать более успешному семейному устройству детей.

Таким образом, на современном этапе главными можно считать следующие задачи

системы здравоохранения в области решения проблем сиротства:
- предупреждение отказов от новорожденных и детей раннего возраста в группах социально-медицинского риска;
- раннее выявление факторов риска социального сиротства в неблагополучных семьях и в семьях, воспитывающих детей с тяжелыми нарушениями развития вследствие заболеваний;
- модернизацию деятельности домов ребенка по пути создания семейных условий воспитания на основе внедрения современных технологий психолого-педагогической помощи детям раннего возраста; более широкое использование разных форм семейного устройства детей;
- формирование устойчивых стабильных связей с различными медицинскими центрами - клиниками медицинских институтов, федеральными специализированными центрами, другими учреждениями для проведения качественной диспансеризации воспитанников интернатов и коррекции нарушений медицинскими средствами с учетом структуры хронической патологии;
- координацию и установление формализованных отношений со службами социальной защиты и образования.

Реализация этих задач потребует разработки технологических цепочек, алгоритмов их выполнения, которые должны быть приняты как системой здравоохранения, так и системой социальной защиты населения и образования. Практика последних лет показывает, что учреждения здравоохранении активно включаются в инновационную работу по созданию системы профилактики социального сиротства и определению своего участия в ней (Томская, Новгородская, Тверская, Тамбовская области, Хабаровский, Алтайский края и др.).

Наряду с этим в современном обществе, когда политика профилактики социального сиротства только начинает формироваться, когда число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, не сокращается, необходимо поддерживать сеть домов ребенка, совершенствовать условия проживания детей в этих учреждениях (материальная база, оснащение, подготовленные кадры в достаточном количестве), медицинскую помощь и комплексную реабилитацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный доклад «О положении детей в Российской Федерации». М: ООО «БЭСТ-принт» 2006; 150.
2. *Михайлова Э.А., Матковская Т.Н.* Состояние психического здоровья популяции детей, оставшихся без попечения родителей. Охрана психического здоровья детей и подростков. Конгресс педиатров России, 4-й: Материалы. М 1998; 135-136.
3. *Лещенко М.В.* Состояние здоровья и развития воспитанников домов ребенка. Рос педиат журн 2000; I: 48-49.
4. *Альбицкий В.Ю., Баранов В.А., Гасиловская Т.А. и др.* Медико-социальные проблемы социального сиротства. М: Литерра 2007; 193.
5. Collshaw S., Maughan B., Pickles A. Evaluating Older Pre-Adoptive Foster Children. Professional Psychology: Res and Pract 998; 29: 5: 428-436.
6. Harwin J. Children of the Russian State: 1917 – 1995. Avebury: Aldershot 1996.
7. Pluye P., Lehingue Y., Aussilloux C. et al. Les troubles mentaux et les troubles du comportement des enfants places en etablissement de long sejour dans les judeta de Hunedoara, Cluj et Timis, Roumanie. Sante 2001; 11: 1: 5 – 12.
8. *Макарова З.С.* Немедикаментозные методы реабилитации часто болеющих детей. Рос

педиат журн 1999; 2: 60 - 61
9. Решение коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации «О совершенствовании деятельности органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений Российской Федерации по обеспечению медико-социальной помощи детям раннего возраста, оставшимся без попечения родителей». М 18 января 2000 г.
10. Медико-социальные показатели деятельности службы семьи, материнства и детства в 2004 г. М 2005; 111.
11. *Бойцова О.С., Новосельская О.М.* Социальные и медико-организационные пути улучшения состояния здоровья воспитанников домов ребенка. Бюл НИИ соц гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко 1992; 2: 33 - 36.
12. *Иванов Е.С., Шипицына Л.М., Уварова И.А.* Особенности агрессивного поведения подростков, воспитывающихся в интернатных учреждениях. Рос психиат журн 2000; 1:45 - 48.
13. *Прихожан А.М., Толстых Н.Н.* Психология сиротства. Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, Питер. М 2007; 415.
14. Приказ Минздрава РФ №154 от 05.05.99 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».
15. *Либова Е.Б.* Медико-социальная характеристика детей - воспитанников домов ребенка. Вопр соврем педиат 2003; 2: 200.
16. *Зелинская Д.И., Казьмин А.М., Исполатовская Э.О. и др.* Оценка психомоторного развития детей раннего возраста. Рос вестн перинатол и педиат 2005; 2: 37 - 41.
17. *Кожевникова Е.В., Баранова Н.Ю., Балобанова В.П. и др.* Междисциплинарная оценка в раннем вмешательстве. Вопр дефектол 1999; 4: 23 - 26.
18. *Мухамедрахимов Р.Ж.* Мать и младенец: психологическое взаимодействие. Ст-Петербург: Речь 2003; 286.
19. *Казьмин А.М.. Ярыгин В.Н., Петрусенко Е.А. и др.* Российская Лекотека. Методическое пособие. Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения. М 2006; 137.
20. *Самарина Л.В., Блохина Л.В., Калинина С.В. и др.* Служба раннего вмешательства. Методические рекомендации для практической работы с детьми в службе ранней помощи. Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения. М 2007: 198.