

# Оценка реабилитационного потенциала несовершеннолетних воспитанников детских домов-интернатов

**Забалуев К.А.** аспирант

**Пережогин Л.О.** д.м.н., руководитель отделения социальной психиатрии детей и подростков

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России  
119991, Москва, Россия, Кротокинский пер. 23

**Цель:** разработка дифференцированных критериев оценки реабилитационного потенциала воспитанников детских домов-интернатов (ДДИ), которые должны позволять с максимальной достоверностью выявлять детей с высоким реабилитационным потенциалом с целью первоочередного включения их в реабилитационный процесс.

**Методы.** Анализ литературы; анализ клинических данных, полученных в ходе диагностики 244 несовершеннолетних воспитанников ДДИ (средний возраст воспитанников  $9,6 \pm 1,4$  лет, мальчики 143 человека (58,6%), средний возраст  $8,3 \pm 1,2$  лет, девочки – 101 человек (41,4%), средний возраст  $11,1 \pm 2,8$  лет) (клинико-психопатологический метод); анализ показателей активности и участия (реализация и капаситет) 244 несовершеннолетних воспитанников ДДИ в соответствии с Международной классификацией функционирования (МКФ) (функционально-диагностический метод); статистический анализ.

**Результаты.** Определены ключевые клинические показатели, позволяющие с высокой достоверностью выявлять среди воспитанников ДДИ несовершеннолетних с высоким реабилитационным потенциалом для последующего включения их в реабилитационные комплексные медико-психологические программы.

**Ключевые слова:** дети, подростки, инвалиды, психические расстройства, детский дом-интернат, реабилитация, реабилитационный потенциал.

**Для цитирования:** Забалуев К.А., Пережогин Л.О. Оценка реабилитационного потенциала несовершеннолетних воспитанников детских домов-интернатов. *Психическое здоровье* 2021; (12): 60-64.

**DOI:** 10.25557/2074-014X.2021.12.60-64

**Автор для корреспонденции:** Пережогин Лев Олегович, **e-mail:** drlev.ru@yandex.ru

**Финансирование:** исследование не имело спонсорской поддержки

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

**Поступила:** 02.11.2021.

## *Assessment of rehabilitation potential underage pupils of orphanages-boarding schools*

*Zabaluev K.A., Perezhogin L.O.*

National Medical Center of Psychiatry and Addictology named after V.P. Serbsky  
119034, Russia, Moscow, Kropotkinskiy Lane, 23

**Aim:** development of differentiated criteria for assessing the rehabilitation potential of children in orphanages, which should allow identifying children with high rehabilitation potential with maximum reliability in order to include them in the rehabilitation process as a priority.

**Methods.** Literature analysis; analysis of clinical data obtained during the diagnosis of 244 minor pupils of OBS (average age of pupils  $9.6 \pm 1.4$  years, boys 143 people (58.6%), average age  $8.3 \pm 1.2$  years, girls 101 people (41.4%), average age  $11.1 \pm 2.8$  years) (clinical and psychopathological method); analysis of indicators of activity and participation (implementation and capacity) 244 minor pupils of OBS in accordance with the International Classification of Functioning (ICF)(functional diagnostic method); statistical analysis.

**Results.** Key clinical indicators have been identified that allow identifying minors with high rehabilitation potential among OBS pupils with high reliability for their subsequent inclusion in rehabilitation complex medical and psychological programs.

**Keywords:** children, adolescents, the disabled, mental disorders, OBS, orphanage, rehabilitation, rehabilitation potential.

**For citation:** Zabaluev K.A., Perezhogin L.O. Assessment of the rehabilitation potential of underage pupils of orphanages-boarding schools. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health]* 2021; (12): 60-64. (In Russ).

**DOI:** 10.25557/2074-014X.2021.12.60-64

**Corresponding author:** Lev O. Perezhogin, **e-mail:** drlev.ru@yandex.ru

**Conflict of interest.** Authors declare no conflict of interest.

**Funding.** The study had no sponsorship.

**Accepted:** 02.11.2021.

## Введение

Согласно данным Пенсионного Фонда РФ, в России в 2021 году проживает около 720 тысяч детей-инвалидов (из них 305 366 (42%) – девочки, 415 564 (58%) – мальчики). Максимальное число детей-инвалидов приходится на возраст 8–14 лет. Ежегодный прирост детей-инвалидов в стране в последние годы составляет 15–25 тысяч человек, причем более половины случаев приходится на инвалидность вследствие психических расстройств [7].

Среди детей-инвалидов особую группу составляют дети с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР). Около 30% детей данной группы обнаруживают тяжёлые психические расстройства, 17% – болезни нервной системы, 15% – хромосомные нарушения и врожденные пороки развития, 15% – эндокринную патологию. Большинство детей с ТМНР могут быть отнесены к 2 или 3 указанным группам. В случае обнаружения у ребенка психических расстройств, у него с высокой вероятностью можно наблюдать сочетанную патологию: параличические синдромы, включая ДЦП – у 25–35%, болезни глаз и слуха – у 50–60%, пороки развития и хромосомную патологию – у 35–40%, нарушение питания, обмена веществ – у 35–40%. Многие дети данной группы – социальные сироты, многие помещаются в детские дома-интернаты по «социальным показаниям».

По статистике Минтруда России, в 2020 году в стране функционировали 124 детских дома-интерната (ДДИ), воспитанниками которых являлись около 15 тысяч человек. Из этого числа около 13,5 тысяч – дети и подростки, около 1,5 тысяч – совершеннолетние воспитанники (18 лет и старше), которые ожидали перевода в психоневрологический интернат (ПНИ).

Сочетание соматических и психических расстройств сопровождается различной степенью выраженности когнитивного дефекта, создает необходимость комплексной, многоэтапной психосоциальной реабилитации детей и разработки дифференцированных критериев оценки их реабилитационного потенциала.

## Методы

Объектом исследования стали 244 воспитанника ГБУСОН Ростовской области «Азовский ДДИ для умственно отсталых детей». Мальчики составили 143 человека (58,6%), девочки – 101 человек (41,4%). Средний возраст воспитанников составил  $9,6 \pm 1,4$  года, средний возраст мальчиков  $8,3 \pm 1,2$  года, средний возраст девочек  $11,1 \pm 2,8$  года (статистически значимых различий не выявлено). Дети поступали в ДДИ волнообразно: пик посту-

плений приходился на возрастные интервалы 3–5 лет (поступление из государственных учреждений) и 12–14 лет (поступление из семей). В более младшем возрасте поступали дети с тяжелой сочетанной психической и соматической патологией, с грубым недоразвитием психических функций, хромосомной патологией, значительным снижением мобильности. В более старшем возрасте поступали преимущественно дети с более мягкими формами психической и сопутствующей соматической патологии, но с выраженными нарушениями поведения, проявляющимися в условиях семейного проживания.

Основным психическим расстройством среди воспитанников ДДИ являлась умственная отсталость различной степени выраженности.

Умственная отсталость легкой степени (F70) была диагностирована у одного ребенка мужского пола, ведущим психическим расстройством у которого был атипичный аутизм (F84.1).

Умственная отсталость умеренная (F71) диагностировалась у 24 девочек (23,8% от всех девочек, 9,8% от всех воспитанников) и у 28 мальчиков (19,6% от всех мальчиков, 11,5% от всех воспитанников), (статистически значимых различий не выявлено).

Умственная отсталость тяжелая (F72) была выявлена у 69 девочек (68,3% от всех девочек, 28,3% от всех воспитанников) и у 111 мальчиков (77,6% от всех мальчиков, 45,5% от всех воспитанников). У двух девочек и трех мальчиков в качестве основного психического расстройства диагностировалась шизофрения (F20.8XX3), у 2 мальчиков и 4 девочек – глубокая умственная отсталость (F73), у двух девочек – атипичный аутизм (F84.1). Следует отметить, что в качестве сопутствующего психического расстройства аутизм диагностировался у 18 мальчиков (12,6% от всех мальчиков, 7,4% от всех воспитанников), соответствующие показатели у девочек составили 2,0% и 0,8%, различия статистически не значимы ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ).

Наряду с психической патологией часто имели место неврологические расстройства. У 16 девочек (15,8% девочек) и у 31 мальчиков (21,7% мальчиков) (различия статистически не значимы) диагностировался ДЦП (G80), в основном смешанной формы, часто сопровождавшийся осложнениями в форме суставно-мышечных контрактур, сколиоза, судорожного синдрома. У 25 девочек (24,8% девочек) и у 35 мальчиков (24,5% мальчиков) диагностировалась эпилепсия (G40) в основном – генерализованная. У большинства воспитанников регистрировалась соматическая патология различной степени тяжести. Соматически здоровых детей в выборке оказалось 23 человека (9,4%), что значительно меньше среднестатистических показателей, наблюдаемых в детской популяции.

Для оценки реабилитационного потенциала воспитанников была разработана собственная шкала, основанная на принципах Международной классификации функционирования (МКФ), подразумевающих оценку состояния ребенка по трем осям: тело (сохранность структур и функций) (body), активность (возможность осуществления повседневной деятельности в соответствии с возрастом) (activity), участие (выполнение социальных функций, социальная реализация) [3]. Наряду с основными составляющими «биопсихосоциального треугольника» МКФ оперирует понятиями реализации (способность реализации активности и участия при помощи других людей или вспомогательных средств) и капаситета – способности к самостоятельной реализации тех же функций.

Таким образом, реабилитационный процесс был сосредоточен одновременно в двух плоскостях (обеспечении максимальных показателей реализации и капаситета). Он характеризовал собой тот реабилитационный потенциал как совокупность возможностей осуществлять

(как самостоятельно, так и при содействии извне) восстановление биологических и социально-психологических функций, мобилизацию резервов, компенсаторных и адаптационных процессов, что в итоге позволяет обеспечить стабильный уровень здоровья, трудоспособности, личного статуса, положения в обществе [4].

Наиболее значимый вклад в формирование реабилитационного потенциала вносит капаситет. Особенностью использования МКФ как основы для формирования реабилитационной стратегии является работа команды специалистов. В частности, для детей с психическими расстройствами и сопутствующими соматическими заболеваниями предполагается наряду с врачами психиатром, педиатром, неврологом, участие ортопеда, офтальмолога, клинического психолога и других специалистов. В шкале использованы показатели активности и участия (всего 118), сгруппированные по 9 основным разделам: способность к обучению и применению знаний, выполнение задач, общение, мобильность, способность к самообслуживанию, организация быта, уста-

Таблица 1

**Показатели активности (activity) (A) и участия (partipation) (У), использованные для оценки реабилитационного потенциала воспитанников ДДИ**

№	Название раздела	Число показателей	Разброс показателей капаситета*	Разброс показателей реализации*	Показатель высокого РП**
1	Обучение и применение знаний	21	0 – 84	0 – 84	42 и менее К 21 и менее Р
2	Общие задачи и требования	6	0 – 24	0 – 24	12 и менее К 6 и менее Р
3	Общение	16	0 – 64	0 – 64	32 и менее К 16 и менее Р
4	Мобильность	20	0 – 80	0 – 80	40 и менее К 20 и менее Р
5	Самообслуживание	9	0 – 36	0 – 36	18 и менее К 9 и менее Р
6	Бытовая жизнь	11	0 – 44	0 – 44	22 и менее К 11 и менее Р
7	Межличностные взаимоотношения	11	0 – 44	0 – 44	22 и менее К 11 и менее Р
8	Главные сферы жизни	17	0 – 68	0 – 68	34 и менее К 17 и менее Р
9	Общественная жизнь	7	0 – 28	0 – 28	14 и менее К 7 и менее Р
	Сумма	118	0 – 472	0 – 472	236 и менее К 118 и менее Р

\* – при оценке показателей капаситета (самостоятельной реализации) и реализации в МКФ принята следующая балльная оценка: 0 – нет нарушений, норма; 1 – легкие нарушения; 2 – умеренные нарушения; 3 – тяжелые нарушения; 4 – абсолютные нарушения. Позитивная динамика выражается в снижении показателей капаситета и реализации от 4 к 0 [5, 6].

\*\* – оценка реабилитационного потенциала по соотношению максимально возможного и наблюдаемого показателей (50% и менее – высокий, 60% и менее – средний, 70% и менее – низкий, более 70% – крайне низкий – для капаситета; для показателей реализации показатели делятся пополам) [2].

новление межличностных отношений, участие в образовании, работе, общественной жизни. Регистрировались балльные оценки реализации и капаситета по всем 118 показателям, суммарный балл использовался для оценки реабилитационного потенциала [2] (табл. 1).

### Результаты

Все воспитанники ДДИ были распределены в порядке снижения балльных показателей реализации и капаситета. За основу дальнейшего ранжирования были приняты значения капаситета. Максимальный показатель составлял 442 балла, что соответствует крайне тяжелым нарушениям. Минимальный показатель составил 54 балла, что соответствует легким нарушениям. В соответствии с принятыми критериями высокого реабилитационного потенциала (табл. 1), из 244 воспитанников были выбраны 25 человек (10% от общего числа) с минимальными показателями капаситета. Разброс показателей в данной группе составил от 54 баллов до 248 баллов. Таким образом, состав 10% детей с лучшими показателями капаситета практически совпал с границей высокого реабилитационного потенциала (236 баллов).

При индивидуальном анализе состояния детей и подростков данной группы обнаруживались следующие общие закономерности:

1) речевое развитие у детей и подростков данной группы формировалось с существенной задержкой; у многих фразовая речь формировалась лишь к 4–5 годам, была бедной по составу, аграмматичной, нередко – с нарушением произношения; в то же время на момент клинического осмотра они могли поддерживать беседу, в быту и в ходе обучающих и развивающих занятий они пользовались речью на достаточном уровне (не ниже ОНР III уровня);

2) дети и подростки были хорошо ориентированы в бытовых вопросах, справлялись с задачами по самообслуживанию (самостоятельно одевались, принимали пищу, пользовались туалетом и т.д.), могли без посторонней помощи выполнить уборку, приготовить несложные блюда (нарезать бутерброды, сварить макароны и сосиски, сделать салат), одевались по погоде, выглядели опрятно;

3) многие из детей и подростков владели школьными навыками на уровне младшей школы. Умели читать и писать, владели навыками счета, могли выполнить несложные логические операции, понимали переносный смысл пословиц и поговорок, легко ориентировались в привычной им обстановке, помнили имена педагогов и своих товарищей, часто охотно выполняли несложную работу в своей группе (уборка, помощь младшим детям);

4) многие имели устойчивые интересы к различным видам творчества, под руководством педагогов осваивали приемы рукоделия, их изделия могли быть оценены как произведения декоративно-прикладного искусства; другие приобретали первичные профессиональные навыки, изготавливали в мастерских ДДИ предметы бытовой утвари (разделочные доски, скалки, глиняную посуду, лопаты для чистки снега, домашнюю и садовую мебель);

5) многие строили реалистичные планы на будущее, мечтали о собственном жилье, профессии, работе, семье.

Показатели, определяющие уровень реабилитационного потенциала были подвергнуты корреляционному анализу. Вычислялись коэффициенты корреляции между каждым из 118 регистрируемых показателей активности и участия и общим значением капаситета, что позволило вычислить показатели, устойчиво соотносящиеся с высоким реабилитационным потенциалом ( $r \geq 0,7$ ) [1]. Данные показатели легко определимы клинически, что создает возможность с высокой вероятностью клинически в рамках экспресс-оценки выявлять детей с высоким реабилитационным потенциалом.

В порядке убывания значений коэффициентов корреляции показатели, устойчиво соотносящиеся с высоким реабилитационным потенциалом, расположились следующим образом:

d140 – усвоение навыков чтения ( $r = 0,89$ ) (для детей старшего возраста оценивался показатель d166 – чтение);

d155 – приобретение практических навыков ( $r=0,87$ );

d220 – выполнение многоплановых задач ( $r=0,86$ );

d230 – выполнение повседневного распорядка ( $r=0,85$ );

d350 – разговор ( $r=0,82$ );

d355 – дискуссия ( $r=0,82$ );

d620 – приобретение товаров и услуг ( $r=0,81$ );

d640 – выполнение работы по дому ( $r=0,79$ );

d720 – сложные межличностные взаимодействия ( $r=0,78$ );

d840 – ученичество (подготовка к профессиональной деятельности) ( $r = 0,78$ );

d440 – использование точных движений кисти ( $r = 0,77$ );

d460 – передвижение в различных местах ( $r = 0,76$ );

d510 – мытье ( $r = 0,73$ );

d540 – одевание ( $r = 0,72$ );

d860 – базисные экономические отношения ( $r = 0,71$ ).

Таким образом, в пользу высокого реабилитационного потенциала с высокой вероятностью свидетельствовали 15 факторов.

**Заключение**

Воспитанники ДДИ – одна из наиболее сложных в плане реабилитации категорий детей-инвалидов. Эти дети нуждаются в оказании комплексной помощи, которая включает ряд важных принципов, не всегда реализуемых в условиях ДДИ. Психокоррекционные занятия целесообразно осуществлять на базе специализированных реабилитационных центров. Таким образом, своевременная оценка реабилитационного потенциала и включение детей с высоким реабилитационным потенциалом в восстановительный процесс позволит вести работу с детьми регулярно и постоянно, ориентироваться на достижение функциональной независимости, обеспечение высокого уровня социализации, включая возвращение в семью и создание собственной семьи. В ходе реабилитационного процесса основным направлением работы представляются технологии психологической коррекции и психотерапии, направленные на улучшение когнитивных возможностей, и тренинг социального функционирования.

**Список литературы**

1. Бронштейн И.Н., Семендяев К.А. Справочник по математике. М.: Наука, 1986. 544 с.
2. Волгина С.Я., Вахитов Ш.М., Яфарова С.Ш., Аминова З.М., Бухарова Н.Н. Дети-инвалиды. Оценка реабилитационного статуса и прогноза на амбулаторно-поликлиническом уровне. Дифференцированный подход к оказанию медико-психосоциальной помощи: Руководство для врачей. Казань, КГМУ, 2009. 97 с.
3. Забалуев К.А., Пережогин Л.О. Реабилитация несовершеннолетних воспитанников ДДИ: проблемы и перспективы. Цифровые технологии на службе педагогики и психологии: сборник статей XVII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Практическая психология образования XXI века: Цифровые технологии на службе педагогики и психологии» под общ. ред. Р.В. Ершовой. Коломна: Государственный социально-гуманитарный университет, 2021. С. 86-90.

4. Коробов М.В. Реабилитационный потенциал: вопросы теории и применения в практике медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов. *Врачебно-трудова́я эксперти́за* 1995; 17: 11-24.
5. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья. ВОЗ, Женева, 2001. 350 с.
6. Реабилитация инвалидов: национальное руководство. Под ред. Г.Н. Пономаренко. М., ГЭОТАР-Медиа, 2018. 736 с.
7. Электронный ресурс: <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost-detei?territory=undefined>.

**References**

1. Bronshtejn I.N., Semendyaev K.A. Spravochnik po matematike [Handbook of mathematics]. Moscow: Science, 1986. 544 p. (in Russ.)
2. Volgina S.Ya., Vahitov Sh.M., Yafarova S.Sh., Aminova Z.M., Buharova N.N. Deti-invalidy. Ocenka reabilitacionnogo statusa i prognoza na ambulatorno-poliklinicheskom urovne. Differencirovannyj podhod k okazaniyu mediko-psihosocial'noj pomoshchi: Rukovodstvo dlya vrachej [Disabled children. Assessment of rehabilitation status and prognosis at the outpatient level. Differentiated approach to the provision of medical and psychosocial care: A guide for doctors]. Kazan': Kazan medical university, 2009. 97 p. (in Russ.)
3. Zabaluev K.A., Perezhogin L.O. Reabilitaciya nesovershennoletnih vospitannikov DDI: problemy i perspektivy [Rehabilitation of minor pupils of DDI: problems and prospects. Practical psychology of education of the XXI century: Digital technologies in the service of pedagogy and psychology]. Kolomna: State Social and Humanitarian University, 2021. P. 86-90 (in Russ.)
4. Korobov M.V. Reabilitacionnyj potencial: voprosy teorii i primeneniya v praktike mediko-social'noj ekspertizy i reabilitacii invalidov [Rehabilitation potential: questions of theory and application in practice of medical and social expertise and rehabilitation of disabled people]. *Vrachebno-trudovaya ekspertiza [Medical and labor expertise]* 1995; 17: 11-24. (in Russ.)
5. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya funktsionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya [International classification of functioning, disability and health]. Zheneva: WHO, 2001. 350 p. (in Russ.)
6. Reabilitaciya invalidov: nacional'noe rukovodstvo [Rehabilitation of disabled people: national guidelines]. Ed. G.N. Ponomarenko. Moscow: GEOTAR-Media, 2018. 736 p. (in Russ.)
7. Electronic resource. Available at: <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost-detei?territory=undefined>