УДК 616-053.4:612.821

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКИХ ДОМАХ

О.М.Филькина, Е.Л. Витрук, Е.А. Воробьева, Н.В. Долотова, О.Ю.Кочерова

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»

С целью выявления особенностей психического развития дошкольников, воспитывающихся в детских домах, и определения возможных механизмов его нарушений проводилось сравнительное обследование 106 детей 3-7 лет, воспитывающихся в детских домах, и 60 детей того же возраста, воспитывающихся в семье и посещающих дошкольное образовательное учреждение. У детей обеих групп в анамнезе диагностированы перинатальные поражения центральной нервной системы. Показатели психического развития и нейроэндокринной регуляции оценивались с использованием общеклинических и биохимических методов, с последующей их сравнительной характеристикой. В результате исследования установлено, что у воспитанников детских домов чаще, чем у детей из семьи, выявлялась комплексная задержка психического развития, низкое интеллектуальное развитие, высокая невротизация и сниженный эмоциональный статус; с возрастом число воспитанников с отклонениями психического развития увеличивалось. Гормональный статус детей детских домов характеризовался более низкими, чем у детей из семьи, концентрациями в крови ТЗ, ТТГ, СТГ и кортизола, что свидетельствует о негативном влиянии на их развитие эмоциональной депривации и необходимости поиска новых подходов к профилактике нарушений и коррекции психического здоровья этих детей.
Ключевые слова: сиротство, детский дом, депривация, психическое развитие, эмоциональный статус.

FEATURES OF MENTAL DEVELOPMENT OF CHILDREN OF THE PRESCHOOL AGE WHICH IS BROUGHT UP IN CHILDREN'S HOMES

O. Filkina, H. Vitruk, H. Vorobyova, N. Dolotova, O. Kocherova

Research objective - to reveal features of mental development of children of 3-7 years which are brought up in children's homes and to establish mechanisms of its infringements. Research groups - 106 children who are brought up in children's home and 60 children, brought up in a family. Estimated indicators of mental development and the hormonal status in both groups with the subsequent comparative analysis. Have established that at pupils of children's homes more often, the complex delay of mental development, low I.Q., high neuroticism and the lowered emotional status was defined. With the years the quantity of children with deviations in mental development increases. Concentration in blood of children of children's home of hormones ТЗ, ТТГ, СТГ and cortisol more low, than at children from a family. All it confirms negative influence emotionally-touch deprivation on mental development of children.
Keywords: the orphanhood, children's home, deprivation, mental development, the emotional status.

Введение

В настоящее время в результате социально-экономических реформ в России сложилась критическая ситуация, характеризующаяся устойчивым ростом числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Особенно тревожно, что большинство детей, попавших в сложную жизненную ситуацию, являются социальными

сиротами, т. е. сиротами при живых родителях [1, 2]. Государство, пытаясь справиться с все нарастающей волной сиротства, в основном использует и совершенствует три модели устройства детей: опекунство, усыновление и сиротские учреждения, причем последняя модель, до недавнего времени, являлась доминирующей [3]. Между тем известно, что окружающая среда, условия воспитания имеют большое значение для нормального развития и здоровья ребенка [4]. Поступление в новую микросоциальную среду детского дома сопровождается изменением сложившегося ранее динамичного стереотипа, что вызывает необходимость приспособления к новым условиям жизни с мобилизацией механизмов, обеспечивающих необходимые адаптационные ресурсы [5]. Кроме того, проживание в условиях материнской и эмоциональной депривации, обусловленной средой закрытого учреждения, недостаточное количество социальных контактов, приводит к напряжению психических и физиологических функций организма и прежде всего к отклонениям психического развития детей [6]. Интенсивное психическое развитие ребенка, когда формируются как отдельные психические функции, так и личность, приходится на периоды возрастных кризов. Именно в дошкольном возрасте особенно часто выявляются различные формы психического дизонтогенеза или нарушения психического развития, которые связаны с нарушениями относительного физиологического и психологического равновесия и могут быть вызваны биологическими патогенными факторами, неблагоприятными воздействиями микросоциально-психологической среды, а также разнообразными их сочетаниями [7, 8]. Клинически психический дизонтогенез у детей может проявляться инфантилизмом, синдромами невропатии, незрелостью отдельных сторон психики и психических процессов: моторики, речи, внимания, пространственного восприятия, эмоциональной незрелостью, запаздыванием формирования навыков чтения, письма и счета. Поэтому вопрос поиска механизмов формирования психического здоровья и его сохранения у детей, находящихся в сложной жизненной ситуации, является актуальным.

Цель работы: выявить особенности психического развития детей, воспитывающихся в детских домах и их механизмы формирования.

Для реализации этой цели поставлены следующие **задачи:**

1) Описать и структурировать особенности эмоционального и когнитивно-

го статуса детей, воспитывающихся в детских домах и провести сравнение психического развития с группой детей, проживающих в условиях семьи.

2) Описать и показать механизмы развития психосоматических и нейрогуморальных расстройств у таких детей и их роль в формировании психологической дезадаптации.

Материалы и методы

Для выявления особенностей психического развития детей, воспитывающихся в детских домах, и возможных механизмов формирования их нарушений проводили сравнительное обследование 106 воспитанников детских домов 3-7 лет и 60 детей того же возраста из семьи. У детей обеих групп в анамнезе диагностированы перинатальные поражения центральной нервной системы гипоксически-ишемического генеза легкой и средней степени тяжести.

Для обследования использовались клинические, социологические, функциональные и биохимические методы исследования. Психическое развитие определялось по методике Г.М. Левина и В.Н. Самариной [9] с оценкой 5 линий развития: моторики, ощущений и восприятия, игровой деятельности, навыков, умственного развития. Выделяли четыре группы психического развития: первая - соответствие психического развития календарному возрасту или его опережение, вторая - отставание психического развития на один эпикризный срок (с 3 до 7 лет равный одному году), третья - отставание психического развития на два эпикризных срока, четвертая - отставание психического развития на три эпикризных срока. Уровень интеллектуального развития детей определялся с 5-летнего возраста в соответствии с методикой Д. Векслера, адаптированной Ю.А. Панасюком [10]. Методика направлена на исследование различных сторон интеллекта и состоит из вербальной и невербальной шкал. Определяли 3 интеллектуальные характеристики: вербальный интеллектуальный показатель (ВИП), невербальный интеллектуальный показатель (НИП) и общий интеллектуальный показатель (ОИП). Для оценки показателей использовались возрастные нормативы ВИП, НИП и ОИП для дошкольников 5-7 лет г. Иваново [11]. Наличие у детей невротических реакций выявлялось при анкетировании родителей и воспитателей и консультации детей врачом-психиатром во время профилактического осмотра (1 раз в год). Оценка эмоционального статуса детей, определяющая степень выраженности депрессии,

страха, гнева, оценивающая игровую и познавательную деятельность, социальные контакты, дисциплину, двигательную активность, сон и аппетит, проводилась с использованием шкал, разработанных А.А. Солнцевым с соавт. [12]. Оценка, представленная в балльном эквиваленте, позволила оценить основные эмоциональные и поведенческие реакции ребенка в течение пребывания его в детском доме и дошкольном учреждении. Эмоциональные характеристики содержали от 4 до 7 градаций, каждой из которой соответствовала балльная оценка. Итоговая сумма баллов характеризовала эмоциональный статус ребенка: нормальный, сниженный и значительно сниженный. Для оценки гормонального статуса определяли концентрацию в сыворотке крови общего уровня тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3) - иммуноферментным методом наборами фирмы «Human» (Германия); соматотропного гормона (СТГ), кортизола - методом твердофазного хемилюминесцентного иммунологического анализа на приборе IMMULITE наборами фирмы «DPC». Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ MS Exel XP и Statistica 6,0.

Результаты и их обсуждение

В результате проведенного обследования выявили, что показатели психического развития у детей, воспитывающихся в детских домах, значительно отличались от показателей детей из семьи (табл. 1).

Таблица 1

Психическое развитие детей, воспитывающихся в различных условиях (%)

Группы НПР	Дети, воспитывающиеся в детских домах n=106	Дети, воспитывающиеся в семье n= 60
Первая	0	37,0
Вторая	52,0	61,0
Третья	41,0****	2,0
Четвертая	7,0	0

* - достоверность различий показателей детей из детского дома и семьи

**** - p<0,001

В группе детей детского дома I группа нервно-психического развития (НПР) не диагностировалась ни у одного воспитанника, тогда как в семье этот показатель составлял 37,0%. II группа НПР выявлялась у детей детских домов в 1,2 раза реже, чем у сверстников из семьи (52,0% и 61,0% соответственно), а III группа НПР у детей детского дома определялась в 20 раз чаще, чем в семье

(41,0% и 2,0%, p<0,001). Кроме того, у 7,0% воспитанников выявлялась IV группа НПР, тогда как у детей из семьи такая группа НПР не встречалась.

Сравнительный анализ возрастной динамики психического развития детей показал, что в 3-5 лет I группа НПР не определялась ни у одного воспитанника детского дома, тогда как в семье эта группа НПР диагностировалась у 28,0% детей. II группа НПР в 3-5 лет выявлялась у большинства детей в обеих группах (62,0% в детских домах и 69,0% в семье). Дети с III группой НПР в 3-5 лет в детском доме встречались достоверно чаще, чем в семье (32,5% и 3,0%; p<0,005), а IV группа НПР выявлялась только у воспитанников детского дома (5,5%). К 6-7 годам среди воспитанников детских домов дети с I группой НПР так и не выявлялись, тогда как в группе сверстников из семьи их количество увеличилось в 1,7 раза и составило 48,0%, за счет уменьшения числа детей с II группой НПР (с 69,0% до 52,0%). В группе детей, воспитывающихся в детских домах, к 6-7 годам количество детей с II группой НПР также снизилось (с 62,0% до 45,0%), но при этом увеличилось количество детей с III и IV группами НПР (с 32,5% до 47,0% и с 5,5% до 8,0% соответственно).

Анализ степени задержки психического развития с учетом отдельных линий показал, что у большинства детей, воспитывающихся в детских домах, наблюдалось отставание по всем 5-ти линиям развития (57,0%), что соответствовало 3 степени задержки НПР, тогда как у детей из семьи чаще определялось отставание по 1-2-м линиям (88,0%), что соответствовало 1 степени задержки НПР. У детей детских домов достоверно чаще, чем у детей из семьи, отставали развитие моторики (57,0% и 24,0%, p<0,001), ощущений и восприятия (70,0% и 26,0%, p<0,001), игровой деятельности (83,0% и 32,0%, p<0,001) и навыков (73,0% и 28,0%, p<0,001). Лишь у 14,0% воспитанников умственное развитие соответствовало возрасту, тогда как в семье таких детей выявлялось в 6 раз больше (78,0%).

Пограничные невротические расстройства выявлялись у 95,0% воспитанников детских домов, тогда как в семье этот показатель был в 2 раза ниже и составлял 47,0%. Кроме того, частота встречаемости различных синдромов невротических расстройств у детей детского дома и семьи была различной (табл. 2).

Таблица 2
Частота встречаемости синдромов невротических расстройств у дошкольников, воспитывающихся в различных условиях (%)

Синдромы	Дети, воспитывающиеся в детских домах n = 106	Дети, воспитывающиеся в семье n = 60
Соматовегетативный	28,2	30,5
Гипердинамический	43,6**	8,3
Неврастенический	43,6****	13,8
Фобический	28,2	0
Навязчивые движения	25,6	0
Патохарактерологические реакции	30,8	0
Энурез	30,8****	2,7

* - достоверность различий показателей детей из детских домов и семей:
** - p< 0,02; **** - p<0,001

Так, у воспитанников детских домов достоверно чаще регистрировались гипердинамический (43,6% и 8,3%; p< 0,02), неврастенический синдромы (43,6% и 13,8%; p<0,001) и энурез (30,8 и 2,7%; p<0,001). Частота встречаемости соматовегетативного синдрома в обеих группах достоверно не различалась (28,2% в детском доме и 30,5% в семье), а фобический синдром (28,2%), синдром навязчивых движений (25,6%) и патохарактерологические реакции (30,8%) регистрировались только у воспитанников детского дома.

Анализ возрастной динамики частоты встречаемости невротических реакций в исследуемых группах показал, что частота встречаемости выявленных невротических реакций у детей детских домов, по сравнению с детьми из семьи, была выше во всех возрастных группах. В 3-5 лет на первом месте по частоте встречаемости у детей детского дома находился неврастенический синдром (86,0%), на втором - соматовегетативный синдром (71,0%), на третьем - патохарактерологические реакции (64,0%), на четвертом - гипердинамический синдром (57,0%), на пятом - синдром навязчивых движений (43,0%), на шестом - фобический синдром и энурез (по 36,0%).

К 6-7 годам число детей детского дома с соматовегетатиным (74,0%) и фобическим (39,0%) синдромами практически не изменилось. Число воспитанников с неврастеническим синдромом увеличилось в 1,2 раза, с энурезом - в 1,3 раза, а количество детей с патохарактерологическими реакциями,

гипердинамическим синдромом и синдромом навязчивых движений снизилось в 1,6 раза.

Проведенное нами исследование позволило выявить не только наличие у ребенка того или иного невротического синдрома, но и количество их сочетаний, приходящихся на одного ребенка. Так, один невротический синдром диагностировался у 28,0% воспитанников детских домов, что реже, чем у детей из семьи (33,0%). Сочетание двух и трех синдромов определялось у них достоверно чаще (13,0% и 8,0%, $p< 0,05$; 20,0% и 3,0%, $p< 0,02$ соответственно), а четыре (5,0%), пять (8,0%) и шесть (10,0%) синдромов одновременно выявлялось только у воспитанников детских домов.

Оценка эмоционального статуса детей выявила его снижение у большинства воспитанников детских домов (рис. 1).

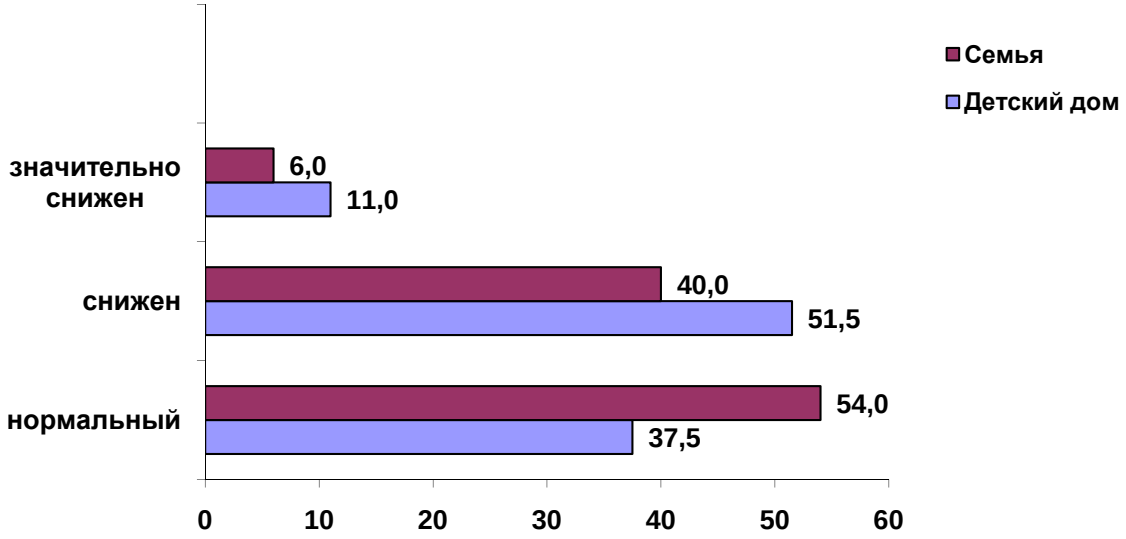


Рис.1 Характеристика эмоционального статуса детей, воспитывающихся в различных условиях

Значительно сниженный эмоциональный статус диагностировался у них в 1,8 раза чаще (11,0%), сниженный в 1,3 раза чаще (51,5%), чем у детей из семьи. Нормальный эмоциональный статус определялся у 37,5% воспитанников, что в 1,4 раза реже, чем в семье. Такой эмоциональный статус негативно сказывается на эмоциональном развитии ребенка и на его способности к общению с внешним миром. Изучение структуры показателей эмоционального статуса у детей, воспитывающихся в детских домах, выявило, что первое место у них занимали нарушения дисциплины, второе – нарушения сна, третье – реакции страха и нарушения познавательной деятельности, что подтверждает негативное влияние на эмоциональное развитие ребенка и его здоровье

факторов социальной и эмоционально-сенсорной депривации. Снижение настроения, выявляемое у 59,0% воспитанников, проявлялось в виде как легкой, так и выраженной депрессии, тогда как у детей из семьи снижение настроения выявлялось в 1,4 раза реже (42,0%) и характеризовалось эпизодическими обидами и неудачами в игре. У детей из детского дома достоверно чаще, чем у детей из семьи, регистрировались реакции гнева (37,0% и 20,0%; $p< 0,05$), проявляющиеся в виде немотивированной агрессии и истерик, страхи различной степени выраженности (53,0% и 16,0%; $p<0,001$) и нарушения дисциплины (92,0% и 24,0; $p<0,001$). Следует отметить, что в группе детей из семьи нарушения дисциплины отмечались эпизодически из-за рассеянности, отвлекаемости детей, и она легко восстанавливалась, а воспитанники детских домов требовали постоянного присмотра, наставлений и были трудно контролируемы. Сниженные социальные контакты выявлялись у воспитанников детских домов в 1,6 раза чаще, чем у детей из семьи (39,0% и 24,0%) и были обусловлены замкнутостью детей и осторожностью в общении. Познавательная деятельность у них была ниже, чем у детей из семьи (59,0% и 12,0%; $p<0,001$), и проявлялась отсутствием инициативы, интереса к занятиям, нежеланием выполнять задания. Изменения моторики выявлялись в обеих исследуемых группах, но проявлялись у детей из семьи чрезвычайной подвижностью (100%), а у детей детского дома - как гиперподвижностью (91,0%), так и вялыми, замедленными локомоторными актами (9,0%). У 70,0% воспитанников детского дома диагностировались нарушения ночного сна, характеризующиеся длительным засыпанием, неглубоким, беспокойным сном, что достоверно чаще, чем в семье (16,0%, $p<0,001$). У детей детских домов часто выявлялись нарушения аппетита, характеризующиеся повышенным или даже чрезмерным аппетитом, тогда как у детей из семьи эти нарушения проявлялись сниженным аппетитом.

Для получения более полной картины психического развития детей, воспитывающихся в различных условиях, выявляли уровень интеллектуального развития, с проведением сравнительного анализа (табл. 3).

Таблица 3

Интеллектуальное развитие детей, воспитывающихся в различных условиях (баллы)

Пока-затели	ОИП	НИП	ВИП	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
(M±m)															
Д/дом	80,53 ±1,13	84,5 ±0,45	80,5 ±1,57	7,2 ±0,4	7,7 ±0,35	7,5 ±0,26	8,4 ±0,46	4,5 ±0,38	6,7 ±0,15	10,3 ±0,2	8,8 ±0,2	8,7 ±0,5	8,1 ±0,31	5,34 ±0,2	2,7 ±0,45
Семья	100,1 ±1,7	95,6 ±1,21	105 ±2,3	11,2 ±0,78	12,7 ±0,7	10,6 ±0,4	15,8 ±0,8	7,7 ±0,51	7,2 ±0,22	11,6 ±0,85	9,64 ±0,3	11,0 ±0,51	8,0 ±0,45	7,4 ±0,3	8,0 ±0,4
P	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,02	-	0,02	0,02	-	0,001	0,001

Как видно из таблицы, у дошкольников, воспитывающихся в детских домах, общий интеллектуальный показатель (ОИП) ниже, чем у сверстников из семьи, за счет более низких значений как вербального (ВИП), так и невербального (НИП) показателей. Сравнительный анализ показателей отдельных интеллектуальных характеристик выявил у воспитанников детских домов достоверно более низкий, чем у детей из семьи, уровень эрудиции (I субтест), способности к применению знаний в конкретной ситуации (II субтест), способности к оперированию числами (III субтест). Дети детского дома отличались обедненным словарным запасом, неспособностью к выделению наиболее существенных признаков предметов и явлений (V субтест) и сниженной кратковременной памятью (VI субтест). У них определялись более низкие показатели логического мышления на предметном уровне (VIII субтест), моторной скорости (XI субтест) и способности к конструктивному мышлению (IX субтест). Наибольшая разница между детьми детских домов и семьи выявлялась по показателям способности к аналогиям и обобщению (IV субтест) и зрительно-моторной координации (XII субтест). Наблюдательность (VII субтест) и способность к синтезу на предметном уровне (X субтест) были практически одинаковыми в обеих исследуемых группах и достоверно не различались.

Известно, что процессы развития организма, сопряжены с интенсивным обменом веществ и энергии и находятся под двойным контролем: с одной стороны – это генетический аппарат, с другой – регулирующая роль нервной системы, которая адаптирует интенсивность обмена к определенным условиям внешней среды. Связующим звеном между ними служат гормоны, осуществляющие влияние ЦНС на другие органы посредством эндокринной системы. Для уточнения возможных механизмов

формирования отклонений психического развития у воспитанников детских домов мы определяли содержание в сыворотке крови у детей 3-7 лет, воспитывающихся в детском доме и семье, тиреотропного гормона (ТТГ), общего трийодтиронина (Т3) и соматотропного гормона (СТГ) (рис. 2).

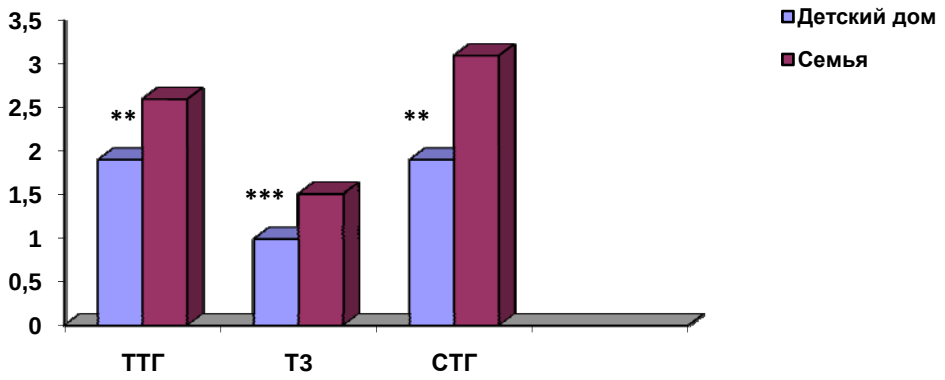


Рис.2 Характеристика отдельных гормональных показателей детей, воспитывающихся в различных условиях

Сравнительный анализ выявил достоверно более низкое содержание в крови детей детского дома, чем у детей из семьи, общего трийодтиронина (Т3) (0,99 ng/ml и 1,51 ng/ml; p< 0,01) и тиреотропного гормона (ТТГ) (1,9 mIU/ml 2,57 mIU/ml; p< 0,02). Гормоны щитовидной железы оказывают влияние на дифференциацию и функциональное состояние центральной нервной системы и периферических нервов, поэтому при их недостатке происходит нарушение процесса миелинизации, и как следствие, замедление умственного развития, что соответствует выявленным нами особенностям психического и интеллектуального развития у воспитанников детских домов. Сочетание сниженных концентраций в крови тиреотропного гормона и трийодтиронина может свидетельствовать и о дисфункции гипофизарно-тиреоидной системы у этих детей.

Содержание в крови соматотропного гормона (СТГ) у дошкольников, воспитывающихся в детских домах, также было более низким, чем у сверстников из семьи (1,83 ng/ml и 3,13 ng/ml; p< 0,02). СТГ, являясь анаболическим гормоном, регулирует не только обмен веществ, процессы роста тела, но и является гормоном адаптации, обеспечивающим срочные и долговременные реакции гомеостаза, поэтому снижение его уровня у воспитанников детских домов может говорить о начавшемся процессе истощения адаптационных ресурсов нейроэндокринных механизмов регуляции.

Чтобы подтвердить это предположение мы определяли содержание кортизола в сыворотке крови у детей, воспитывающихся в различных условиях (рис.3).

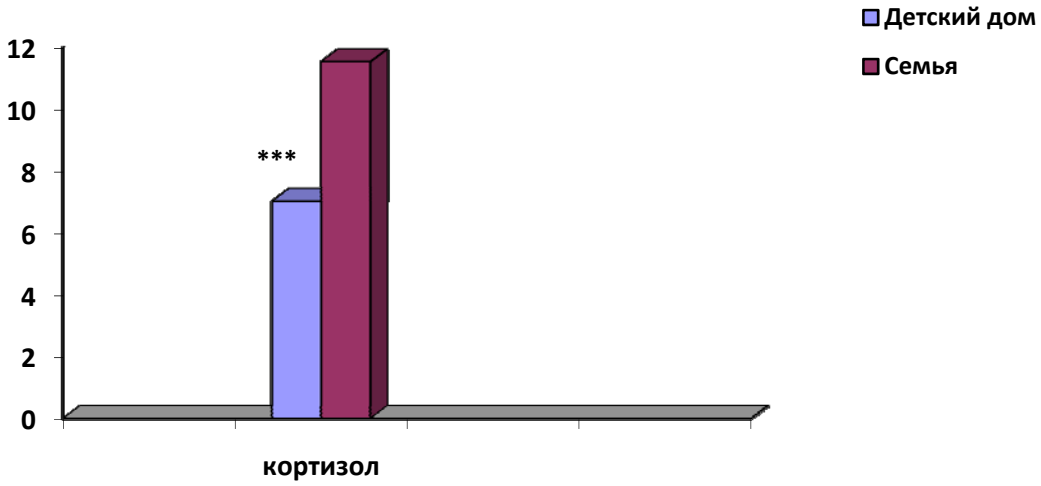


Рис.3 Характеристика содержания кортизола у детей, воспитывающихся в различных условиях

Как видно из рис. 3, выявлена достоверно более низкая концентрация кортизола в крови детей детского дома, по сравнению с детьми из семьи (7,01 mg/dl и 11,52 mg/dl; $p < 0,01$), что свидетельствует о снижении функциональной активности коры надпочечников и подтверждает истощение адаптационных механизмов регуляции в связи с нахождением детей в условиях сенсорной и эмоционально-психологической депривации.

Выводы

1. Дети, оставшиеся без родительской опеки и воспитывающиеся в детском доме в условиях эмоционально-сенсорной депривации, отставали в психическом развитии по сравнению со сверстниками из семьи. Они характеризовались более глубокой задержкой нервно-психического развития с отставанием по всем линиям развития с негативной возрастной динамикой; низким интеллектуальным развитием по всем вербальным и большинству невербальных показателей. У воспитанников детских домов чаще отмечался сниженный или значительно сниженный эмоциональный статус, характеризующийся частыми реакциями страха, гнева, нарушениями дисциплины и сна, снижением познавательной деятельности.

2. В отличие от детей из семьи, у детей, оставшихся без родительской опеки, чаще выявлялись невротические расстройства и большее число синдромов, приходящихся на одного ребенка. У

воспитанников детских домов определялось более низкое содержание в крови гормонов Т3, ТТГ, СТГ и кортизола, что свидетельствует об истощении адаптационных ресурсов нейроэндокринных механизмов регуляции. Полученные данные подтверждают негативное влияние депривации на процессы нейроэндокринной регуляции детей, воспитывающихся в детских домах, и ее участие в формировании нарушений эмоционального состояния и психического развития детей, что свидетельствует о необходимости поиска новых подходов к вопросам профилактики и коррекции нарушений психического здоровья воспитанников детских домов.

Список литературы

1. Ибрагимов А.И. Состояние здоровья и пути оптимизации медико-социального обеспечения детей, оставшихся без попечения родителей. Автореф. дисс. на соискание ученой степени д-ра мед. наук. М., 2006. 38 с.
2. Конова С.Р. Программный подход к решению проблем социального сиротства в Российской Федерации // Российский педиатрический журнал. 2003. № 3. С. 50-52.
3. Выхристюк О.Ф., Самсыгина Т.А. Охрана здоровья детей из социально неблагополучных семей// Российский медицинский журнал. 2000. № 2. С. 11-14.
4. Альбицкий В.Ю., Гасиловская Т.А., Ибрагимов А.И. Результаты комплексной клинико-социальной характеристики детей-сирот, оформляющихся в интернатные учреждения// Российский педиатрический журнал. 2004. № 5. С. 44-46.
5. Концепция предупреждения социального сиротства и развития образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей/ Под ред. Л.М. Шипицыной. Санкт-Петербург, 2000. 54 с.
6. Коренев Н.М., Лебец И.С., Куракса О.Ю., Булага Л.П. Состояние здоровья детей-сирот и гигиенические проблемы их содержания в интернатных учреждениях// В сб.: Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке. М., 2004. Ч. 2. С. 88-90.
7. Исаев Д.Н. Обзор психиатрии и медицинской психологии. М., 1991. С. 59-67.
8. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / Под ред. В.В. Ковалева. М., 1985. 165 с.
9. Оценка нервно-психического развития детей дошкольного возраста/ Под ред. Г.В. Левина. – Ленинрад, 1990. 36 с.
10. Панасюк А.Ю. Адаптированный вариант методики Д.Векслера. М., 1973. 36 с.
11. Диагностика и профилактика пограничных нервно-психичских нарушений у младших школьников/ Под ред. Л.А. Ждановой, О.Ю. Кочеровой, А.А. Солнцева. Иваново, 1989. 24 с.
12. Мероприятия по облегчению адаптации детей к условиям дошкольного учреждения и школы/ Под ред. Р.Р. Шиляева. Иваново, 1987. 32 с.

153045 г.Иваново, ул.Победы 20 ФГУ «ИвНИИ МиД им.В.Н.Городкова Росмедтехнологий» ,тел.:8(4932)33-70-55
email: omfilkina@mail.ru

УДК 159.9: 613.953.7

МОТИВЫ СОЗДАНИЯ ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЕЙ У ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЕЙ

О.М. Филькина, Т.Г. Шанина, О.Ю. Кочерова, Л.А. Пыхтина, Е.А.Воробьева, Е.Л.Витрук, Н.В.Долотова, Е.А. Матвеева

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий», г. Иваново

Проведено анкетирование 100 потенциальных приемных родителей, обратившихся в региональные органы опеки и попечительства и региональный центр подготовки приемных родителей и сопровождения замещающих семей. Представлена их социальная характеристика; мотивы, определяющие решение родителей о принятии ребенка на воспитание; мнение потенциальных приемных родителей о состоянии здоровья, возрасте и поле детей, которых планируют взять на воспитание; наиболее часто выбираемые формы устройства ребенка в замещающую семью. Показано, что кроме материальной поддержки государства, семьям с ребенком, взятым на воспитание, необходимо медико-психолого-педагогическое сопровождение.

Ключевые слова: потенциальные приемные родители, их социальная характеристика, мотивы принятия ребенка в семью.

MOTIVES OF CREATION OF REPLACING FAMILIES AT POTENTIAL RECEPTION PARENTS

O.M. Fil'kina, T.G.Shanina, O.J.Kocherova, L.A.Pyhtina, E.A.Vorob'eva, E.L.Vitruk, N.V.Dolotova, E.A.Matveeva

Questioning 100 potential reception parents who have addressed into regional bodies of trusteeship and guardianship and the regional centre of preparation of reception parents and support of replacing families is carried out(spent). Their social characteristic is submitted; the motives determining the decision of parents about acceptance of the child on education; opinion of potential reception parents on a state of health, age and a field of children which plan to take for education; most frequently chosen forms of the device of the child in replacing family. It is shown, that except for material support of the state, to families with the child taken on education, medical, psychological and pedagogical support is necessary.

Keywords: potential reception parents, their social characteristic, motives of acceptance of the child in family.

Введение

Острой проблемой современного российского общества в настоящее время является проблема социального сиротства. Количество социальных сирот постоянно растет [1, 2, 3, 4, 5, 6]. В настоящее время в России порядка 700 тыс. детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, большинство из которых – дети-сироты при живых родителях. Число истинных сирот многие годы держится на одном уровне и составляет не более 10% от всех детей, воспитывающихся в государственных учреждениях [1, 3, 7, 8, 9].

Рост численности данного контингента детей неизбежно ведет к увеличению числа интернатных учреждений. Между тем, дети, воспитывающиеся в домах ребенка и детских домах, по физическому и нервно-психическому развитию, другим показателям здоровья отличаются от детей, воспитывающихся в семье. Несмотря на усилия государства, воспитанники домов ребенка и детских домов характеризуется низким уровнем здоровья, полиморфизмом его нарушений и их сочетанием [1, 3, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17]. Кроме того, по мере пребывания детей в доме ребенка и детском доме отмечается ухудшение показателей физического развития [10]. Многие авторы указывают на углубление задержки нервно-психического развития детей за время пребывания в доме ребенка и детском доме [7, 12, 13, 15].

Наиболее неблагоприятное воздействие на развитие ребенка, особенно в первые годы жизни, оказывает эмоциональная депривация [10]. Депривация заключается в отсутствии родительского ухода, длительном пребывании в большом коллективе, в однотипных условиях с ограничением контакта с внешним миром и обуславливает формирование продолжительного психо-эмоционального стресса, следствием которого являются различные нарушения здоровья [18]. Устранение этого фактора возможно только в семье. Поэтому одной из основных задач социально-демографической политики России является увеличение числа различных типов замещающих семей. Успех создания и сохранения замещающей семьи зависит от многих условий. Приемные родители могут оказаться совершенно не готовы к удовлетворению потребностей детей, взятых ими на воспитание [19,20].

В связи с этим, изучение факторов, как препятствующих, так и способствующих созданию замещающих семей, является актуальным.

Цель исследования: установить социальную характеристику потенциальных приемных родителей, обратившихся в органы опеки и попечительства, выявить ведущие мотивы, определяющие их решение взять ребенка на воспитание для обоснования мероприятий по оптимизации устройства детей- сирот в семью и профилактике их возврата в государственные учреждения.

Материалы и методы

Для сбора информации в данном исследовании был использован метод анкетирования. В анкетном опросе приняли участие 100 потенциальных приемных родителей, обратившихся в региональные органы опеки и попечи-

тельства и региональный центр подготовки приемных родителей и сопровождения замещающих семей по поводу принятия воспитанников домов ребенка и детских домов в семью. Статистическая обработка материала проведена с использованием программ Statistica 6.0. Проводилась оценка достоверности различий статистических показателей (p) по критерию Фишера – Стьюдента (t). Различия считались статистически достоверными при значениях $p<0,05$.

Полученные результаты и их обсуждение

Установлено, что большинство респондентов были старше 35 лет: 47% из них относились к возрастной группе 35 – 44 года, 32% - старше 45 лет. Согласно принятой возрастной классификации женщины от 35 лет до 55 лет и мужчины от 35 лет до 60 лет относятся к возрастной группе –«второй зрелый возраст».

Среди респондентов 62% составили женщины, 38% - мужчины. У более половины респондентов (63%) брак зарегистрирован; каждый пятый (22%) из респондентов – не были замужем или женаты. У 10% опрошенных брак не зарегистрирован.

Отмечен высокий образовательный уровень респондентов (рис.1).

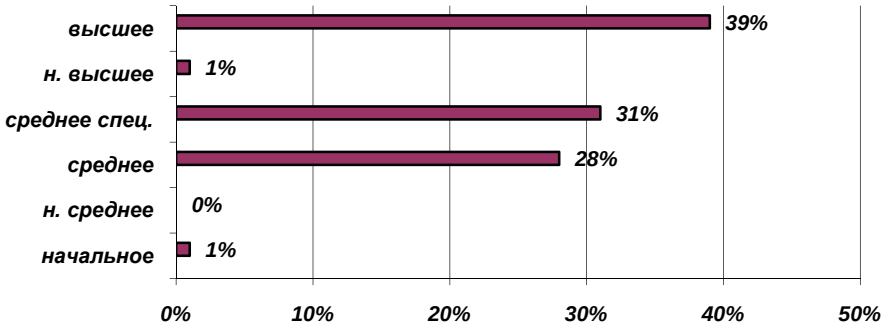


Рис. 1 Образовательный уровень потенциальных приемных родителей

Социальное положение респондентов представлено следующим образом: 48% опрошенных являлись служащими, 38% - рабочими, 7% - предпринимателями; из числа, обратившихся в органы опеки и попечительства, 5% респондентов были безработными.

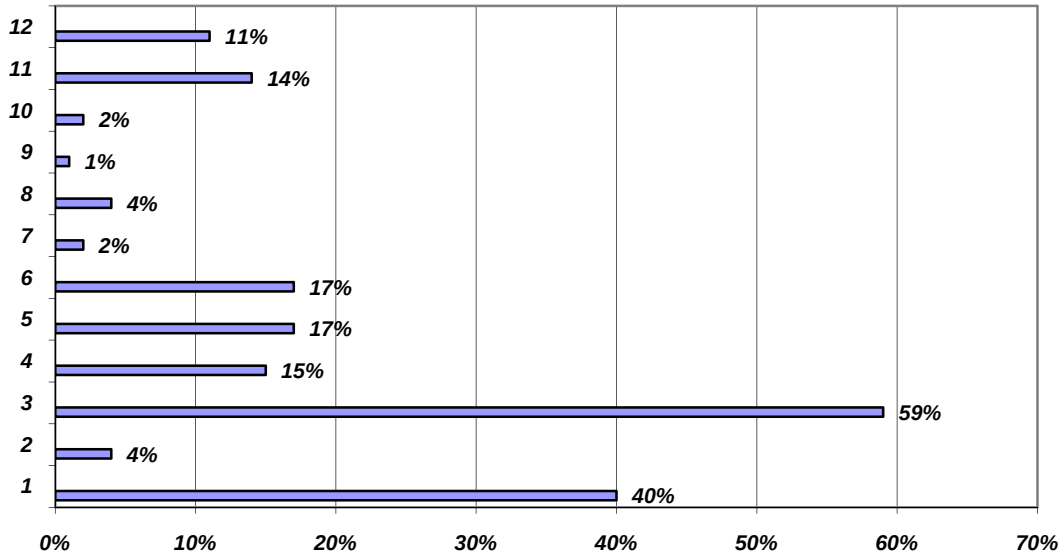
Анализ ответов, отражающих финансовое положение, показал, что значительная часть респондентов относилась к категории лиц с довольно низким материальным уровнем: у 18% респондентов, по их мнению, денег не хватает даже на питание; у 44% - семейный бюджет позволял приобрести

только самое необходимое – еду и одежду. Треть респондентов относилась к более благополучной в материальном отношении категории населения – у них хватало средств на приобретение крупной бытовой техники. Лишь 6% респондентов не испытывали финансовых затруднений.

У подавляющего большинства потенциальных приемных родителей (97%) имелось собственное жилье. Как правило, это была квартира с удобствами, мало населенная. В 74% случаев на одного проживающего приходилось более 19 $м^2$ жилья, что превышало утвержденную социальную норму для нашего региона. Потенциальные приемные родители в основном являлись городскими жителями (71%).

Установлено, что только у половины респондентов, принявших решение стать приемными родителями, нет собственных детей. Большинство респондентов впервые решили стать приемными родителями, лишь в 11% семей уже имелись приемные дети.

Причины, по которым люди хотят стать приемными родителями, могут быть самыми разными. Отсутствие собственных детей, а также желание расширить семью являлись ведущими причинами, определяющими решение потенциальных приемных родителей взять ребенка на воспитание. Среди причин создания замещающей семьи указывались и такие, как наличие условий вырастить ребенка, страх одиночества, чувство долга. Обращает на себя внимание то, что каждый десятый из потенциальных приемных родителей не осознал собственных мотивов, побуждающих их взять на воспитание ребенка, хотя это важно уяснить для себя еще до принятия ребенка в семью (рис. 2). Несбывшиеся ожидания родителей, связанные с приемным ребенком, нередко приводят к неудовлетворенности, разочарованию и неудачному исходу помещения его в семью.



1 - нет собственных детей
2 - гибель кровного ребенка
3 - желание расширить семью
4 - одиночество
5 - есть материальная возможность помочь другому ребенку
6 - выросли собственные дети
7 - желание сохранить семью
8 - решение материальных проблем
9 - решение жилищных проблем
10 - нужен помощник
11 - чувство долга
12 – затрудняюсь ответить

Рис. 2 Причины принятия решения потенциальными родителями взять на воспитание ребенка

Как показал опрос, для всех респондентов имеет значение возраст ребенка, которого они планируют взять на воспитание. Предпочтение оказывалось детям дошкольного возраста – от 3 до 7 лет (66%), в 2 раза меньше респондентов хотели взять ребенка в раннем возрасте – от 1 года до 3 лет, в 14 раз меньше – ребенка первого года жизни.

Девочек планировали взять на воспитание в 2,3 раза чаще, чем мальчиков. Однако, для 40 % респондентов пол ребенка не имел значения.

У потенциальных родителей нет определенного мнения в отношении вопросов, касающихся тайны усыновления, и должен ли ребенок знать, что он приемный.

Достоверно не различалось число потенциальных родителей, считающих, что следует соблюдать тайну усыновления и можно её не сохранять, соответственно, 21 % и 25 %. 73% респондентов указали, что соблюдение тайны усыновления необходимо из интересов ребенка, чтобы оградить его от лишних психологических травм. Сказать ребенку,

что он приемный предполагали 32% респондентов, не планировали говорить с ребенком на эту тему 12 % респондентов. Большинство опрошенных считало, что ребенку можно сказать о том, что он взят на воспитание в возрасте 18 лет и старше.

Инициатором в том, чтобы взять ребенка на воспитание чаще являлись женщины - 68% респондентов, мужчины составили 14%. Следовательно, психолого-педагогическая работа с потенциальными приемными родителями в большей мере должна быть направлена на женщин.

Установлено, что 86% потенциальных родителей хотят взять на воспитание только одного ребенка. При этом, 43% из них готовы к тому, чтобы ребенок постоянно жил в семье, 29% - не решили окончательно, 17% - планируют оставить ребенка в семье до исполнения ему 18 лет, 34 % - усыновят ребенка в будущем, 38 % - возможно усыновят ребенка. Для 55% респондентов важно, чтобы приемный ребенок обращался к ним «мама» и «папа», для более трети потенциальных приемных родителей форма обращения к ним приемного ребенка не имеет значения. Сразу наделить правами собственности приемного ребенка готовы лишь 12 % потенциальных приемных родителей, 30% - намерены сделать это в будущем, 49 % респондентов не знают, как они поступят.

Потенциальные приемные родители знакомы с различными формами устройства ребенка в семью. Согласно результатам исследования, об усыновлении знают 95 % респондентов, об опеке - 87 %, о патронате – 55 %, о приемной семье – 33 %, о гостевой семье – 14 %. Из форм устройства ребенка, как наиболее приемлемых, потенциальные приемные родители указали усыновление – 59 % и опеку – 39 %. Незначительное число респондентов выбрали патронат, приемную и гостевую семью (соответственно, 6 %, 1 % и 1 %). То, что более половины потенциальных приемных родителей хотят усыновить ребенка, но при этом только 43 % планируют постоянное проживание ребенка в семье, свидетельствует о том, что у некоторых потенциальных родителей нет четких представлений о формах устройства ребенка в семью.

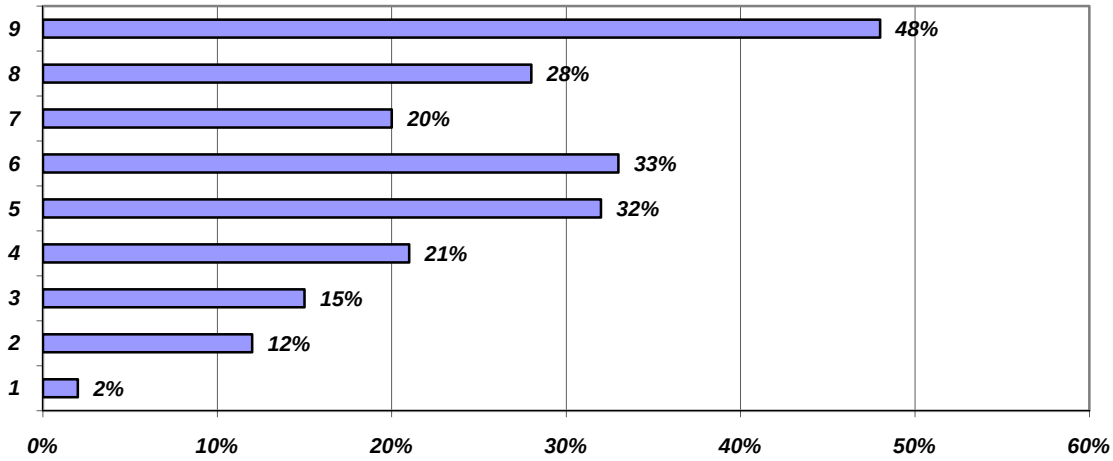
Характер взаимоотношений между приемным ребенком и родственниками во многом определяет успех создания приемной семьи. Если отношения в семье нестабильны, то появление приемного ребенка может это усугубит, и в конечном итоге, размещение его в приемную семью может закончиться

неудачей. 66% респондентов считает, что родные должны знать о решении взять ребенка в семью. Несмотря на то, что 85% родственников положительно относятся к такому решению, треть респондентов не уверены в том, как сложатся взаимоотношения между приемным ребенком и родственниками.

Установлено, что здоровье ребенка играет ведущую роль при решении вопроса о его принятии в семью: потенциальные приемные родители готовы взять или только здорового ребенка (59% респондентов) или при наличии у ребенка незначительных отклонений здоровья, легко поддающихся коррекции (64% респондентов). Каждый пятый потенциальный приемный родитель считает, что можно вернуть ребенка в государственное учреждение при ухудшении его здоровья. Однако, согласно литературным данным, после того, как воспитанники домов ребенка и детских домов попадают в семью, у них улучшаются показатели здоровья [18].

Среди причин, по которым потенциальные приемные родители откажутся взять в семью конкретного ребенка, кроме состояния здоровья, имеют значение такие, как возраст ребенка (38%), его национальность (29%) и пол (28%).

В последнее время проблема возврата детей в государственные учреждения из приемных семей приобретает все большую актуальность, что подтверждают также и результаты исследования. Так, 11% респондентов считают возможным, без каких- либо причин, вернуть приемного ребенка, 31% - вернут ребенка при наличии веских причин. Более половины респондентов (53%) не имеют определенного мнения. Поэтому очень важно выявить наиболее частые причины принятия приемными родителями такого решения с тем, чтобы своевременно провести профилактические мероприятия. На рисунке 3 представлены наиболее частые причины принятия решения о возврате ребенка в государственное учреждение.



1 - появление собственного ребенка
2 - психологическая несовместимость членов семьи с ребенком
3 - ухудшение взаимоотношений внутри семьи
4 - ухудшение здоровья ребенка
5 - ухудшение здоровья родителей
6 - ухудшение материального положения семьи
7 - недостаточность государственной материальной поддержки
8 - изменение семейного положения
9 - другое

Рис.3 Основные мотивы принятия потенциальными родителями решения о возврате ребенка в государственное учреждение

Как видно на рисунке 3, среди наиболее частых причин возврата ребенка в государственное учреждение респонденты называли ухудшение материального положения семьи, ухудшение здоровья родителей или ребенка, изменение семейного положения и недостаточная государственная материальная поддержка.

В современных условиях, согласно результатам исследования, значительное число потенциальных приемных родителей (55%) рассчитывают на материальную помощь государства. При недостаточной материальной поддержке государства 20% респондентов вернут ребенка в государственное учреждение. Только 8% потенциальных приемных родителей хотят самостоятельно обеспечить ребенка. Следовательно, государственная материальная поддержка приемных семей имеет значение в профилактике возврата ребенка в государственное учреждение.

Кроме материальной поддержки государства, семьям с ребенком, взятым на воспитание, необходимо медико-психолого-педагогическое сопровождение (рис.4).

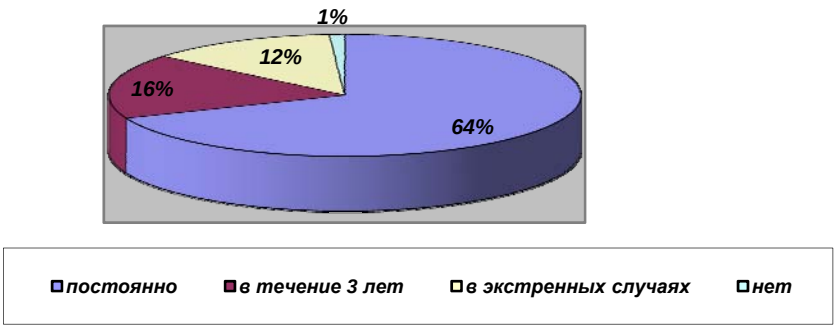


Рис. 4 Мнение потенциальных приемных родителей о медико-психолого-педагогическом сопрождении замещающих семей

Не всегда приемная семья, как форма жизнеустройства ребенка – сироты, эффективно выполняет возложенные на нее функции. И подтверждением тому являются случаи отказа от воспитания приемного ребенка и возвращения его в государственное учреждение, что усугубляет детский травматический опыт. Поэтому необходимо создание системы сопровождения приемной семьи. Медико-психолого-педагогическое сопровождение представляет собой систему методов и технологий, позволяющих отслеживать и диагностировать уровень адаптации самого ребенка, а также создавать условия для обеспечения функциональной и структурной перестройки приемной семьи [19].

По мнению респондентов, им необходима помощь психолога (98%), врача (70%), педагога (62%), юриста (16%). Почти все потенциальные приемные родители (91%) считают, что каждый, кто хочет взять на воспитание ребенка, должен пройти подготовку в школе приемных родителей. При этом, 84% респондентов считают, что следует создать государственные структуры, занимающиеся организованным сопровождением замещающих семей. Такие специалисты, как психолог, юрист, врач, педагог могут оказать помощь потенциальным приемным родителям уже на этапе выбора ребенка по различным вопросам, в том числе форме устройства. И на этапе выбора ребенка потенциальными приемными родителями, и уже существующей приемной семье в большинстве случаев необходима помощь психолога и врача. На этапе выбора ребенка важное значение отводится помощи юриста. В последующем приемная семья в меньшей степени нуждается в услугах данного специалиста. На этапе существующей приемной семьи для 62 % родителей важны

консультации педагога, что в 2,1 раза больше, чем на этапе выбора ребенка.

Выводы

1) Получена социальная характеристика потенциальных приемных родителей - в основном они относятся ко второму зрелому возрасту; у большинства из них брак зарегистрирован; по социальному положению они служащие или рабочие; трудятся в сфере образования, здравоохранения, строительстве; являются, преимущественно, городскими жителями; проживают в собственной благоустроенной просторной квартире. Материальный уровень своей семьи они характеризуют как невысокий.
2) Установлено, что планируя взять ребенка на воспитание в семью, потенциальные приемные родители часто преследуют решение своих психологических проблем, в частности проблемы одиночества.
3) Выявлено, что более 50 % потенциальных приемных родителей планируют взять на воспитание одного ребенка дошкольного возраста, девочек в 2,3 раза чаще, чем мальчиков.
4) Установлено, что потенциальные приемные родители хорошо ориентируются в таких формах устройства ребенка в семью, как усыновление и опека и плохо знают более новые формы - гостевая и приемная семья.
5) Выявлено, что большинство потенциальных родителей хотят усыновить ребенка или оформить опеку, но при этом не будут наделять его правами собственности.
6) Установлено, что для потенциальных приемных родителей важно состояние здоровья ребенка – на воспитание возьмут здоровых детей или с незначительными функциональными отклонениями, легко корригирующимися. По мнению потенциальных приемных родителей, ухудшение состояния здоровья ребенка может быть одной из причин возврата его в государственное учреждение.
7) Показано, что пятая часть потенциальных приемных родителей считает необходимым соблюдение тайны усыновления, с тем, чтобы оградить ребенка от лишних психологических травм. Сообщать ребенку, что он приемный, по мнению потенциальных приемных родителей, следует в возрасте старше 14 лет.
8) Установлено, что потенциальных приемных родителей беспокоят будущие взаимоотношения между приемным ребенком и родственниками.

9) Выявлено, что для семей, взявших на воспитание ребенка, актуальна материальная поддержка государства. Кроме того, таким семьям необходимо медико-психолого-педагогическое сопровождение с участием таких специалистов, как психолог, врач, юрист, педагог на этапе выбора ребенка, и на этапе уже существующей приемной семьи.
10) На основании полученных результатов необходимо оптимизировать подготовку потенциальных приемных родителей. Программа подготовки должна включать информацию о психологических особенностях детей – сирот, проблемах их воспитания, состояния здоровья и возможностях лечения и коррекции, формах устройства детей в семью и юридических вопросах с тем, что увеличить число детей-сирот, помещенных в замещающие семьи, и уменьшить количество возврата их в государственные учреждения.

Список литературы

1. Абросимова Т.С. Медико-социальное обоснование мер профилактики социального сиротства и его последствий [Текст]: автореф. дис. … кан. мед.наук / Абросимова Т. С. Иваново, 2005. 22 с.
2. Ибрагимов А.И. Состояние здоровья и пути оптимизации медико-социального обеспечения детей, оставшихся без попечения родителей [Текст]: автореф. дис. … док. мед.наук /Ибрагимов А.И. Москва, 2006. 40 с.
3. Конова С.Р. Программный подход к решению проблем социального сиротства в Российской Федерации// Российский педиатрический журнал. 2003. №3. С.50-52.
4. Медико-социальные и демографические параметры службы охраны здоровья матери и ребенка в 2005-2006 годах. М: 2007. 148 с.
5. Репецкая М.Н., Корюкина И.П., Минаева Н.В., Сюзева Е.Л. Состояние здоровья воспитанников детских домов Пермской области// В сб.: Актуальные проблемы педиатрии. М: 2004. С.352.
6. Шарапова О.В. Основные направления деятельности службы охраны материнства и детства// Вопросы современной педиатрии. 2007. том 3. №4. С.9-12.
7. Ахтямова О.В. Состояние здоровья и организация медицинской помощи социальным сиротам в домах ребенка общего типа [Текст]: автореф. дис. … кан. мед.наук /Ахтямова О.В. Москва, 2004. 22с.
8. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 г.). М.: 2003. 96 с.
9. Конова С.Р., Филькина О.М., Ильин А.Г. и др. Состояние здоровья и медицинского обеспечения детей, оставшихся без попечения родителей// В сб.: Актуальные проблемы профилактики социального сиротства. Иваново: 2008. С.28-31.
10. Воробьева Е. А. Закономерности формирования здоровья детей раннего и дошкольного возраста с перинатальными поражениями центральной нервной системы в анамнезе, воспитывающихся в домах ребенка и детских домах, и профилактика его нарушений. Дисс. на соиск. уч. степ. док. мед. наук. Иваново, 2009. 393 с.

11. Кудина О.Е., Сенченко Г.В. Анализ анамнестических данных детей, оставшихся без попечения родителей, поступивших на первом году жизни в дома ребенка// В сб.: Актуальные проблемы профилактики социального сиротства. Иваново: 2008. С. 40-42.
12. Кузнецова Е.Ю., Либова Е.В. Состояние здоровья воспитанников домов ребенка и методы реабилитации// В сб.: Актуальные проблемы педиатрии. М: 2004. С.357.
13. Витрук Е.Л. Состояние здоровья детей 3-7 лет с перинатальными поражениями центральной нервной системы, воспитывающихся в детских домах [Текст]: автореф. дис. кан. мед.наук / Витрук Е.Л. Смоленск, 2006. 20 с.
14. Волкова О.А., Чередниченко А.М. Оценка здоровья детей, воспитывающихся в условиях дома ребенка// В сб.: Актуальные проблемы педиатрии. М: 2007. С.139.
15. Долотова Н.В. Состояние здоровья детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы, воспитывающихся в домах ребенка: Автореф. дис. … к.м.н. - Иваново, 2005. 18 с.
16. Канбекова Р.Р., Султанаева З.М., Шарафутдинова Н.Х. Демографическая политика региона – для решения проблемы сиротства // В сб.: Актуальные проблемы профилактики социального сиротства. Иваново: 2008. С. 24-26.
17. Лещенко М.В., Тонкова-Ямпольская Р.В., Фрухт Э.Л. Состояние здоровья и развития воспитанников домов ребенка// Российский педиатрический журнал. 2000. №1. С. 48-49.
18. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства. 3-е изд. СПб: Питер, 2007. 416 с.
19. Психолого-педагогическое сопровождение адаптации ребенка в приемной семье. Выпуск 4. Ярославль: Центр «Ресурс», 2007. 80 с.
20. Разработка в методическое обеспечение региональной программы обучения приемных родителей. Выпуск 3. Ярославль: Центр «Ресурс», 2007. 72 с.

Филькина Ольга Михайловна, засл. врач РФ, д.м.н., профессор, зав. отделом охраны здоровья детей и медико-социальных исследований
153045 г.Иваново, ул.Победы 20 ФГУ «ИвНИИ МиД им.В.Н.Городкова
Росмедтехнологий» ,тел.:8(4932)33-70-55, email: omfilkina@mail.ru