

Суицидоопасное поведение у детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья: причины, факторы риска, защитные факторы, профилактика

Ю. А. Фесенко¹; М. В. Романовская²

¹ Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

² Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение. В статье проанализирована роль семейного окружения ребенка и влияние образовательного учреждения в обеспечении мер безопасности и профилактике суицидального поведения у детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью. Даны характеристики причин суицидоопасного поведения, факторов риска и защитных факторов, определены основные проблемы в области суицидологии по работе с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья. Показана роль школьной профилактики и раскрыты особенности работы в образовательных учреждениях при опасности суицида у обучающихся.

Материалы и методы. Приведены статистические данные, касающиеся динамики подростковых суицидов в разных социальных группах за последние 15 лет. Анализ охватывает детей, подростков и молодежь в возрасте от 10 до 24 лет.

Результаты. Профилактика суицидального поведения. Исходя из возрастных особенностей, характера социального окружения предложены разные стратегии преодоления ситуаций, приводящих к психическому угнетению.

Обсуждение и выводы. Акцентируется внимание на психопрофилактику лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: ребенок с ограниченными возможностями здоровья, суицидальное поведение, факторы риска, защитные факторы, меры безопасности, профилактика, образовательное учреждение.

Для цитирования: Фесенко Ю. А., Романовская М. В. Суицидоопасное поведение у детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья: причины, факторы риска, защитные факторы, профилактика // Вестник Ленинградского государственного университета имени А. С. Пушкина. – 2023. – № 4. – С. 225–237. DOI: 10.35231/18186653_2023_4_225. EDN: VNCFC1

Suicidal Behavior in Children and Adolescents With Disabilities: Causes, Risk Factors, Protective Factors, Prevention

Iurii A. Fesenko¹, Marina V. Romanovskaya²

¹ Pushkin Leningrad State University,
Saint Petersburg, Russian Federation

² Center for Rehabilitation Treatment "Child Psychiatry" named after S. S. Mnukhin,
Saint Petersburg, Russian Federation

Introduction. The role of the child's family environment and the influence of the educational institution in providing safety measures and prevention of suicidal behaviour in children and adolescents with disabilities and disabilities are analyzed in the article. Characteristics of the causes of suicidal behaviour, risk and protective factors are given, and the main problems in the field of suicidology in working with persons with disabilities are identified. The role of school prevention is shown and the peculiarities of work in educational institutions at risk of suicidal behaviour in students are revealed.

Materials and Methods. Statistical data concerning the dynamics of adolescent suicides in different social groups over the last 15 years are presented. The analysis covers children, adolescents and young adults aged 10 to 24 years.

Results. Prevention of suicidal behaviour. Based on age characteristics, nature of social environment different strategies for coping with situations leading to mental oppression are suggested.

Discussion and conclusions. Emphasis is placed on psychoprophylaxis of persons with disabilities.

Key words: child with disabilities, risk factors, protective factors, security measures, prevention, educational institution.

For citation: Fesenko, Iu. A., Romanovskaya, M. V. (2023) Suicidopasnoe povedenie u detej i podrostkov s ogranichenny'mi vozmozhnostyami zdorov'ya: prichiny, faktory' riska, zashhitny'e faktory', profilaktika [Suicidal Behavior in Children and Adolescents With Disabilities: Causes, Risk Factors, Protective Factors, Prevention]. *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta imeni A. S. Pushkina – Pushkin Leningrad State University Journal*. No. 4. Pp. 225–237. (In Russian). DOI: 10.35231/18186653_2023_4_225. EDN: VNCFCI

Введение

Суицидальное поведение детей и подростков как неизменно актуальная проблема общественного здравоохранения вызывает особую озабоченность по ряду причин.

Каждый третий житель нашей планеты – ребенок (по конвенции ООН, лицо до 18 лет). Бурные стрессогенные биологические и психосоциальные изменения второго десятилетия текущего века отражаются на всех аспектах жизни детей и подростков, и этот уникальный период цикла жизненного развития крайне важен для гармонизации душевного и физического благополучия в дальнейшем.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно около 800 000 человек совершают самоубийство. Однако этот показатель занижен из-за стигмы и неточного установления причин смерти. В 2020 году глобальный стандартизированный уровень самоубийств составил 10,5 случаев на 100 тыс. человек. Показатели распространенности суицидных мыслей и попыток в течение жизни составляют примерно 9,2 % для суицидальных мыслей и 2,7 % для суицидального поведения.

Треть из 800 000 гибнущих ежегодно от самоубийств в мире – молодые. Самоубийство – одна из ведущих причин смертности в мире во всех возрастах: 1,5 % смертей в мире, или 18 место в ранжире причин смерти. На самоубийства приходится 8,5 % смертей подростков и молодых 15–29 лет; это основная причина их смертей в мире [4].

Материалы и методы

Тенденция к росту подростковых суицидов отмечается не только в России, но и в ряде западных стран. По данным Всемирной организации здравоохранения, количество суицидов среди лиц в возрасте 15–24 лет за последние 15 лет увеличилось в 2 раза и в ряду причин смертности во многих экономически развитых странах занимает 2–3-е место. По абсолютному количеству самоубийств среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет Россия занимает первое место в мире. Данные государственной статистики в России свидетельствуют, что частота суицидальных действий среди молодежи в течение последних двух десятилетий выросла в два раза, а количество детей и подростков, покончив-

ших с собой, составляет 16 % от общего числа умерших от неестественных причин. За последние 5 лет жизнь самоубийством покончили 14 157 несовершеннолетних, ежегодно погибает около 2 800 детей и подростков в возрасте от 5 до 18 лет (эти случаи не учитывают число попыток суицида). Суицид является второй причиной смертности молодых людей (после несчастных случаев) в возрасте от 15 до 18 лет. Мысли о самоубийстве возникают у 30 % лиц в возрасте от 14 до 24 лет, а по прогнозам исследователей, в последующие 10 лет число суицидов будет расти еще быстрее, особенно у подростков в возрасте от 10 до 14 лет.

Нет сомнения, что дети и подростки с ограниченными возможностями здоровья входят в **группу риска** по суицидальному поведению, наряду с их сверстниками, злоупотребляющими алкоголем и психоактивными средствами, имеющими психические расстройства, подвергшимися какому-либо виду насилия и социально неблагополучными. Дети и подростки с ОВЗ и инвалидностью – дети с интеллектуальными нарушениями развития; с умственной отсталостью; сенсорными нарушениями слуха и зрения; речевыми нарушениями; детским церебральным параличом – сталкиваются с различными проблемами социально-психологического характера. Наиболее часто встречаются изоляция и фрустрация, то есть состояния, возникающие из-за несоответствия желаний человека и его возможностей. Изоляция подразумевают под собой одиночество, то есть отсутствие близких взаимоотношений с другими членами коллектива. Длительная изоляция может привести к депрессии и суицидальным мыслям. Дети с ограниченными возможностями здоровья в связи с имеющимися у них сенсорными, речевыми, двигательными нарушениями часто имеют сочетанные расстройства, включая нарушения эмоционально-волевой сферы, психологического развития, органические поражения ЦНС. Проявления дезадаптации обуславливают переживание психологического кризиса, совершение импульсивных поступков, формирование аутоагрессивного поведения, доходящего до суицидных действий.

При этом, остаются малоизученными факторы, определяющие суицидальное поведение детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья. Зарубежные исследователи отмечают, что в США учащиеся средних школ (9–12 классы) с ограниченными физическими возможностями досто-

верно чаще (в сравнении с детьми без нарушений здоровья) сообщали, что испытывают грусть и состояние безнадежности, курят, употребляют алкоголь и марихуану, а также серьезно рассматривают возможность совершения самоубийства [7]. Кроме того, наблюдаются более высокие уровни депрессии и предполагаемого риска суицидов среди глухих людей, чем среди контрольных групп. Дефицит исследований в этой области касается и взаимодействия со слабослышащими и глухими людьми, проявляющими суицидальные намерения [6].

Некоторые исследователи суицидального поведения подростков обращают внимание на то, что низкий уровень самооценки достоверно связан с самодеструктивным поведением. Факторы, влияющие на самооценку подростков, могут обеспечить лучшую защиту от самодеструктивного поведения. Низкий уровень самооценки у подростков-инвалидов зачастую связан с отсутствием физической активности и риском развития депрессии. Было обнаружено, что дети с ограниченными возможностями здоровья и низкой физической активностью относятся к группе высокого риска в аспекте причинения ущерба своему физическому и умственному здоровью [8].

Суицидальное (суицидоопасное) поведение характеризуется проявлением аутоагрессии, доходящей до суицидальной активности, включающей в себя суицидные мысли, высказывания, намерения, угрозы, попытки, покушения и самоубийство (завершенный суицид).

Основными причинами суицидов являются:

- Личностно-семейные – семейные конфликты, насилие в семье, развод родителей, тяжелая болезнь, смерть близких; одиночество, изоляция, безнадежность, ощущение своей ненужности или никчемности, неразделенная любовь, постоянные оскорбления, унижения и преследования со стороны окружающих (буллинг, троллинг, мобинг) и т. д.

- Проблемы со здоровьем – психическое расстройство, уродство, инвалидность, тяжелые соматические заболевания, беспомощность и т. д.

- Конфликты, связанные с учебой, с правонарушениями и асоциальными поступками и действиями (боязнь наказания или уголовной ответственности), с материально-бытовыми условиями жизни и пр. [2].

Факторы риска и защитные факторы. Факторы риска свидетельствуют или о повышенном риске попыток суицидов в будущем, или ослабляют положительное воздействие защитных факторов. Защитные факторы указывают на более низкий риск будущих попыток самоубийства или на надежность защиты от влияния фактора риска.

Психологические факторы риска (связаны с психопатологией (психическими расстройствами и симптомами), неадаптивным поведением (неосознаваемые суицидные мысли, употребление сигарет несовершеннолетними) или когнитивным аффективным процессом, связанным с психопатологией (например, чувством безнадежности, негативным мышлением, депрессивными расстройствами, синдромом дефицита внимания / гиперактивности (СДВГ), РАС, ДЦП, пограничным расстройством личности и расстройством поведения, импульсивностью, расстройствами сна).

Ранние факторы риска: жестокое обращение в детстве, например, сексуальное насилие, физическое насилие, эмоциональное насилие, пренебрежение, сочетанное влияние различных видов жестокого обращения, поливиктимизация и семейный анамнез суицидоопасного поведения или семейная передача риска самоубийства.

Социальные факторы риска: виктимизация сверстниками, воздействие суицида сверстников, слабая поддержка со стороны сверстников, воздействие СМИ на самоубийство, кибернетическая виктимизация.

Для детей и подростков с *ОВЗ и инвалидностью* характерны:

- кратковременные конфликты в сферах близких отношений (в семье, школе, группе);
- конфликт воспринимается как крайне значимый и травматичный;
- суицидальный поступок воспринимается в романтически-героическом ореоле: как смелый вызов, как решительное действие, как мужественное решение и т. п.
- суицидное поведение демонстративно, в нем есть признаки «игры на публику»;
- суицидальное поведение регулируется скорее порывом, аффектом, в нем нет продуманности, взвешенности, точного просчета;

- низкая самооценка, трудности в самоопределении;
- бедность эмоциональной и интеллектуальной жизни;
- безответная влюбленность.

Общей причиной суицида является социально-психологическая дезадаптация, возникающая под влиянием острых психотравмирующих ситуаций, нарушения взаимодействия личности с ее ближайшим окружением, и это чаще всего не тотальные нарушения, а нарушения общения с близкими, с семьей.

К защитным факторам относят:

внутренние факторы (низкий уровень нейротизма и низкий уровень стремления к новизне, высокая самооценка, умение решать проблему и отвлечение внимания в ответ на негативное воздействие (умение не фиксироваться на нем), высокий уровень выдержки, т. е. настойчивости в преодолении трудностей, эмоциональные привязанности к близким, выраженное чувство долга) и *внешние факторы* (зависимость от общественного мнения и желания избежать осуждения со стороны окружающих, наличие жизненных планов, замыслов, религиозные убеждения).

Меры по обеспечению безопасности: 1) ограничение доступности к смертельным (опасным для жизни) средствам; 2) родительский контроль; 3) составление письменного плана безопасности; 4) создание «Шкатулки надежды»; 5) предоставление номеров экстренных служб; 6) уменьшение семейных конфликтов; 7) просвещение: родителям следует серьезно относиться к суицидальным мыслям и поведению; 8) снижение уровня «заражения» (индуцирования) суицидоопасным поведением [5].

Немногочисленные исследования, посвященные обсуждаемой в данной статье проблеме, выявили, что дети с нарушениями здоровья несколько чаще определяют у себя суицидальные мысли. С другой стороны, каждый четвертый (28 %) ученик общеобразовательной школы «пытался когда-нибудь, хотя бы в шутку, убить себя», а среди учащихся коррекционной школы таких только 3 %. Причинами, ограничивающими учащихся коррекционной школы от самоповреждающих действий (несмотря на часто возникающие суицидальные мысли и подавленное настроение), могут быть, во-первых, инфантильность, незрелость психики, трудности принятия решения и, во-вторых, проживание части из них в условиях интерната,

где обеспечивается большой контроль со стороны взрослых, организованный досуг, возможность наблюдения.

Слабовидящие дети чаще испытывают негативные эмоции, вызванные осознанием дефекта и ограничением собственных возможностей. Это может являться причиной утвердительных ответов на вопросы об унылом настроении, суицидальных мыслях, чувстве одиночества.

Дети и подростки с ОВЗ имеют низкую способность рассказывать и выразить негативные эмоциональные переживания, а состояния внутреннего конфликта нередко ими не распознаются, причиной чего является отсутствие у них стремления информировать значимого взрослого о собственном эмоциональном неблагополучии, а также их неспособность выразить эмоции и чувства из-за речевых, сенсорных, интеллектуальных нарушений [3].

Результаты

Профилактика суицидального поведения

Принято различать первичную, вторичную и третичную профилактику. **Первичное** звено профилактики направлено на все общество и имеет своей целью профилактику факторов суицидального риска. **Вторичное** звено заключается в помощи непосредственно суицидентам. **Третичная** профилактика – это реабилитация суицидента после выведения его из критического состояния, а также помощь близким и родственникам суицидента, которые также являются представителями группы суицидального риска [1].

Рассмотрим *первичное* и *вторичное* звенья профилактики, как наиболее успешно осуществимые в образовательных учреждениях.

Первичная, ее еще называют универсальной межведомственной, профилактика проводится превентивно, до проявления каких-либо форм суицидального поведения, и включает в себя:

- со стороны органов опеки и попечительства, аппарата по правам ребенка, прокуратуры и полиции – своевременное выявление и пресечение жестокого обращения и всех видов насилия над детьми и подростками;
- со стороны службы занятости населения совместно с департаментом молодежной политики и педагогами – организация занятости детей и подростков и т. п.;

- со стороны средств массовой информации – взвешенный подход при освещении суицидального поведения детей; своевременно блокировать сайты и программы, побуждающие к суициду (эти сайты предлагают вступить в «игру», выполнять поручения, квесты, а конечным итогом становится приказ нанести самоповреждения или убить себя).

- со стороны системы образования – оптимизация педагогического процесса, повышение компетентности педагогов в области распознавания маркеров суицидального риска;

- со стороны органов здравоохранения – проведение бесед, лекций, дней здоровья;

- со стороны священнослужителей – регулярные беседы по проблемам нравственных, культурных и духовных ценностей и т. д.

Вторичная, или селективная межведомственная профилактика, представляет собой предупреждение возникновения суицидального поведения или дальнейшего развития суицидального процесса у лиц, входящих в группы суицидального риска, и включает в себя:

- раннее выявление лиц с наличием биологических, личностно-психологических, клинических и социальных детерминант суицидального поведения (групп риска суицидального поведения);

- первичную диагностику суицидоопасных состояний в общей медицинской сети;

- предоставление лицам, входящим в группы риска суицидального поведения, адекватной медико-психологической и медико-социальной помощи.

С точки зрения работы психолога-педагога и специального психолога-педагога образовательного учреждения подход к *первичной* и *вторичной* профилактике должен заключаться в следующем:

- на уровне первичной профилактики происходит выявление групп обучающихся, имеющих проблемы в обучении, личностные проблемы, проблемы в протекании адаптации к образовательной организации, проблемы в межличностных отношениях, а также выявление подростков и семей группы риска с целью оказания им своевременной психолого-педагогической помощи;

– организуется психолого-педагогическая работа с детьми, имеющими общие проблемы, такие как сниженная успеваемость, низкая мотивация к обучению, повышенная тревожность, проблемы в межличностных взаимоотношениях и пр.

– идет работа по постоянному повышению квалификации педагогических кадров, повышение психолого-педагогической компетентности родителей в области выявления и оказания помощи несовершеннолетним, оказавшимся в трудной жизненной ситуации и/или в кризисном состоянии.

– разрабатывается алгоритм действий педагогических работников в случае выявления обучающегося, демонстрирующего суицидальное поведение, что позволит иметь четкие инструкции для педагогических работников и избежать паники и растерянности. Задача руководителя образовательной организации – ознакомить всех педагогических работников с алгоритмами, провести мероприятия по обучению педагогических коллективов необходимым действиям при выявлении признаков, свидетельствующих о суицидальной угрозе.

Основной целью уровня *вторичной* профилактики является предотвращение самоубийства обучающегося. Важным является определение уровня риска суицидального поведения, для чего можно использовать средства психологической диагностики, которыми владеет психолого-педагогический персонал образовательного учреждения, и в случае необходимости привлекать к диагностической работе сотрудников социальных и медицинских организаций, участвующих в профилактической деятельности (на уровне района, города, области).

К любому подозрению на суицидальное поведение следует относиться со всей серьезностью: крик о помощи нуждается в ответной реакции помогающего человека, готового вмешаться в кризис одиночества. Профилактика депрессий у лиц с ОВЗ и инвалидностью является важной составляющей предотвращения суицидов. Как только отмечается сниженное настроение и другие признаки депрессивного состояния, необходимо немедленно принять меры для того, чтобы помочь ребенку выйти из этого состояния, в том числе и путем оптимизации межличностных отношений в группе.

Школьная психопрофилактика. Школы – наиболее важные площадки для продвижения идей ценности жизни и здо-

ровья, для превентивного вмешательства в суицидальные действия детей и подростков.

Программы предотвращения самоубийств, действующие на базе школы, решают, с учетом степени суицидального риска, следующие задачи:

1. *Снижение факторов риска* (выявление депрессий, чувства безнадежности, стресса, беспокойства и гнева) и усиления личностных ресурсов (формирование навыков решения проблем, саморегуляции, повышение самооценки, формирования круга социальной поддержки).

2. *Улучшение психологической адаптации* – снижение вероятности развития антивитальных переживаний и аутоагрессивного поведения, улучшение идентификации своего «Я». На этапе возникновения антивитальных переживаний и аутоагрессивного поведения подростки чаще обращаются к друзьям, и намного реже – к учителям, школьным психологам.

В образовательном учреждении должны присутствовать просветительские программы по проблеме самоубийств, рассчитанные на общий контингент школьников, педагогов, родителей. Они позволят повысить осведомленность о причинах развития суицидального поведения, способах совладания и тех ресурсах, которые можно использовать в качестве поддержки. Учащимся необходим форум, где они могут получить информацию, задать вопросы, узнать о том, как можно помочь себе и другим в случае навязчивого повторения мыслей о суициде [2].

Обсуждение и выводы

В заключении необходимо отметить значение мультипрофессиональной превентивной деятельности в совместной работе по выявлению и предупреждению суицидов у детей с особыми образовательными потребностями, т. е. силами целого ряда специалистов – психологов, педагогов, воспитателей, медицинских работников. Важная роль здесь должна отводиться врачу-психиатру, который, активно взаимодействуя с педагогами и психологами, регулярно оценивает состояние психического здоровья детей и выявляет на самом раннем этапе признаки депрессии, тревоги, а также нарушения поведения и эмоций, обеспечивая медикаментозную и психотерапевтическую коррекцию.

Список литературы

1. Ворсина О. П. и др. Вопросы диагностики и профилактики суицидального поведения детей и подростков. Методические рекомендации. Иркутск, 2020. – 43 с.
2. Иванов Д. О., Романовская М. В., Андреева Е. Ю., Фесенко Ю. А., Бычковский Д. А. Диагностика, лечение, психокоррекция и профилактика суицидального поведения несовершеннолетних. Методические рекомендации. – СПб.: СПбГПМУ, 2023. – 76 с.
3. Куприянова И. Е., Карауш И. С., Дашиева Б. А. Особенности суицидального поведения детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru>
4. Суицидальное поведение несовершеннолетних (профилактические аспекты). Методические рекомендации / Б. С. Положий, Е. В. Макушкин, Е. Б. Любов, Г. С. Банников, 2020. – 34 с.
5. Barber C. W., Miller M. J. Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: a research agenda // *Am J Prev Med.* – 2014. – Vol. 47 (3 Suppl 2). – Pp. 264–272.
6. Barnett S., Klein J. D. at all. Community Participatory Research to Identify Health Inequities with Deaf Sign Language Users // *American Journal of Public Health.* – 2011. – Vol. 101. – Pp. 2235–2238.
7. Everett J. S. Relationship between physical disabilities or long-term health problems and health risk behaviors or conditions among US high school students / J. S. Everett, D. J. Lollar // *J Sch Health.* – 2008. – Vol. 78 (5). – Pp. 252–257.
8. Tomori M. Sport and physical activity as possible protective factors in relation to adolescent suicide attempts. *International journal of sport psychology.* – 2000. – Vol. 31. – Pp. 405–413.

References

1. Vorsina, O. P. et al. (2020) *Voprosy diagnostiki i profilaktiki suicidal'nogo povedeniya detej i podrostkov. Metodicheskie rekomendacii* [Issues of diagnosis and prevention of suicidal behavior in children and adolescents. Methodological recommendations]. Irkutsk. (In Russian).
2. Ivanov, D. O., Romanovskaya, M. V., Andreeva, E. Yu., Fesenko, Yu. A., Bychkovsky, D. A. (2023) *Diagnostika, lechenie, psikhokorrekcija i profilaktika suicidal'nogo povedeniya nesovershennoletnih. Metodicheskie rekomendacii* [Diagnosis, treatment, psychocorrection and prevention of suicidal behavior of minors. Methodological recommendations]. St. Petersburg: SPbSPMU. (In Russian).
3. Kupriyanova, I. E., Karaush, I. S., Dashieva, B. A. (2013) *Osobennosti suicidal'nogo povedeniya detej i podrostkov s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja* [Features of suicidal behavior of children and adolescents with disabilities]. *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn – Medical psychology in Russia: electron. scientific journal.* No. 2 (19). Available at: <http://medpsy.ru> (In Russian).
4. Polozhiy, B. S., Makushkin, E. V., Lyubov, E. B., Bannikov, G. S. (2020) (eds) *Suicidal'noe povedenie nesovershennoletnih (profilakticheskie aspekty). Metodicheskie rekomendacii* [Suicidal behavior of minors (preventive aspects). Methodological recommendations]. (In Russian).
5. Barber, C. W., Miller, M. J. (2014) Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: a research agenda. *Am J Prev Med.* Vol. 47(3 Suppl 2). Pp. 264–272.
6. Barnett, S., Klein, J. D. at all. (2011) Community Participatory Research to Identify Health Inequities with Deaf Sign Language Users. *American Journal of Public Health.* Vol. 101. Pp. 2235–2238.
7. Everett, J. S. (2008) Relationship between physical disabilities or long-term health problems and health risk behaviors or conditions among US high school students / J. S. Everett, D. J. Lollar. *J Sch Health.* Vol. 78 (5). Pp. 252–257.
8. Tomori, M. (2000) Sport and physical activity as possible protective factors in relation to adolescent suicide attempts. *International journal of sport psychology.* Vol. 31. Pp. 405–413.

Личный вклад соавторов
 Personal Co-author contributions
 50/50 %

Информация об авторах

Фесенко Юрий Анатольевич – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории инклюзивного и специального образования, Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина, Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID ID: 0000-0002-0512-936X, e-mail: yaf1960@mail.ru

Романовская Марина Владимировна – кандидат медицинских наук, главный врач, Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина, Санкт-Петербург, Российская Федерация, e-mail: cvldp@zdrav.spb.ru

Information about the authors

Iurii A. Fesenko – Dr. Sci. (Med.), Chief Researcher of the Research Laboratory of Inclusive and Special Education, Pushkin Leningrad State University, Saint Petersburg, Russian Federation, ORCID ID: 0000-0002-0512-936X, e-mail: yaf1960@mail.ru

Marina V. Romanovskaya – Cand. Sci. (Med.), Chief Physician of Center for Rehabilitation Treatment "Child Psychiatry" named after S. S. Mnukhin, Saint Petersburg, Russian Federation, e-mail: cvldp@zdrav.spb.ru

Поступила в редакцию: 11.09.2023

Принята к публикации: 10.10.2023

Опубликована: 29.12.2023

Received: 11 September 2023

Accepted: 10 October 2023

Published: 29 December 2023