

всего, матерью. В то же время, коррекция нарушенного материнского поведения, открывает новые возможности для первичной и вторичной профилактики психических расстройств у детей раннего возраста.

### *Литература*

1. Батуев А.С. Начальные этапы биосоциальной адаптации ребенка. Психофизиологические основы социальной адаптации ребенка. Санкт –Петербург. 1999, с. 8-13.
2. Бим – Бад Б.М. Внимание к вниманию. Семья и школа 2006, №7, с.18-19.
3. Женщина новой России: Какая она? Как живет? К чему стремится? /Под ред. М.К. Горшкова, Н.Е. Тихоновой/. Издательство РОССПЭН Москва, 2002, 166 с.
4. Кошавцев А.Г. Послеродовые депрессии и материнско–детская привязанность. Монография. - СПб.: СОТИС, 2005, 224 с.
5. Крячко А. А. Культура родительства в современной России. Автор канд. диссерт. 25 стр. 2011.\
6. Попцова Е.В. Качества матери, необходимые для психического развития ребенка раннего возраста. Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук: (19.00.07) МГУ им. М.В. Ломоносова М. 1995.\
7. Римашевская Н.В., Кремнева Л.Ф. Проспективное исследование материнского поведения и его влияния на психическое развитие детей раннего возраста. Вопросы психического здоровья детей и подростков. Москва, 2003 г., №3, с. 7 -14.
8. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. – М.: Изд-во Института Психотерапии. 2002. – 240 с.\
9. Шпиц Рене А., Коблинер В. Годфри. Первый год жизни. Пер. с англ. Л.Б. Сумм под ред. А.М. Боровикова. – М.: ГЕРРУС, 2000. – 384 с.

*Проселкова М.О.*

### **Клинические проявления депривационного «синдрома сиротства» у детей раннего возраста**

За последние десятилетия в психиатрии и психологии активно изучаются психосоциальные последствия психической депривации в детском возрасте. Достоверным является взаимосвязь этого фактора с появлением делинквентности, антисоциальности и других психических отклонений.

Самым уязвимым периодом в возможности возникновения искажений психического развития является период детства, особенно раннего, включающего младенчество (или первый год жизни). Этот же период развития, определяет начальный этап становления личности в рамках конкретных социальных условий.

Специфической особенностью младенческого периода, является полная, длительная, биологически и социально оправданная, зависимость младенца от матери. Мать осуществляет продолжительную подготовку младенца к социальным условиям жизни. Первый год жизни младенца – это критический период для формирования его основных психофизических особенностей. В этот временной промежуток специфические

отношения между матерью и младенцем складываются в особую систему «мать-дитя», влияющую на дальнейший психический онтогенез ребенка. Для нормального развития младенца, помимо удовлетворения его потребностей в пище, сне, гигиеническом уходе, создании стимулирующей развитие социальной среды и др., необходимо адекватное материнское эмоциональное взаимодействие, в виде сочетания ласковости и нежности и определенного относительного принуждения

(например, в соблюдении режимных моментов, выработки понятий можно - нельзя, хорошо - плохо и т. п.) формирование у ребенка ощущения защищенности, доверительности и относительной свободы в познании окружающего.

Для выживания и гармоничного развития ребенка, согласно современным представлениям, между младенцем и матерью должна возникнуть тесная, взаимная, эмоциональная привязанность, на основе которой появляются более дифференцированные эмоции. Развитие негативных эмоций при кратковременной разлуке с матерью, свидетельствуют о наличии в психике младенца феномена привязанности. При затянувшейся разлуке негативные эмоции перерастают в психопатологические депривационные расстройства, способные привести его к психическому и физическому истощению. Сформированная привязанность, лежит в основе формирования личности ребенка

Негативный опыт отношений ребенка с матерью приводит к искажению феномена привязанности, что находит отражение в поведении младенца, сложностях взаимодействия с людьми, эмоциональных отклонениях. По данным зарубежных, отечественных и собственных исследований нарушения адекватности привязанности вызывают у ребенка в старших возрастах черты инфантильности, повышенной сензитивности, тревожности, неуверенности в себе, в сочетании с нарциссизмом, эмоциональной неустойчивостью, некритичностью и другими нарушениями личностных свойств.

Таким образом, мать для младенца и малыша в раннем онтогенезе обуславливает развитие основных психических функций - эмоциональных и социальных, необходимых для выживания. Она же может провоцировать и отклонения в психическом развитии ребенка. Последствия нарушений детско-материнских взаимодействий особенно проявляются в ситуации психической депривации в виде социального и истинного сиротства.

По статистическим данным министерства образования РФ в России последнее десятилетие держится стойкая тенденция увеличения количества детей, оставленных родителями, как при рождении, так и в первый год жизни. На 2005г. в стране 700 000 детей остались без попечения родителей, в 2011 эта цифра значительно возросла.

Несмотря на социальную остроту данной проблемы, методического изучения психофизического дизонтогенеза у детей сирот с периода младенчества и в возрастной динамике не проводилось.

Гипотезой исследования послужило предположение о наличии определенной клинической специфичности возникающих в условиях сиротства психических нарушений в сочетании с неспецифическими нарушениями.

Целью исследования было изучение особенностей отклонений психического развития детей - сирот в возрастной динамике (0-4л).

Задачами исследования было:

-выявление особенностей нарушений психического развития детей-сирот (эмоциональных, познавательных, речевых, психомоторных и др.);

-изучение влияния возраста начала сиротства на клинические проявления депривационных нарушений;

-описание в динамике типологических нарушений психического развития у сирот с первого года жизни до 4 лет.

Критериями включения детей в группу исследования было

-сиротство с рождения,

- пребывание в государственных учреждениях для детей сирот

Критериями исключения были:

-наличие родителей, посещающих детей в детском учреждении ;

-выраженные соматоневрологические нарушения,

-хромосомная и другая генетическая патология.

Для определения психогенной роли фактора сиротства в возникающем психическом дизонтогенезе детей, в группу наблюдения вошли 100 детей - сирот раннего возраста. Из них 95% - относились к т.н. социальным сиротам (по определению R.Chamberlain 1988 – сиротам при живых родителях) и только 5% детей - к истинным сиротам.

Методами изучения психического развития детей из условий сиротства были: клинически-динамический (педиатрический, неврологический, психиатрический) и параклинический (психологический). Отобранный контингент был прослежен катamnестически в течение 10 лет

На основании анализа собственного клинического, психопатологического обследования проспективного детей первых лет жизни, и ретроспективного детей старших по возрасту, включая анамнестические сведения, имеющиеся в педиатрических медицинских картах воспитанников, устанавливалась картина личностного и психофизического развития детей. При этом учитывались показатели развития соматической, инстинктивной, эмоциональной и познавательных психических сфер, развития моторики, функций речи и коммуникаций (в виде взаимоотношений с персоналом и другими детьми). Изучалось становление социальных навыков и особенности поведения в разных ситуациях, Все изменения, которые выявлялись в младенческом возрасте, изучались в возрастной динамике наблюдения за ребенком, а также по отчетам городской медико-педагогической комиссии. Все собранные данные позволили получить статическую и динамическую оценки психического состояния детей-сирот.

Анализ психического развития и психических нарушений у детей – сирот раннего возраста позволил выделить определенные отклонения, возникающие в условиях родительской депривации. Это депрессия, с типичной триадой проявлений, характерные двигательные стереотипии и параутизм на фоне задержанного или искаженного темпа формирования психических функций в целом, особенно эмоциональных. Эмоциональное развитие характеризовалось малой дифференцированностью и дефицитностью.

Выявленные отклонения в аффективной, моторной, коммуникативной и интеллектуальной сферах, начинают формироваться с младенчества и к периоду первого возрастного криза становятся клинически выраженными.

Фактор сиротства является патогенным и формирующим определенную клиническую картину психических нарушений. Выраженность отклонений зависит от

возраста начала действия фактора, и содержания самой ситуации сиротства. Чем в более ранний возрастной период ребенок оказывается в условиях материнской депривации и чем более эмоционально и микросоциально обеднена депривационная среда пребывания ребенка, тем большее повреждающее воздействие оказывается на его психическое состояние.

Для гармоничного формирования и развития психики, особенно в раннем возрасте, необходима доброжелательная среда, насыщенная разнообразной, соответствующей возрасту и потребностям младенца стимуляцией: познавательной, эмоциональной, двигательной, тактильной, визуальной, акустической и др. Дефицит микросоциальных стимуляций оказывает отрицательное влияние на процессы психического развития.

Клинический анализ нарушений развития детей из сиротских учреждений, выявил их определенное клиническое сходство с другими психопатологическими симптомокомплексами, наблюдаемыми у детей того же возраста – это синдромы раннего детского аутизма, недифференцированной умственной отсталости и др. Однако, наличие сходства, не исключало отличий их друг от друга. Например, по уровню интеллекта, работоспособности, запасу знаний, дети, воспитывающиеся в условиях хронической психической депривации, напоминали детей с умственной отсталостью. Однако, после обучения, с поощрениями, усиленному вниманию дети достаточно быстро догоняли сверстников из обычных условий развития и выполняли все задания по возрасту. Обращала внимание речь детей из депривационных условий сиротства, характеризуемая логопедами, как речь с низким уровнем фонетического и лексического развития. В речи с ограниченным словарным запасом частично или полностью отсутствовали обобщающие слова и понятия. Но недоразвитие речи не являлось, как в случаях врожденного интеллектуального недоразвития, следствием интеллектуальной неполноценности. Это был результат дефицита контактов с окружающим внешним миром в целом и, особенно, вербальных. После реабилитационных занятий с логопедами и дефектологами, интеллектуальное и особенно речевое развитие значительно продвигалось вперед. Однако это не касалось коммуникативной функции речи, которая долго, несмотря на коррекционные занятия, сохранялась редуцированной.

Сходство с синдромом раннего детского аутизма выражалось коммуникативными нарушениями, которые у детей из депривационных условий сиротства проявлялись феноменом, названным нами “депривационным парааутизмом”. Дети с депривационным парааутизмом не проявляли инициативы к общению. Предоставленные себе, занимались примитивной, не соответствующей возрасту, манипулятивной игрой или безучастно лежали в манеже, не обращая внимания на окружающих. Часть из них обнаруживала стереотипное двигательное возбуждение малого размаха в виде однообразного подпрыгивание на месте, однотипных поворотов головы, раскачивания в прыгунках, манипуляций пальчиками рук. Дети не реагировали на обращение к ним, проявляя безучастность и равнодушие, и к игрушкам, и к громким звукам. Появление незнакомых людей, даже берущих их на руки, не вызывала у них реакций любопытства или страха. Нередко у детей обнаруживались проявления протодиакриза - предпочтение неживых объектов людям и отсутствия различения живого от неживого. Отмечалась недостаточность познавательных интересов, суженность объема знаний, отсутствие элементарной бытовой осведомленности. Депривационный

парааутизм по клинической картине обнаруживал сходство с т.н. “психогенным аутизмом”, который был выделен у детей 3-4 летнего возраста, находящихся в условиях семьи при недостаточности внимания и ласки со стороны матери. Психогенный аутизм характеризуется нарушением общения, эмоциональной индифферентностью, задержкой формирования моторики и речи. Эти клинические проявления напоминают депривационный парааутизм. Отличительно то, что достаточно матери изменить отношение к ребенку, уделять больше ему времени, заниматься с ним, как названные проявления постепенно полностью сглаживаются. Для депривационного парааутизма требуется гораздо больший реабилитационный период.

У наблюдаемых детей с депривационным парааутизмом обращала на себя внимание малая выразительность мимики, обедненность в целом мимических реакций, а также жестов, речи. В процессе общения у детей отмечались отдельные эхоталии и готовность к сохранению позы. Отсутствие речевого реагирования, молчаливость и, даже, безмолвность были определены нами как “депривационный мутизм”. Длительное наблюдение за детьми отмечало их малую активность, бездеятельность, отгороженность, как бы углубленность в себя. Все названное напоминало проявления эндогенного аутизма. Однако активное внедрение во внутренний мир депривированного, внешне аутичного ребенка, сразу же выявлял ряд отличий данного состояния от эндогенного аутизма. Так, у детей из депривационных условий сиротства, сохранены положительные реакции на сенсорное раздражение. Применение ряда одновременных или последовательных и повторяющихся стимулирующих воздействий (тактильных, звуковых: голосовых и музыкальных) привлекало внимание ребенка, вначале в виде контакта “глаза в глаза”, впоследствии в виде слежения глазами за взрослым и выделением его из остального окружения, нередко сопровождая его приход вокализациями. Позже, после продолжительных стимулирующих воздействий, вызывающих удовольствие у депривационных детей, их удается вовлечь в игру с ответными адекватными реакциями, с готовностью к подражанию и обучению в игровых ситуациях. Кроме того у детей с депривационным парааутизмом отсутствует симптом Павлова, что характерно для истинного аутизма, не отмечается симптома тождества, или пристрастия к определенному стереотипу жизни, вещам, привычкам, не наблюдалось фобий.

В основе обнаруживаемого сходства лежат общие патогенетические механизмы, связанные с воздействием депривационных механизмов (экзогенных или эндогенных). В случаях депривационного парааутизма имеет место экзогенный дефицит социальной, когнитивной, сенсорной, эмоциональной и других необходимых форм стимуляции.

В случаях эндогенного аутизма механизм дефицита первичный - эндогенный, присущий расстройствам шизофренического спектра, к которым относится и ранний детский аутизм. В основе депривационного парааутизма лежит вторичное нарушение коммуникаций, следствие дефицита стимулирующей среды, эмоционального сопереживания и общения как со стороны взрослых так и детей.

Общей особенностью детей из условий сиротства, выросших в домах ребенка, детских домах, школах интернатах являются: низкая работоспособность, не тренированность памяти и внимания, рентные установки, высокая степень внушаемости. К школьному возрасту депривационные синдромы дезактуализируются, уступая место формированию личности дефицитарного типа.

Таким образом, проведенное клинико-динамическое исследование отобранной группы детей-сирот раннего возраста выявил у них относительно специфические нарушения психического онтогенеза, которые складываются в определенный симптомокомплекс, названный « синдромом сиротства». Структура этого синдрома следующая: дисфункции эмоциональной сферы в виде депривационной депрессии и общей эмоциональной дефицитарности; коммуникативной в виде депривационного параутизма; двигательной в виде разнообразных двигательных стереотипий и в познавательной в форме псевдозадержки развития.

Выявленный симптомокомплекс начинает формироваться с младенчества и к первому возрастному кризу становится клинически выраженным. Патогенным и клинически формирующим является фактор сиротства т.е. редуцированность или отсутствие детско-материнских отношений.

### *Литература*

1. Аксарина Н. М. Воспитание детей раннего возраста. М.: Медицина, 1977. - 303 с.
2. Выгодский Л.С. Избранные психологические произведения. //собр.соч. т.4.с.200-269.
3. Кистяковская М. Ю. О стимулах, вызывающих положительные эмоции у ребенка первых месяцев жизни // Вопр. психопатологии. - 1965. - N 2. - С. 129-140.
4. Ковалев В. В. Проблема факторов риска в возникновении нарушений психического здоровья в детском возрасте // Психогигиена у детей и подростков. - М., 1985. - С. 56-66.
5. Козловская Г. В. Психические нарушения у детей раннего возраста: Дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1995. - 245 с.
6. Лангмейер И., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. - Прага, 1989. - 334 с.
7. Лисина М. И. Влияние отношений с близкими взрослыми на развитие ребенка раннего возраста // Вопр. психологии. - 1961. -N3.-С. 117-124.
8. Проселкова М.Е. Башина В.М. Дети-сироты ( к особенностям раннего дизонтогенеза). // Сироты России: проблемы, надежды, будущее. М.1994 с 49-54.
9. Проселкова М.Е. Особенности психического здоровья детей-сирот (возрастной и динамический аспекты), дис ... к.м.н. М.,1996, 225с.
10. Проселкова М.Е., Башина В.М., Козловская Г. В., Особенности психического развития детей раннего возраста из условий сиротства.// Журнал наврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова 1995г.
11. Alanen J. O. The mothers of schizophrenic patients // Acta Psychiat. Scand. - 1958: Vol. 33. - P. 124-361.
12. Anthony E. The child and Ms family. Children at psychiatric risk. - New York: Wiley, 1980. - 645 p.
13. Bowlby J. The making and breading of affectional bonds. -London: Tavistock Publ., 1979. - 150 p.