

**Особенности воспитания детей  
с ограниченными возможностями здоровья в замещающих семьях.  
Наиболее часто встречающиеся диагнозы и их комментарии.  
Корректируемые и некорректируемые заболевания.**

Понимание потребностей ребенка с ОВЗ, инвалидностью – ключ к конструктивному взаимодействию с ребенком. Замещающая семья для такого ребенка должна стать реабилитационной структурой, обеспечивающей условия его оптимального развития. Направленность приемных родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, инвалидностью с государственной политикой на обеспечение права любого ребенка, независимо от состояния здоровья, особенностей развития, жить и воспитываться в семье, расширение сферы его жизнедеятельности, поддержание достойного качества жизни, социализацию, а также на создание условий в обществе для его интеграции, создаст надежную почву в воспитании. Дети, оставшиеся без попечения родителей, с ОВЗ и инвалидностью имеют особые потребности в семейном жизнеустройстве. Они относятся к категории "особых" детей, которая представлена детьми, имеющими различные по степени сложности и характеру отклонения в психическом или физическом развитии – нарушения слуха, зрения, речи, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, процессов коммуникации, расстройства моторно-двигательной сферы. Ограничение психофизических возможностей не является чисто количественным фактором. Это системное изменение всей личности в целом.

Категория детей с ОВЗ включает в себя детей с установленной инвалидностью и детей, имеющих недостатки в физическом и (или) психическом развитии, препятствующие получению образования без создания специальных условий.

Ребенок-инвалид – это ребенок, имеющий нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость социальной защиты. Главной проблемой детей-инвалидов является ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата способности или возможности самостоятельно обслуживать себя, передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью. Важнейшей задачей воспитания детей, оставшихся без попечения родителей, с инвалидностью является развитие у них дееспособности, возможности с различной степенью самостоятельности заботиться о себе после выхода из замещающей семейной заботы.

Семейное воспитание детей, оставшихся без попечения родителей, с ОВЗ и инвалидностью оказывает позитивное влияние на развитие детей, так как:

- инициирует "скачок" в развитии ребенка;
- удовлетворяет потребности детей в стимулирующей развитие обстановке на сенсорном, когнитивном, эмоциональном, социальном уровнях;
- формирует адекватное отношение к своему состоянию;
- дает возможность для жизненного выбора, расширяет границы его жизнедеятельности, самостоятельности, ориентирует на развитие и социализацию;
- формирует адекватное представления о себе как о личности, ориентированной на развитие и социальные достижения;

- формирует идентификацию и идентичность.

К особенностям воспитания ребенка с ОВЗ, в т.ч. с инвалидностью, в замещающей семье целесообразно отнести:

- ребенок с ОВЗ (инвалидностью) имеет те же потребности, что и обычные дети, но главная из них – потребность в стимулирующей развитие обстановке;
- ребенок с ОВЗ (инвалидностью) должен вести жизнь, максимально приближенную к жизни обычных людей;
- лучшим местом для ребенка с ОВЗ (инвалидностью) является семья, поэтому государство должно найти формы и механизмы стимулирования активности семей (биологических, замещающих) и способствовать тому, чтобы эти дети воспитывались в семьях;
- у детей-инвалидов обычная психика, развивается по тем же психологическим законам, что и у детей, которых мы называем нормальными; у инвалидов те же духовные потребности, но их жизненная ситуация иная.

### ***Что может препятствовать воспитанию ребенка, оставшегося без попечения родителей с ОВЗ, инвалидностью?***

1. Трудности формирования, нарушения детско-родительских отношений в замещающей семье:

- недостаточность взаимопонимания, взаимоприятия, сотрудничества, дистанцированность в общении с детьми;
- недостаток родительского авторитета и эмоциональной близости с приемным ребенком, трудности в отношениях приемных детей с другими членами семьи;
- недостаток согласия в супружеской подсистеме и родительской последовательности; непоследовательность в воспитании: выражение недовольства детьми сменяется потворствованием в удовлетворении их потребностей;
- конфликты с детьми на основании несогласованности оценок замещающих родителей и детей к предъявляемым требованиям (родители оценивают свои требования как низкие, дети – как чрезмерно высокие).

2. Неадекватное восприятие болезни ребенка, неправильные воспитательские подходы со стороны родителей формируют личностную неустойчивость ребенка-инвалида, наносят вред его психическому здоровью.

Адекватное отношение к болезни предполагает осознание родителем и ребенком необходимости лечения и всесторонней реабилитации. Оно также во многом зависит от умело выстроенного, высокопрофессионального общения с ними.

К неадекватному отношению замещающих родителей к ограничениям возможности здоровья, болезни, инвалидности ребенка можно отнести:

- недооценивание родителями серьезности состояния здоровья ребенка с ОВЗ, инвалидностью, недостаточное понимание необходимости оказания специализированной помощи, неадекватное восприятие внутренней картины болезни и инвалидности ребенка;
- психологический феномен сопротивления болезни, который выражается либо в полном отказе от обращения за медицинской помощью, либо во внезапном прекращении начатого лечения;

- восприятие ребенка с ОВЗ как здорового, ребенок не может соответствовать общепринятым стандартам; такое восприятие ребенка не позволяет учитывать его "собственные интересы и склонности, обрекая на установление сниженного уровня притязаний и ожиданий, на неуспех, потерю самоуважения и "путаницу" в самоопределении";
- склонность замещающих родителей рассматривать ограничения возможностей здоровья, инвалидность подопечного ребенка с позиции медицинской модели, что снижает реабилитационный потенциал семьи.

3. Нарушения воспитания приемного ребенка по типу чрезмерной опеки, а также игнорирование его возможностей и потребностей в активной самостоятельной деятельности, что нередко способствует еще большей инвалидизации ребенка. Родительские установки замещающих матерей противоречивы. С одной стороны, мать может излишне опекать ребенка, проявлять о нем чрезмерную заботу, стремиться обеспечить ему безопасность, с другой – испытывать раздражение по поводу ребенка, его внешнего вида или поведения. Замещающие родители, воспитывающие приемных детей с ОВЗ, придают большее значение нарушениям поведения ребенка, чем кровные.

4. Неадекватность, противоречивость ожиданий от ребенка. С одной стороны, замещающие родители ждут от ребенка взросления и самостоятельности, с другой – способствуют его зависимости и инфантилизации. Неадекватность ожиданий от ребенка может выступать фактором, способствующим эмоциональным нарушениям или препятствующим их коррекции у детей.

5. Изменения некоторых сторон семейной системы:

- нарушения структуры семейной системы: низкая сплоченность, хаотичность или чрезмерная жесткость внешних и внутренних границ семейной системы; хаотичность или жесткость иерархии;
- динамические нарушения семейной системы: трудности в приспособлении к текущим требованиям жизни и развития семьи, недостаточный обмен информацией в семье, неадекватность выражения чувств, недостаточная взаимная забота, трудности в удовлетворении эмоциональных потребностей членов семьи, проблемы в организации автономной жизни, уровень конфликтности в семье, отрицание или нарушение обычного порядка воспитательных ролей родителей.

6. Нарушения межличностных отношений у приемных детей с ОВЗ, инвалидностью:

- недостаток положительного отношения к близким людям и значимым сверстникам, трудности во взаимодействии с членами семьи, социальной адаптации и контроля своего поведения, а также высокий уровень конфликтности и неумение сотрудничать;
- семейную ситуацию дети указанной категории зачастую воспринимают как конфликтную, а отношения в семье как напряженные, недостаточно сплоченные и теплые;
- подопечные склонны конкурировать с кровными детьми замещающих родителей.

7. Переживание "особых критических состояний".

Семьи детей с ОВЗ, инвалидностью переживают "особые критические состояния", обусловленные:

- эмоциональным привыканием членов семьи к особенностям внешнего вида, поведения ребенка с ОВЗ, инвалидностью;
- включением ребенка в систему образования (образовательное пространство), обеспечением его доступа в образовательную организацию, включением в образовательный процесс; переживанием реакций сверстников на нарушения развития ребенка;
- возникновением проблем, связанных с нарушением взаимоотношений со сверстниками (возможной изоляцией);
- планированием общей занятости ребенка в подростковом возрасте;
- окончанием периода опеки, когда нужно решать проблему его "выпуска" из замещающей семьи, принимать решение о дальнейшем месте проживания повзрослевшего ребенка, когда семья переживает дефицит возможностей для его социализации.

***Как дети с ОВЗ, инвалидностью переживают кризисные состояния, связанные с болезнью (инвалидностью) в подростковом возрасте?***

- Уход в фантазии – эффект отрицания болезни, когда подросток выстраивает фантазийный мир, в котором дефект отсутствует. В результате он оказывается закрыт для общения. При попытке эти психологические барьеры разрушить или смягчить, возникает реакция агрессии в отношении человека – специалиста или матери, которые делают попытки проникнуть в этот фантазийный мир.
- Самоизоляция, болезненно-угнетенная фиксация и депрессия у подростков, как следствие ограничений, связанных с состоянием здоровья и неудовлетворенностью в общении.

Как реакция на эту депривацию в системе общения, могут возникнуть выраженные, нередко тяжелые эмоциональные переживания у подростка:

- вторичная аутизация как реакция на особую трудную для него ситуацию ("Я изолирован, но и сам так хочу" – проявляется негативизм к другим людям);
- повышение уровня агрессивности, а также аутоагрессии, которая может закончиться попытками суицида или завершённым суицидом.

Подростки с ОВЗ, инвалидностью нередко переживают чувство "остановленности" жизни, ее "прерванности".

Рассмотрим некоторые категории нарушений развития детей с ограниченными возможностями:

*Умственная отсталость* - стойкое необратимое нарушение психического, в первую очередь интеллектуального развития, связанное с органически обусловленным недоразвитием либо ранним повреждением головного мозга.

Этиология может быть обусловлена генетическими поражениями центральной нервной системы, внутриутробными патогенными влияниями, травмой и асфиксией во время родов, воздействием на мозг ребенка инфекций, интоксикаций, травм и других вредоносных факторов в раннем периоде постнатального развития.

Характеристика нарушений:

- органическая обусловленность нарушений психического развития;
- стойкость нарушений, их необратимость к норме;
- нарушение преимущественно познавательной деятельности.

Тотальностью недоразвития всех психических функций, иерархичностью их недостаточности в виде наибольшего страдания высших форм познавательных процессов — способности к абстрагированию Недостаточность познавательной деятельности обусловлена как низкой способностью к мышлению — процессам обобщения и абстрагирования, так и нарушением темпа, подвижности психических процессов, недостаточностью памяти, внимания, речи.

**Задержка психического развития** - временное, обратимое к норме замедление темпа созревания отдельных психических функций (эмоционально-волевой и/или познавательной сфер) в результате действия неблагоприятных биологических и социальных факторов.

*Этиология:* конституциональные факторы, хронические соматические заболевания, длительные неблагоприятные условия и, главным образом, органическая недостаточность нервной системы

Характеристика нарушений:

- 1) биологический и социальных характер происхождения нарушений психического развития;
- 2) обратимость дефекта к норме;
- 3) парциальность (единичность) расстройств, страдают отдельные психические функции познавательной и эмоционально-волевой сфер.

Нарушения носят в основном вторичный характер и наиболее часто связаны с психической истощаемостью. Используют помощь. Как правило, не имеют сколько-нибудь заметных отклонений со стороны физического развития.

**Детский церебральный паралич (ДЦП)** – это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. Наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга – большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции.

*Этиология* - органическое поражение ЦНС под влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих во внутриутробный (пренатальный) период, в момент родов (интранатальном) или на первом году жизни (в ранний постнатальный период). Наибольшее значение в возникновении ДЦП придают сочетанному поражению мозга во внутриутробном периоде и в момент родов.

Характеристика нарушений. Ведущими в клинической картине ДЦП являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функции других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными припадками. По данным различных авторов, задержка психического развития наблюдается у 40 – 50 % детей, страдающих ДЦП, недоразвитие его по типу олигофрении – у 20 – 25 % детей и лишь 20 – 25 % детей имеют нормальное развитие интеллекта. У 75 % детей в той или иной форме нарушена речь.

ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. С возрастом и под действием лечения состояние ребенка, как правило, улучшается.

**Нарушение зрения.** Слепые дети – полностью отсутствуют зрительные ощущения или имеется светоощущение или остаточное зрение. Слабовидящие дети - острота зрения на лучше видящем глазу с использованием очков от 0,05 до 0,2, а также дети с более

высокой остротой зрения, но имеющие другие нарушения зрительных функций (например, резкое сужение границ зрения).

Большое значение для развития психики имеет время наступления слепоты. Слепые дифференцируются на две группы: слепорожденные и ослепшие. К первой группе относят лиц, потерявших зрение до становления речи, ко второй - ослепших в последующие периоды жизни и сохранивших в той или иной мере зрительные образы памяти.

Характеристика нарушений.

- 1) вербализм мышления, нарушения пространственных представлений, недоразвитие психомоторной сферы.
- 2) прогноз и коррекционные возможности у таких детей индивидуальны и зависят от ряда факторов, таких как степень нарушения зрения и время возникновения дефекта, уровень интеллектуального развития ребенка, своевременности коррекционного обучения и успешности тифлотехнической коррекции.

**Ранний детский аутизм (РДА)** - тяжелая аномалия психического развития ребенка, характеризующаяся главным образом нарушением контакта с окружающими, эмоциональной холодностью, перверсией интересов, стереотипностью деятельности

Этиология.

- 1) РДА при различных заболеваниях центральной нервной системы;
- 2) психогенный аутизм;
- 3) РДА шизофренической этиологии;
- 4) РДА при обменных заболеваниях;
- 5) РДА при хромосомной патологии.

Характеристика нарушений:

- 1) недостаточное или полное отсутствие потребности в контактах с окружающими;
- 2) отгороженность от внешнего мира;
- 3) слабость эмоционального реагирования по отношению к близким, даже к матери, вплоть до полного безразличия к ним;
- 4) неспособность дифференцировать людей и неодушевленные предметы;
- 5) недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители;
- 6) приверженность к сохранению неизменности окружающего;
- 7) неофобии;
- 8) однообразное поведение, стереотипные, примитивные движения;
- 9) разнообразные речевые нарушения вплоть до мутизма.

### ***Влияние генетической наследственности на здоровье и поведение ребёнка.***

Наследственными называют болезни, единственная причина которых - это возникновение нарушений в хромосомном наборе (хромосомные болезни) или в каком-либо гене (генные болезни). Эти болезни есть во всех областях медицины – болезней нервной системы, психических, эндокринных, костно-мышечных заболеваний, кожи, болезней крови и т.д. Большое значение имеет наследственность в развитии глухоты, слепоты, умственной отсталости. При многих генных болезнях одновременно страдает несколько органов, а при хромосомных такое происходит в большинстве случаев.

Наследственные болезни неодинаковы по тяжести и течению: как известно, среди них много тяжёлых, плохо поддающихся лечению заболеваний, но бытующее мнение, что все наследственные болезни неизлечимы – заблуждение.

Медицинская генетика изучает роль наследственности в болезнях человека. Она занимается и «чисто» наследственными болезнями, имеющими только генетические причины, и болезнями с наследственным предрасположением, в происхождении которых наследственность участвует наряду с другими причинами.

В отношении большинства болезней, связанных с генетикой, приёмные дети «не хуже» всех прочих. Консультация врача-генетика для приёмного ребёнка – часть комплексного медицинского обследования.

Исследование хромосом, особенно маленького ребёнка, способствует раннему выявлению наследственной патологии. Другие генетические исследования проводятся по индивидуальным обстоятельствам, если есть клинические проявления болезни.

Вероятность рождения ребёнка с врождённой или наследственной патологией, так называемый популяционный риск, равный 3-5%, преследует каждую беременную женщину.

В отдельных случаях можно прогнозировать рождение ребенка с тем или иным заболеванием и диагностировать патологию уже в периоде внутриутробного развития ребенка. Некоторые врожденные пороки и заболевания устанавливаются у плода при помощи биохимических, цитогенетических и молекулярно-генетических методик, точнее – комплекса методов пренатальной (дородовой) диагностики.

Все дети, предлагаемые для удочерения/усыновления, обычно детальнейшим образом осмотрены всеми медицинскими специалистами в целях исключения соответствующей профильной патологии, в том числе осмотрены и обследованы генетиком. При этом учитываются все известные данные о ребенке и его родителях.

Многих приемных родителей особенно волнует наследование умственных способностей, черт характера, наклонностей (в том числе дурных).

Психическое развитие ребёнка – это сложный процесс, на который оказывают совокупное влияние как наследственность ребёнка, внутрисемейный климат и воспитание, так и внешняя среда, с большим числом социальных и биологических факторов. Учёные всего мира уже давно пытаются ответить на вопрос: какие именно свойства личности человека определяются наследственностью, и насколько внешние факторы способны преодолеть генетические в формировании психологического склада личности.

Согласно современным научным исследованиям генетические факторы играют значительную роль в формировании психологических свойств личности человека. Так, учёные считают, что основные психологические черты человек наследует у своих родителей на 40-60%, а интеллектуальные способности наследуются на 60-80%. Установлено, что дети, усыновленные в благополучные семьи, по уровню интеллектуального развития оказываются близки к приемным родителям и могут значительно превосходить биологических.

Наследственность играет большую роль в развитии заболевания, но не менее сильное влияние, чем генетические факторы, оказывает среда, в которой растет ребенок, – социальное окружение ребёнка, школа, и, в особенности, влияние родителей и общесемейный климат. Сам факт проживания в семье, а не в условиях учреждения, оказывает решающее воздействие на психическое здоровье ребенка.

В процессе развития ребёнка есть этапы, когда влияние на него окружающей среды имеет первостепенное значение. Для интеллекта это возраст 3-4 года, а для формирования личности – возраст 8-11 лет.

Проявлениями нарушений психического развития ребёнка, которые могут быть обусловлены генетическими факторами, являются неспособность к обучению, синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), аутизм, шизофрения и маниакально-депрессивный психоз.

Поскольку во всех развитых странах преступность и алкоголизм биологических родителей являются распространёнными причинами утраты ребёнком кровной семьи и помещения в приёмную, рассматриваются данные психогенетики о влиянии наследуемости на эти формы поведения. Семейные и близнецовые исследования криминального поведения проводятся уже более 70 лет. Они дают очень разные оценки наследуемости, наиболее часто попадающие в диапазон 30-50%. «Верхние» значения наследуемости получают при изучении близнецов. Некоторые исследователи считают, что близнецовый метод может давать завышенные оценки наследуемости, так как он не всегда позволяет отделить генетические влияния от особых условий среды, в которых растут однояйцовые близнецы. Методом изучения приёмных детей получают значения коэффициента наследуемости примерно в 2 раза ниже, чем при изучении близнецов.

Детей, родившихся от родителей, страдающих алкоголизмом, относят к группе множественного риска. Примерно у 1/5 из них обнаруживаются различные проблемы, которые требуют особого внимания родителей, педагогов, а иногда и врачей. Преимущественно это неусидчивость и невротические расстройства (тики, страх темноты, навязчивые движения и пр.). Реже наблюдаются трудности в усвоении школьной программы, ещё реже другие – более серьёзные – расстройства, например, судорожные состояния. Эти нарушения не являются проявлениями каких-либо дефектов генетического аппарата и вызваны неблагоприятными условиями, в которых матери вынашивают беременность и растят малышей. Исследования приёмных детей показали, что алкоголизм кровных родителей не увеличивает вероятность того, что в будущем ребёнок заболеет каким-либо серьёзным психическим расстройством.

Установлена положительная, хотя и очень слабая связь между преступностью кровных отцов и их сыновей, выросших в приёмных семьях. Эта закономерность обнаруживается только для нетяжких преступлений, поэтому нет оснований считать, что риск стать преступником объясняется у приёмных детей генетически обусловленным повышением агрессивности или жестокости.

Показано, что благоприятная семейная среда может нейтрализовать врожденные особенности, связанные с повышением риска криминального поведения, а неблагоприятная – усилить их. Развитие асоциальных наклонностей не является неотвратимым даже у носителей серьёзных генетических аномалий.

Вторым, по степени влияния, фактором на возникновение асоциального поведения является исходный уровень поражения нервной системы ребёнка и успешность её компенсации в замещающей семье. Возникают такие поражения нервной системы вследствие пренатальной интоксикации плода алкоголем, лекарственными препаратами; кислородного голодания, недостатка микроэлементов для нормального развития нервной системы при плохом питании будущей матери; родовых травм; материнской депривации, отсутствия естественного общения с ребёнком и должного ухода.



Приведенные примеры являются иллюстрацией того, насколько серьезное влияние оказывает множественность форм генов (молекулярно-генетический полиморфизм) на формирование черт личности человека. Однако, каждый из них вносит лишь небольшой вклад в проявление отдельного психологического признака. За возникновение того или иного психологического признака отвечают не менее 10-15 генов, при этом формирование психического расстройства возможно лишь при условии возникновения целого ряда генетических изменений у человека.

Таким образом, при наличии в биологической семье ребёнка случаев наследственных заболеваний целесообразно получить консультацию у врача-генетика о степени риска развития этого заболевания у данного ребёнка и помнить, что благоприятные условия воспитания ребёнка – мощный фактор в формировании его здоровья.

Всегда следует помнить, что отставание в развитии детей-сирот связано, прежде всего, с недостатком любви и вызванной этим тревогой, которая блокирует природную любознательность ребёнка, как говорят психологи, «аффект тормозит интеллект». Когда ребёнок в вашей семье почувствует себя любимым и защищённым, его развитие ускорится. Главное - верить в ребёнка. Вера родителей в своего ребёнка - это источник его жизненных сил и две трети будущего успеха!

### ***Проблемы наследственности***

При обращении к специальной литературе, будущие замещающие родители встретят оценку состояния здоровья детей-сирот как отличающуюся с момента рождения от общей детской популяции. Известно, что у детей-сирот чаще наблюдается внутриутробная инфицированность, внутриутробная гипотрофия, недоношенность, патология в родах с нарушениями мозгового кровообращения травматического, гипоксического генеза, постоянно наблюдается сочетанное действие нескольких патологических факторов. Процент ранних органических поражений головного мозга и резидуальной церебрально-органической недостаточности у детей-сирот составляет примерно 70%, в то время как в общей популяции детей - 21%. Таким образом, психофизическое развитие детей-сирот более отягощено неблагоприятным фоном. Как разобраться в таких медицинских терминах, не имея специального образования?

Постараемся осветить некоторые наиболее часто встречающиеся диагнозы в медицинских картах детей из домов ребёнка или детских домов.

***ПЭП (перинатальная энцефалопатия)*** - это сосудистые повреждения головного мозга возникающие с 28-ой недели беременности и до 8-го дня жизни ребёнка. В это время отмечается повышенная ранимость головного мозга и любое неблагоприятное воздействие ведёт к его повреждению. Основной причиной возникновения ПЭП является кислородная недостаточность (гипоксия) плода. Она возникает вследствие острых вирусных заболеваний матери во время беременности, вредных привычек, профессиональных вредностей, токсикоза беременности, тяжёлых родов, недоношенности, переношенности и в ряде других причин. ПЭП требует расшифровки по степени тяжести, симптомам, периодам, т.е. диагноз может звучать так: Перинатальное поражение ЦНС гипоксического генеза, восстановительный период, синдром задержки психомоторного развития, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. Диагноз ПЭП действует до 1 года жизни доношенного ребёнка и до 2-х лет у

недоношенного ребенка, Затем диагноз ПЭП снимается по выздоровлению или трансформируется в другие диагнозы. Это может быть минимальная мозговая дисфункция, задержка психоречевого развития, в более тяжёлых случаях - олигофрения, декомпенсированная гидроцефалия и другие.

**Синдром дефицита внимания/гиперактивности** - дисфункция центральной нервной системы (преимущественно ретикулярной формации головного мозга), проявляющаяся трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов.

**Кардиопатология** встречается довольно часто. Это могут быть как функциональные изменения сердечно-сосудистой системы (их большинство), так и врожденные пороки сердца (ВПС). Врожденные пороки сердца могут быть без нарушения кровообращения (это благоприятный вариант) и с нарушениями кровообращения.

Благоприятным считается открытое овальное окно (ООО) - вариант N.

При диспансеризации выявляются у некоторых детей *дисплазия* (нарушение развития всех структур сустава) тазобедренных суставов, кривошеи, врожденные вывихи тазобедренных суставов. При раннем выявлении и рано начатом лечении здоровье детей восстанавливается без заметных последствий.

Довольно часто встречаются у детей *грыжи* - пупочные, паховые, пахово-мошоночные. Такие дети наблюдаются хирургом, большинство диагнозов снимается после первого года жизни, некоторые дети оперируются.

Часто звучит диагноз - *инфекция мочевых путей*. Это предварительный диагноз, он требует уточнения в специализированном отделении стационара. Особенно важно знать, нет ли там врожденных аномалий развития мочевыводящих путей.

Болезни органов дыхания представлены острой пневмонией, различными респираторными вирусными заболеваниями, аномалии развития встречаются очень редко.

То же можно сказать и о болезнях желудочно-кишечного тракта. В основном это функциональные изменения, которые проявляются такими симптомами как срыгивания и рвоты, а также неустойчивый стул при дисбактериозах.

Необходимо также остановиться на так называемых фоновых состояниях, которые в Домах ребенка встречаются очень часто. Это: недоношенность, морфо-функциональная незрелость, анемии, гипотрофии и рахит. Все эти состояния усугубляют течение вирусных и бактериальных инфекций, тормозят развитие детей.

**Внутриутробная гипотрофия** - это хроническое расстройство питания плода, которое сопровождается отставанием физического развития, ЦНС, метаболическими нарушениями, понижением иммунологической реактивности.

**Гипотрофии** - хронические расстройства питания. По степени тяжести гипотрофии делятся на три категории. Лёгкая - I степень если дефицита веса составляет 10-20% от нормы, II степень - 20-30%. III самая тяжёлая - дефицит массы, достигающий до 30% от нормы. Основными причинами возникновения гипотрофии являются: неправильное вскармливание, повторные заболевания, плохой уход. Состояние здоровья ребёнка зависит от степени выраженности гипотрофии. При лёгкой степени

гипотрофии оно может быть не нарушено, но чем больше дефицит веса, тем больше страдает развитие ребёнка: замедляется его рост, психическое развитие, быстро присоединяются инфекции, рахит, анемия.

**Рахит** - нарушение обмена веществ, с преимущественным нарушением фосфорно-кальциевого обмена. Это заболевание широко распространено среди детей первых двух лет жизни. В основе рахита лежит несоответствие между потребностью организма в кальции и фосфоре и возможностями обеспечения ими организма.

Следствием этого являются изменения костной, мышечной, нервной, сердечно-сосудистой и других систем и органов. Комплекс патологических сдвигов, возникающих при рахите, ослаблении детского организма, тормозит основной рост, физическое и умственное развитие ребёнка, снижает сопротивляемость его к инфекциям, угнетает иммунную систему. Всё это создаёт благоприятные условия для присоединения различных заболеваний, особенно пневмонии и неблагоприятному течению инфекционных заболеваний.

**Анемия** - заболевание крови, при котором отмечается снижение содержания эритроцитов и гемоглобина в единице объёма крови. У маленьких детей чаще всего встречаются железодефицитные анемии, т.е. анемии, связанные с недостаточностью железа в организме. Болеют преимущественно дети второго полугодия жизни, чаще недоношенные, незрелые или крупные. Предрасполагающими факторами являются искусственное вскармливание, повторные респираторные заболевания.

**Атопический дерматит** - объединяет различные патологические состояния, протекающие с аллергическим поражением кожных покровов. У детей первого года жизни этот диагноз встречается достаточно часто (30-40%), т.к. основной причиной заболевания является применяющееся с первых месяцев жизни искусственное вскармливание, другой ведущей причиной являются лекарственные средства - антибиотики, жаропонижающие средства и другие.

Большую роль в развитии атопического дерматита играет наследственная предрасположенность. Формы заболевания разделяются по течению, лёгкие формы характеризуются локальными поражениями кожи, упорными опрелостями. Тяжёлые - быстрым развитием экземы, сочетанием кожных поражений с частыми затяжными респираторно-вирусными инфекциями, нарушением функции желудочно-кишечного тракта.

**Недоношенность** в условиях дома ребёнка встречается очень часто (55-70%) Недоношенными считаются дети, рождённые ранее 38 недели беременности. Степень недоношенности зависит от срока беременности, при котором произошли преждевременные роды. Недоношенные дети при рождении имеют меньший, чем доношенные, вес и рост, они вялы, плохо сосут, срыгивают. Все недоношенные дети угрожаемы по развитию анемии и рахита; они чаще и тяжелее болеют простудными заболеваниями, чаще развиваются осложнения в виде пневмоний, бронхитов, отитов; быстрее развиваются гипотрофии, они отстают в развитии.

Все недоношенные дети являются незрелыми, т.к. рождены раньше срока, но незрелыми могут быть и доношенные дети. В родильном доме по специальным методикам

определяют степень морфофункциональной зрелости новорождённого и если ребёнок родился в срок, но имеет признаки незрелости, то ставится диагноз: морфофункциональная незрелость. Незрелые дети, как и недоношенные, составляют группу риска по развитию патологий нервной системы (перинатальная энцефалопатия), у них в период новорожденности длительно протекает желтуха, они чаще и сильнее болеют.

Большинство из вышеназванных заболеваний являются корректуемыми. Так многие дети с ПЭП восстанавливаются в результате проводимого лечения к 6-12 месяцам жизни. Всё зависит от тяжести заболевания, множественности и сочетания поражений.

Не корректируются генетические заболевания. Наиболее частым из них в домах ребенка является Синдром Дауна. Прогностически неблагоприятными являются инфекции мочевых путей на фоне врождённой патологии. Длительного лечения потребуют такие заболевания как бронхиальная астма, большинство врожденных пороков сердца. Эпилептический синдром также является неблагоприятным.

В дома ребёнка поступают дети не только от родителей - алкоголиков, но и от матерей, перенёсших сифилис, гепатиты, страдающих наркоманией. При обследованиях таких детей выявляется носительство антител к гепатиту «С» или «В», положительная реакция Вассермана. Такие дети в зависимости от выявленных результатов лечатся по схеме раннего врождённого сифилиса, наблюдаются в медицинском учреждении.

### *Генные болезни*

Особый интерес и беспокойство у замещающих родителей вызывают наследственные заболевания. Какие болезни, психологические особенности личности, психические нарушения могут передаваться генетическим путём от биологических родителей? Может ли у детей проявиться склонность к алкоголизму, наркомании, агрессивным действиям, если их биологические родители были асоциальны и занимались противоправными действиями?

Итак, наследственными называют болезни, причина которых - возникновение нарушений в хромосомном наборе (хромосомные болезни) или в каком-либо гене (генные болезни). Эти болезни есть во всех областях медицины - среди болезней нервной системы, психических, эндокринных, костных, кожных, болезней крови и т.д.; велик вклад наследственности в происхождение глухоты, слепоты, умственной отсталости. Вероятность рождения ребёнка с врождённой или наследственной патологией, так называемый популяционный или общестатистический риск, равный 3-5%, преследует каждую беременную женщину. Наследственные болезни неодинаковы по тяжести и течению: как известно, среди них много тяжёлых, плохо поддающихся лечению заболеваний, но бытующее мнение, что все наследственные болезни неизлечимы - заблуждение.

Генных болезней (точнее моногенных - связанных с одним геном) насчитывается 5-6 тысяч. Эта цифра не должна пугать: практически все генные болезни очень редки, некоторые встретились всего в 2-3 семьях в мире. Всем детям в возрасте до 2-3 месяцев непременно нужно проводить специальное биохимическое исследование мочи для исключения у них фенилкетонурии или пировиноградной олигофрении. Фенилкетонурия - одно из распространённых наследственных заболеваний. Частота этой патологии 1:10000 новорождённых. Суть фенилкетонурии заключается в том, что аминокислота фенилаланин не усваивается организмом и её токсические концентрации отрицательно влияют на функциональную деятельность головного мозга и ряда органов и систем.

Детям до 1-1,5 лет рекомендуется проводить диагностику на выявление тяжёлого наследственного заболевания - муковисцидоза. При этой патологии наблюдается поражение дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта. У больного появляются симптомы хронического воспаления лёгких и бронхов в сочетании с диспептическими проявлениями (поносы, сменяющиеся запорами, тошноты и т.д.). Частота этого заболевания равна 1:2500.

Чаще только после года жизни наблюдаются клинические проявления распространённого и широко известного заболевания гемофилии. Страдают этой патологией преимущественно мальчики. Мамы этих больных детей являются переносчиками мутации. Нарушение свёртываемости крови, наблюдаемое при гемофилии, нередко приводит к тяжёлым поражениям суставов (геморрагическим артритам) и другим поражениям организма, при любых порезах наблюдается длительное кровотечение.

Эмоциональные и поведенческие нарушения детей, особенно раннего возраста, проявляется заболеваниями внутренних органов. Это явление получило название соматизация. Предрасположенность к соматизации связана с особенностями воспитания в семье, с тем, каких болезней у себя и ребёнка опасаются взрослые, при каком заболевании крохи взрослые больше волнуются. При этом физическое неблагополучие ребёнка приобретает двойственный характер. С одной стороны - это рефлекторное отражение его эмоций внутренними органами, а с другой - привлечение внимания взрослых и возможность манипулировать ими.

*От 0 до 3 лет* наблюдаются соматовегетативные проявления: аффективно-респираторные приступы; нарушения кормления; нарушение сна (выражается в длительном засыпании, частом спонтанном пробуждении, раннем пробуждении, крике, вздрагивании при тихих звуках, стереотипных движениях во сне (качание головой, сосание пальца и др.), сонливости или возбуждении в течение дня, иногда полной инверсии сна и бодрствования).

На втором году жизни у детей могут возникать устрашающие сновидения, эпизоды приступов ночных страхов. Ребёнок, не просыпаясь полностью, начинает кричать, вскакивать в кровати. По выражению лица и отдельным высказываниям ребёнка можно заключить, что он видит что-то страшное. В этом состоянии он не узнает близких, плохо ориентируется в окружающей обстановке. Ночные страхи по типу упрочившейся условной связи нередко сохраняются в течение длительного времени.

Дневные страхи (страх чужих лиц, новых игрушек и т.д.) возникают под влиянием экзогенных факторов - физических и психических.

Желудочно-кишечные расстройства. Склонность к жидкому стулу связана с повышенной возбудимостью кишечной стенки, приводящей к усилению перистальтики кишечника под влиянием даже незначительных раздражителей. Поносы нередко чередуются с запорами. Нарушения со стороны кишечника легко возникают под влиянием различных психогенных факторов по типу условной связи. Так, склонность к привычным запорам может возникнуть, если ребёнок под влиянием эмоции страха однажды задержал акт дефекации. Особенно легко запоры или недержание кала возникают в новой для детей обстановке. Нарушение аппетита, расстройства жевания и глотания. Дети отказываются от твёрдой пищи, медленно жуют, пережёванную пищу долго держат во рту. Зачастую это обусловлено страхом глотания, развившимся в связи с какими-либо неприятными ощущениями в процессе кормления (очень горячая или холодная пища, боль в горле, насильственное кормление).

С нервной анорексией тесно связана привычная рвота. Дети проявляют избирательность в еде, отдают предпочтение жидкой пище и отказываются от твёрдой. Некоторые боятся новых блюд или стремятся к поеданию несъедобного (уголь, известь, песок).

Функциональные сосудистые расстройства выражаются в быстрых колебаниях сосудистого тонуса (побледнение или покраснение кожных покровов, преходящие приступы цианоза, мраморность кожи).

Гипертермия. После перенесённой острой вирусной инфекции у детей, подверженных неврозам, может длительное время (1-2 месяца) сохраняться субфебрильная температура, повышенная утомляемость.

*От 3 до 7 лет* наблюдаются психомоторные проявления.

Неврозы, приобретённые в этом возрасте, характеризуются нарушением двигательной активности. Дети гиперактивны, не могут спокойно заниматься одной деятельностью. Следствием этого является высокая утомляемость и истощаемость, низкая устойчивость внимания.

В возрасте от 3 до 7 лет у детей впервые могут появляться невротические тики. Тики в 4 раза чаще возникают у мальчиков, а в общей популяции они встречаются у 7-13% детей. Ребёнок начинает моргать, гримасничать, высовывать язык, пожимать плечами и т.д. Эти движения носят произвольный характер, усиливаются при волнении.

Заикание - нарушение ритма, темпа и плавности речи, связанное со спазмом мышц, участвующих в речевом акте. Переходящее заикание наблюдается у 4% детей, а стойкое - у 1%. Заикание чаще встречается у мальчиков. Возникает в возрасте от 3 до 5 лет, когда происходит значительное усложнение фразовой речи, связанное с формированием мышления. Происхождение заикания связывают с неблагоприятным речевым климатом в семье - перегрузка информацией, попытки форсировать развитие речи, чрезмерная требовательность к речи и т.д. Спустя некоторое время после появления заикания у ребенка закрепляется негативное отношение к собственному дефекту. Позднее, в школьном возрасте, и особенно у подростков, возникает логофобия (дети стесняются говорить).

Нарушения сна. Нередко возникают снохождение и сноговорение. Нарушения сна сочетаются с различными страхами (темноты, одиночества и т.д.), патологическими привычками (сосание пальца, накручивание волос и пр.), навязчивыми ритуалами (многократное пожелание спокойной ночи, повторные просьбы к родителям).

Невротический энурез - произвольное мочеиспускание во время ночного сна. Энурез рассматривается как патологическое явление после 4-5 лет, так как в более раннем возрасте недержание мочи во сне является физиологическим и связано с незрелостью механизмов регуляции мочеиспускания. Распространенность энуреза у детей составляет 10%. Чаще встречается у мальчиков. Невротический энурез возникает после более или менее длительного периода сформированных навыков опрятности.

Невротический энкопрез - произвольное выделение кала при отсутствии заболеваний нижнего отдела кишечника или сфинктера анального отверстия. Появление энкопреза характерно для длительного и тяжелого невроза в результате нарушений взаимоотношений между матерью и ребёнком, наличия длительного внутрисемейного конфликта, чрезмерно строгих требований к ребёнку. Как правило, ребёнок не испытывает позыва к дефекации, вначале не замечает испражнения. Обычно дети

болезненно реагируют на свой недостаток, стараются спрятать от родителей испачканное белье.

*От 7 до 11 лет* у детей выражены аффективные проявления.

У детей от 7 до 11 лет самым частым проявлением невроза является головная боль. Дети жалуются на головную боль и головокружение, при которых они чувствуют сердцебиение, тошноту, затруднение дыхания или глотания. Реже возникают немотивированные жалобы на боль в груди, спине, ногах, руках, сердце. Зачастую во время осмотра ребёнка обращают на себя внимание депрессивные особенности его мимики (печальное, безучастное лицо), характерная осанка (опущенные плечи, сутулость), замедленность движений, вялость, безынициативность, необщительность, агрессивность.

Другими проявлениями невроза у детей этой возрастной группы являются частые соматические болезни различной степени выраженности с нарушением пищеварительной, дыхательной, сердечно-сосудистой, эндокринной деятельности, выделительной функций, терморегуляции, а также хроническая боль.

С 11 до 17 лет наблюдаются эмоционально-идеаторные проявления.

В подростковом возрасте на первый план в клинической картине невротических расстройств выходят нарушения поведения, навязчивости. Ещё до собственно клинических проявлений, в младшем возрасте, у таких детей появляются психопатологические расстройства (страхи, опасения за своё здоровье, навязчивые действия, ритуалы).

Кроме того, юношеский возраст характеризуется резким увеличением депрессивных дебютов, что обусловлено влиянием пубертатного периода, выступающего в качестве специфического стрессорного фактора. Отсутствие адекватных способов контроля и овладения своими эмоциями у части подростков проявляется в виде импульсивности, склонности к немедленному выражению вовне своих чувств и побуждений, ведущих к асоциальному поведению.

Таким образом, понимание того, как может реагировать детский организм на стрессовые факторы в зависимости от возраста, является ключевым моментом в профилактике и устранении эмоциональных и поведенческих нарушений у детей.

### ***Влияние генетической наследственности на поведение***

«Плохая наследственность» - самое распространенное, практически «универсальное», объяснение любым трудностям, возникающим в процессе воспитания приемного ребенка. И самое опасное. Потому что «наследственность» - то, что изменить нельзя. То, что не дает шанса ни ребенку, ни родителям. А значит, заставляет опускать руки и отчаиваться, а не решать проблемы. Ссылаясь на плохую наследственность, мы, по сути, отталкиваем ребенка от себя, отказываем ему в праве меняться.

Объяснение это и самое несправедливое, поскольку употребляется гораздо чаще не к месту, ложно. Ведь сегодня все знают, что есть какие-то гены, но что от них зависит и как это проявляется - мало кто себе представляет.

Строго говоря, «наследственность» - это потенциал. То, насколько этот потенциал

- как отрицательный, так и положительный(!) - реализуется, зависит от среды, а значит, от семьи, в которой ребенок растет. Соотношение факторов среды и наследственности - «50 на 50». В каких-то областях оно сдвинуто в одну сторону: например, цвет волос полностью задан генами, в каких-то - в другую: так, будут ли

волосы чистыми и аккуратными, зависит только от обстоятельств и действий самого человека. Самое же главное в жизни

- желание и умение работать, вера, ценности, способность любить и заботиться уж точно не от наследственности зависит. С другой стороны, гены - это всегда в большой степени лотерея (кстати, и в случае с родными детьми тоже). А вдруг ваш приёмный ребёнок окажется, наделён от природы талантами и качествами, которые в вашей семье не представлены?

На самом деле проблемы в развитии детей-сирот связаны в гораздо большей степени с травмой отрыва от семьи и родительской депривацией, чем с наследственностью. Именно отсутствие достаточной заботы и эмоционального контакта с близким взрослым в раннем детстве, а в некоторых случаях - жестокое обращение, являются основной причиной диспропорционального развития таких детей, а не пресловутая «генетика». Ребёнок с самыми распрекрасными генами в этих обстоятельствах развивался бы плохо. У покинутого, лишённого родителей ребёнка с самого раннего возраста подорвана жизнеспособность. Близкий контакт с матерью (или с другим постоянным взрослым) в раннем детстве обеспечивает не только эмоциональный комфорт, но и психофизиологическую стимуляцию, необходимую для благополучного формирования центральной нервной системы и головного мозга. У ребёнка, который в течение первого года жизни растёт не «на руках», затормаживается и нарушается нормальный ход развития. Последствия этого достаточно серьёзны, но обратимы. Тем легче, чем раньше изменится ситуация - та самая «среда». Мы много раз видели, как неузнаваемо менялись и расцветали дети, попадая в любящую семью. Их просто невозможно узнать - хотя все гены, как вы понимаете, остались теми же самыми.

Бояться генов, с одной стороны, естественно - ведь они не в нашей власти, с другой, бессмысленно - по той же самой причине. Отрицать их тоже нет смысла - стремление «обтесать» ребёнка под себя, игнорировать все его отличия от нас ничем хорошим не кончатся.

### **Литература.**

1. Волкова Г.А. Психолого-педагогическая коррекция развития и воспитания детей-сирот. - Санкт-Петербург: КАРО, 2007. - 384 с.
2. Генетическая наследственность. Сборник статей. - М.: Изд-во НО БФ «Приют Детства», 2004.
3. Красницкая Г.С., Рудов А.Г. Работа с гражданами, желающими принять на воспитание ребенка, оставшегося без попечения родителей. Методическое пособие. - М.: 2008. - 72 с .
4. Ослон В.Н. Жизнеустройство детей-сирот. Профессиональная замещающая семья. - М.: Генезис, 2006. - 368 с.
5. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений /Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др. / под ред. Л.В. Кузнецовой. - М.: Издательский центр «Академия», 2002.
6. Фурманов И.А., Фурманова Н.В. Психология депривированного ребенка. - М.: Владос, 2004.