**Содержание**

Введение…………………………………………………………………………...3

1. Материнская депривация и ее влияние на психическое развитие ребенка……………………………………………………...........................5
   1. Понятие материнской депривации.………………………………........5
   2. Аналитические концепции: роль матери в психическом развитии ребенка…………………………………………………………………..8
   3. Особенности развития детей в условиях ранней материнской депривации……………………………………………..........................15
2. Опыт решения проблем, связанных с явлением материнской депривации………………………………………………………………...24
   1. Анализ опыта России и стран Запада в решении проблемы………………………………………………………………24
   2. Пример социальной реабилитации детей из закрытых воспитательных учреждений…………………………………………30

Заключение……………………………………………………………………….36

Список литературы………………………………………………………………38

**Введение**

Конвенция ООН о правах ребенка признает, что «ребенку для полного и гармоничного развития его личности необходимо расти в семейном окружении, в атмосфере счастья, любви и понимания». Без сомнений, самое важное место в жизни ребенка отведено матери. Именно ее любовь и забота являются необходимым источником нормального психического и физического развития.

Работа посвящена проблеме психического развития ребенка в условиях материнской депривации.

Из-за многозначности понятия «материнская депривация» довольно сложно дать ему универсальное определение. В данной курсовой работе материнская депривация будет определяться как явление, обусловленное недостаточностью постоянного, тесного и стойкого отношения ребенка к матери или другому значимому взрослому, заменяющему ребенку мать. Отсутствие матери или другого значимого лица в жизни ребенка уменьшает шансы последнего на нормальное развитие без нарушений.

Актуальность темы обусловлена тем, что материнская депривация является мощным патогенным фактором в отношении целого ряда серьезных личностных расстройств. Наиболее ярко и отчетливо последствия материнской депривации проявляются у воспитанников детских домов, школ-интернатов. Исследования свидетельствуют о своеобразной, качественно иной картине личностного развития таких детей, особенно, если они оказались в таких условиях с рождения. Э. Эриксон в свое время утверждал, что ребенок в раннем детстве должен быть окружен близкими и доброжелательными взрослыми, иначе его развитие будет иметь своеобразные черты, граничащие с патологией.

Психологами выделяются следующие характерные особенности воспитанников детских домов: эмоциональная поверхностность, «прилипчивость», высокая агрессивность, жестокость, инфантильная безответственность и др.

Вот некоторые статистические данные одного из районов республики Алтай. Из 3302 детей, обучающихся в образовательных учреждениях:

- 272 с диагнозом умственная отсталость в степени дебильности;

- 29 с диагнозом имбецильность;

- 195 с диагнозом задержка психического развития;

- 184 ребенка с тяжелыми речевыми нарушениями;

- у 198 детей наблюдаются приступы ярости и агрессии.

Целью работы является изучение проблемы психического развития ребенка в условиях материнской депривации и анализ возможных методов преодоления ее последствий.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. рассмотреть понятие «материнская депривация»;
2. выделить роль матери в жизни ребенка как ключевую;
3. выявить специфику психического развития детей в условиях ранней материнской депривации;
4. проанализировать опыт России и стран Запада в решении проблемы;
5. изучить пример социальной реабилитации детей из закрытых воспитательных учреждений.

Курсовая работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка литературы. Первая глава посвящена изучению влияния материнской депривации на психическое развитие ребенка. Во второй главе рассмотрены возможные и наиболее эффективные пути решения проблемы. В заключении подводятся итоги проведенного исследования.

1. **Материнская депривация и ее влияние на психическое развитие ребенка**
   1. **Понятие материнской депривации**

Под термином *«депривация»* (от англ. deprivation – лишение) понимают лишение или ограничение возможностей удовлетворения жизненно важных потребностей. Довольно часто определение депривации дается в зависимости от той потребности, которой лишена личность, но речь идет исключительно о психических лишениях.

Депривация является особой индивидуальной переработкой стимульного обеднения, которого достиг ребенок в депривационной ситуации, то есть в ситуации изолирования от стимулирующей среды: человеческого общества, семьи, детской группы, школы и т. п. [3].

Дать точное определение понятию *«материнская депривация»* довольно сложно, так как оно включает в себя ряд различных явлений. Так, материнская депривация имеет место не только в детских домах, интернатах, но и в семьях, где мать недостаточно заботится о ребенке; временный отрыв ребенка от матери, недостаток или потеря любви и привязанности ребенка к определенному человеку, который выступает для него в роли матери, - эти явления также входят в понятие «материнская депривация». Исходя из этого, материнскую депривацию можно определить как «*явление, обусловленное недостаточностью постоянного, тесного и стойкого отношения ребенка к одному лицу*» [1].

Материнская депривация — это, в первую очередь, эмоциональное обеднение ребенка, но немаловажную роль в происхождении этого состояния играет и сенсорный компонент. Известно, что мать для ребенка первых лет жизни — источник многочисленных сенсорных стимулов (тактильных, зрительных, слуховых), необходимых для нормального развития психических функций [5]. При недостатке, лишении ребенка таких стимулов говорят о сенсорной депривации. Таким образом, при наличии одного вида депривации возможны проявления и других ее видов.

Исследователи, занимавшиеся проблемой материнской депривации, давали различные трактовки этого понятия. Клинический психолог Дж. Боулби, анализируя зависимость психического здоровья ребенка от материнской заботы, рассматривал в качестве материнской депривации не только полное отсутствие матери, (*полная материнская депривация*), но и частичные ее формы, где нет прямой разлуки с матерью, но отношения обеднены или неудовлетворительны [1]. Иногда в этих случаях используются термины «скрытая» или «маскированная» депривация. Другие исследователи, изучая состояния младенцев в приюте, определяли материнскую депривацию как состояние, при котором у ребенка отсутствует связь именно с биологической матерью. В работах Й. Лангмейера и З. Матейчика материнская депривация рассматривается как недостаток постоянных и тесных отношений с одним лицом, не обязательно биологической матерью.

Э. Эриксон утверждал, что если ребенок в раннем детстве лишен общества близких и доброжелательных взрослых, то его развитие и формирование идентичности будет иметь своеобразные черты, граничащие с патологией.

Негативное влияние материнской депривации на психическое развитие ребенка отмечается в целом ряде психологических и педагогических исследований. Большинство исследований направлено на изучение особенностей и поведения детей, воспитывающихся в детских закрытых учреждениях, детей-сирот, так как они представляют собой яркую иллюстрацию *«ребенка с депривацией»*. «Депривация у таких детей может проявляться как в виде легких изменений личности, не выходящих за рамки нормальной эмоциональной картины, так и грубых поражений развития личности» [4].

Первые публикации по материнской депривации появились еще во второй половине XX века, а в целом исследования продолжались несколько десятилетий. Проведенные психологические исследования со всей очевидностью продемонстрировали, что материнская депривация – это фактор, который накладывает отпечаток на все дальнейшее развитие личности [1]. В 1945 году был опубликован научный труд Р.А. Шпица "Госпитализм". Автор описал случай депривации детей, который закончился их гибелью. У. Гольдфарб из Нью-Йорка проводил исследования детей, усыновленных из детских домов сразу и спустя некоторое время. Он установил, что у детей из детских учреждений имеются отличия в развитии интеллекта и характера.

Важной вехой в понимании депривации явилась работа Дж. Боулби «Материнская забота и психическое здоровье», вышедшая в 1951 году. Автор констатировал, что ребенок в раннем возрасте должен воспитываться в атмосфере эмоциональной теплоты и должен быть привязан к матери или к лицу, замещающему мать. Дж. Боулби, У. Гольдфарб и Г. Шпиц подчеркивали тяжелые последствия длительной полной материнской депривации и ее драматическое течение, стойкое и глубокое вмешательство в структуру личности, которая в дальнейшем формируется на сниженном (примитивном) уровне, с психопатическим «бесчувственным» характером, склонностью к правонарушениям и даже психозу. Материнская депривация рассматривалась как тяжелое и необратимое состояние индивида, способствующее формированию специфического типа личности, характерной для воспитанника детского приюта. Дети, лишенные материнства, описывались как «потенциальные преступники», отличающиеся повышенной жестокостью и агрессивностью, отсутствием социально-этических норм в поведении.

В 80-х годах изучением депривации занялись венгерские педагоги и психологи. Они установили картину депривации у малышей из домов малютки, т.е. у детей, которые с самого рождения лишились материнской заботы. Эти дети слабо проявляли эмоции, были безучастны – не плакали и не смеялись, часто часами раскачивались, не умели ходить и говорить до трех лет. Кроме того, нарушалась сфера общения детей. Дети слабо привязывались к взрослому, а стабильной привязанности не было ни к кому [8].

Выводы были очевидны: материнская   депривация  оказывает разрушительное воздействие на психическое развитие ребенка и ведет за собой множество негативных последствий.

Для того чтобы определить последствия материнской депривации, а именно нарушения в психическом развитии депривированного ребенка, были сформулированы концепции, в которых объяснялась ключевая роль матери / лица, ее заменяющего, в психическом развитии ребенка.

* 1. **Аналитические концепции: роль матери в психическом развитии ребенка**

Почти полвека понадобилось практике и науке, чтобы изучить, проанализировать и сформулировать в качестве теоретических концепций влияние депривационных условий воспитания на развитие ребенка.

В т*еории объектных отношений* центральное понятие (понятие объекта) включает в себя значимые элементы окружающей среды ребенка, главным среди которых является мать или замещающая ее фигура. Основателями данной теории являются представители британской школы: Р. Фейерберн, Д. Винникот, М. Клайн, М. Балинт. М. Малер, О. Кернберг – их современные последователи. Приверженцы данной теории считают установление здоровых отношений с ближайшим окружением основой для нормального психического развития. Опыт взаимоотношений с объектами в период раннего детства (до трех лет) имеет решающее значение в развитии ребенка. Глубокие нарушения отношений между матерью и ребенком служат важным фактором формирования пограничного расстройства личности, характеризующегося размытой идентичностью, непостоянством в межличностных связях, плохим эмоциональным контролем и импульсивностью, склонностью к агрессивным срывам.

Венгерский психоаналитик М. Малер впервые обратила внимание на двойственную природу привязанности и выделила этапы ее развития, которое она рассматривала как процесс *«разделения / индивидуации»*. Под *«разделением»* М. Малер понимала процесс, в ходе которого младенец постепенно формирует внутрипсихическую репрезентацию (представление) себя, отличную и отделенную от репрезентации матери, позволяющую ему функционировать независимо от нее. *«Индивидуация»* означает попытки ребенка построить свою уникальную идентичность, воспринять свои собственные индивидуальные характеристики [6].

Отечественный автор К.В. Солоед, сравнивая объектные отношения у младенцев, за которыми ухаживает мать, и у младенцев из приюта, объяснила особенность последних нехваткой постоянства и привязанности к определенному объекту. Для младенцев из приюта было характерно: отсутствие ориентировочной реакции на уход взрослого, отсутствие поиска няни глазами, использование аутоэротических действий вместо протестных реакций, пассивность, слабая выраженность оживления при появлении ухаживающих лиц [13].

Одновременно с теорией объектных отношений развивалась *теория интерперсональных* (межличностных) *отношений* (американский вариант неофрейдизма). В отличие от своих британских коллег приверженцы теории интерперсональных отношений оптимистичнее смотрели на возможность компенсации раннего травматического опыта при условии установления благоприятных и стабильных отношений на более поздних этапах развития.

Американская интерперсональная психоаналитическая школа берет начало от работ Г. Салливена, считавшего «надежные и эмоционально удовлетворительные отношения в детстве базой нормального психического развития».

К. Хорни, одна из наиболее ярких представительниц этой школы, ввела понятие *«базисная тревога»* и описала факторы среды, которые можно расценивать как депривационные, обусловленные нарушением отношений и взаимодействий в семье. К. Хорни определяла внутренний конфликт как следствие ранних переживаний ребенка. Если дома ребенок чувствует себя в безопасности, находит доверие, любовь, уважение, то его конфликт можно считать разрешимым.

Э. Эриксон считал, что на первой стадии развития человека, которая соответствует оральной фазе в классическом психоанализе, развивается параметр социального взаимодействия, положительным полюсом которого служит доверие, а отрицательным – недоверие. Степень доверия, которым ребенок проникается к окружающему миру, к другим людям и к самому себе, в значительной мере зависит от проявления к нему заботы. Если ее не достаточно, то у ребенка вырабатывается недоверие, боязливость, подозрительность по отношению к миру и людям. Введенное Эриксоном понятие *«базисное недоверие к миру»* у ребенка, лишенного родительской, особенно материнской любви, стало базисным для развития теории депривации. Э. Эриксон, как и Г. Салливен и К. Хорни, был уверен в том, что «дети, лишенные материнского тепла и любви в младенчестве, могут стать нормальными взрослыми при условии, что этот дефицит будет скомпенсирован на последующих этапах развития».

А. Фрейд, Р. Шпиц, Дж. Боулби сформулировали основные положения *теории привязанности*. Они рассматривали потребность в привязанности как биологическую врожденную потребность (если сравнивать с отечественной психологией 30-50-х гг., то отношения между матерью и ребенком не считались биологически обусловленными).

Р. Шпиц и А. Фрейд описали феноменологию поистине драматических изменений в душевной жизни детей, воспитывавшихся в приютах во время Второй мировой войны.

Р. Шпиц писал, что на первом году жизни у ребенка нет более насущной потребности, чем иметь тесную, постоянную связь с матерью или ее долговременным заменителем. Он провел ряд наблюдений за младенцами в детских домах и приютах, где они получали от постоянно обслуживающего их лица достаточно физической заботы, но мало стимуляции и любви. Съемки Шпица эмоционально не питаемых, отстающих в развитии малышей, пустым взглядом смотрящих в камеру, драматически иллюстрируют разрушительные последствия лишения младенцев матери. Кроме нарушения объектных отношений, Р. Шпиц документально продемонстрировал у них нарушения инстинктивной жизни, Эго, когнитивного и моторного развития и показал, что в экстремальных случаях лишение матери приводит к смерти ребенка. Так он пришел к выводу, что «аффективная связь между матерью и младенцем стимулирует младенца и позволяет ему исследовать окружающий мир, способствуя развитию моторной активности, когнитивных процессов и мышления, интеграции и формированию навыков». Шпиц понимал взаимосвязь матери и младенца как сложный многозначный невербальный процесс, оказывающий влияние как на младенца, так и на мать и включающий аффективный диалог, который является чем-то большим, чем привязанность младенца к матери и связь матери с младенцем.

Приведенные выше нарушения Р. Шпиц назвал *анаклитической депрессией* (депрессия, в основе которой лежит недостаток эмоциональной связи), или *госпитализмом* (термин ввел берлинский детский врач Г. Пфаундлер). Впоследствии под госпитализмом стали понимать не только материнскую депривацию, но и социальную депривацию в широком смысле. Было выявлено, что длительное пребывание в искусственных, изолированных от социума условиях (например, в больнице) могут приводить к развитию синдрома госпитализма как у детей, так и у взрослых людей. Этот синдром выражается в недоразвитии или утрате социальных навыков, эмоциональном уплощении, утрате активности и инициативности.

Работы Шпица оказали сильное влияние на Дж. Боулби, основателя теории привязанности. Одно из центральных понятий его теории – понятие *«рабочая модель»*, на основе которой происходит взаимодействие ребенка с миром. Рабочая модель включает модель «себя» и «близкого человека». Восприятие «себя» определяется, в зависимости от отношения к нему объекта привязанности. Глубинная память сохраняет образы и образцы поведения с близкими, которые постоянно повторяются в ситуациях взаимодействия с другими людьми. Стойкость и ригидность схем поведения, представляющих собой обобщенный опыт отношений с матерью, во многом объясняет те длительные кризисы, которые неизбежно возникают у детей из неблагополучных семей при адаптации в новой приемной семье. Необходим новый, достаточно длительный опыт иных позитивных отношений, чтобы прежние схемы перестроились [6].

Дж. Боулби также ввел понятие *«сепарация»*, с помощью которого обозначил ситуацию долговременной разлуки с матерью или другим замещающим лицом. Боулби выделил сопутствующие сепарации факторы, от которых зависит степень ее негативного влияния на психическое здоровье ребенка: глубина эмоциональной связи между матерью или другим объектом привязанности и ребенком до сепарации, внезапность или постепенность, а также длительность сепарации, наличие или отсутствие лиц, замещающих объект привязанности, возраст ребенка на момент разлуки с матерью. Было выявлено, что дети до шестимесячного возраста относительно спокойно переносят разлуку и быстро привыкают к новому объекту привязанности. Ребенок постарше со сформированной привязанностью реагирует на разлуку совершенно иначе – бурной вспышкой отрицательных эмоций, которая может иметь очень продолжительный характер. По мнению Боулби, благополучное психическое развитие ребенка напрямую зависит от качества материнской заботы. Дети тяжело переживают разлуку с матерью на первом году жизни, особенно если с ней уже была установлена тесная эмоциональная связь. Психолог выделил три стадии в развитии реакции на разлуку – *протест, отчаянье, отстранение*.

На стадии *протеста* ребенок отказывается смириться со своим отделением от любимого объекта. Это может сопровождаться криками, киданиями, уходом от контактов с теми, кто пытается его успокоить.

Стадия *отчаянья* может наступать через пару часов или дней после первой. Здесь можно сказать, что ребенок теряет надежду: становится тихим, подавленным;

На третьей стадии, стадии *отстранения*, ребенок восстанавливает отношения с окружающим миром. Однако если мать в этот момент навещает его, он может реагировать неожиданным равнодушием или отстранением.

Наряду с первичной привязанностью к матери или замещающему ее лицу Дж. Боулби ввел понятие *«вторичной привязанности*». Эта привязанность формируется на месте исходной привязанности вследствие разлуки с матерью. К вторичным привязанностям обычно относят отношения с друзьями, учителями, приемными родителями. Если потеря матери или замещающей ее фигуры продолжается длительное время, то возникает не только первичная тревожность, но и печаль, депрессия, а также агрессия.

Другой значительный представитель теории привязанности М. Эйнсворт изучала влияние качества отношений с матерью на последующие отношения с другими людьми, а также на интеллектуальное развитие ребенка. Исследования подтвердили наличие такой связи. Тем не менее, оказалось, что характер ранних отношений с матерью далеко не всегда имеет фатальные последствия для последующего развития и психического здоровья. Существует ряд других факторов: врожденные особенности нервной системы ребенка (то, что окажет сильное влияние на одного ребенка, может не оказать фатальных последствий для развития другого), степень травматизации, наличие компенсирующих воздействий в виде других объектов привязанности.

Все это говорит о том, что компенсация депривационных нарушений при создании соответствующих условий возможна. Наличие опыта позитивных, устойчивых межличностных отношений, пусть даже на поздних этапах развития, оказывает влияние на способность ребенка строить конструктивные отношения с другими людьми [6].

На основании данных теорий можно заключить, что роль матери принципиально важна для ребенка. Важны ее присутствие, должная забота о нем, наличие надежной привязанности. Это именно те благоприятные условия, которые необходимы для нормального психического развития ребенка.

В основном негативное влияние материнской депривации на психическое развитие ребенка, проявляется в печали, задумчивости, апатии, отрицательном отношении к окружающему, замедлении темпа движений, безучастности, нарушениях познавательного поведения и т.д. [1].

Как уже говорилось ранее, характерные особенности и поведение детей, воспитывающихся в детских домах и школах-интернатах, представляют собой яркую иллюстрацию депривированного ребенка. Для таких детей характерно возникновение *психических патологий*.

В настоящее время приходится констатировать, что по своему психическому развитию дети, воспитывающиеся в детских учреждениях, отличаются от ровесников, растущих в семье. Темп развития первых замедлен. Их развитие и здоровье имеют ряд качественных негативных особенностей, которые отличаются на всех ступенях детства - от младенчества до подросткового возраста (и далее). Особенности по-разному и в неодинаковой степени обнаруживают себя на каждом возрастном этапе [15].

В следующем параграфе рассмотрены особенности развития детей в условиях ранней материнской депривации, то есть детей, которые лишились материнской заботы в возрасте, который в классических педагогических работах определялся как «первое детство», а в современных исследованиях номинируется как младенческий и ранний возраст.

* 1. **Особенности развития ребенка в условиях ранней материнской депривации**

Ситуация пребывания ребенка в интернатном учреждении всеми исследователями рассматривается как стрессовая и трагическая, оставляющая глубокий след в его судьбе. К сожалению, в литературе, посвященной влиянию депривации на развитие ребенка, до сих пор не существует единой точки зрения относительно возможных последствий этого состояния для формирования личности ребенка и подростка.

Принято считать, что нарушения развития у ребенка, воспитывающегося в депривационных условиях, происходят на четырех уровнях:

– сенсорном (уровень ощущений);

– когнитивном (уровень формирования моделей внешнего мира);

– эмоциональном (уровень установления удовлетворения интимных эмоциональных отношений к кому-либо);

– социальном (уровень отождествления себя с одобряемыми в обществе социальными ролями) [3].

Исследователи сходятся во мнении, что психические нарушения, возникшие в условиях материнской депривации, во многом зависят от времени воздействия депривационного фактора, то есть чем раньше возникла депривация, тем тяжелее возникающая патология [5]. Клиническая представленность психических расстройств невротического регистра детей и подростков во многом определяется возрастом ребенка и сроком пребывания его в условиях депривации [2].

Д. Бернс, американский психотерапевт, доктор медицинских наук, провел обследование группы подростков, которые были разлучены с матерями в первые месяцы жизни на различные сроки, до 4 лет. Эти юноши с трудом переносили фрустрацию, обладали повышенной импульсивностью, и были не способны чувствовать собственную вину. Их объектные отношения носили характер поверхностных, мимолетных идентификаций, сверх-Я было слабо развитым, а способность к сублимации ограничена. Были выдвинуты предположения, что длительная разлука с матерью ведет к утрате способности к успешной идентификации с родительскими фигурами.

Исследования подтверждают, что последствия материнской депривации, имевшей место до 3-летнего возраста, в дальнейшем невосполнимы. У. Гольдфарб наблюдал детей, которые в первые 3 года воспитывались в закрытом учреждении, а в дальнейшем были отданы на воспитание приемным родителям. Для них были характерны: выраженное ограничение способности к общению, повышенная агрессивность, жестокость, бесконтрольное импульсивное поведение. При другом исследовании двух групп детей – долго находившихся в закрытом учреждении и находившихся в приюте короткое время, а затем быстро усыновленных или переведенных в семейный детский дом – было обнаружено, что ранние депривационные расстройства с течением времени постепенно сглаживаются и компенсируются. В 8-летнем возрасте большинство детей были способны устанавливать эмоциональные контакты с приемными родителями или воспитателями приюта. Однако дети, прожившие в условиях закрытого детского учреждения более 4 лет, были тревожны, не поддавались контролю со стороны взрослых и плохо успевали в школе. В возрасте 16 лет у них отмечались выраженные наклонности к девиантному поведению [5]. Отечественными психологами была изучена связь ранней материнской депривации и воспитания детей в специальных закрытых заведениях с их последующим криминальным поведением. Считалось, что преступные наклонности связаны с неудовлетворенностью базисной потребности в привязанности в самом чувствительном периоде жизни — младенчестве. То есть ранняя материнская депривация закладывает основы будущего социального и психического неприятия окружающей среды и ее ценностей, ожидание угрозы со стороны окружающего мира.

Дети домов ребенка первых лет жизни в отличие от детей, проживающих в семье, испытывают потребность в повышенном внимании и доброжелательности, которая доминирует вплоть до конца дошкольного возраста. Для их сверстников из семьи характерны уже более сложные формы общения, включающие познавательные интересы, стремление к сотрудничеству с взрослыми, потребность в уважении и взаимопонимании. Поведение семейных детей более свободно и эмоционально насыщенно. И. А. Залысина и Е. О. Смирнова утверждают, что семейные дети получают больше внимания со стороны взрослого, которое индивидуально адресовано (личностная обращенность), в то время как дети из закрытых учреждений испытывают на себе частую смену ухаживающего за ними персонала (множественность привязанностей); контакты с взрослыми в семье эмоционально более разнообразны; мягкое, терпеливое отношение к ребенку в семье сильно отличается от жестко регламентированного детского поведения в учреждении. Основным отличием детей, воспитывающихся вне семьи, А. М. Прихожан и Н. Н. Толстых [7] считают недостаточность развития внутреннего плана личности. Воспитанники детских домов реже смеются, их движения скованны и маловыразительны, беднее словарный запас, проще и однообразнее грамматический состав речи, гораздо меньше оценочных суждений. У таких детей не просто задерживается формирование характерных для их возраста форм общения и взаимодействия с окружающими, но и развиваются принципиально иные механизмы, с помощью которых ребенок приспосабливается к окружающим условиям. Это происходит как вследствие утраты ранних эмоциональных связей с родным человеком, так и вследствие того, что жизнь в детском закрытом учреждении не требует от ребенка выполнения тех функций, которыми наделены дети в обычной жизни.

В условиях полной материнской депривации отмечается очень раннее возникновение общения между детьми — уже на первом году жизни. Для семейных детей не характерен столь ранний интерес к сверстникам. В то же время общение у депривированных младенцев имеет свою специфику. Она проявляется в том, что отношения между сверстниками складываются не как приятельские, дружеские, а по типу родственных. Это может производить впечатление видимой стабильности, защищенности, когда группа сверстников выступает в качестве своеобразного аналога семьи. В то же время это мешает формированию равноправных отношений. Дети неспособны правильно оценить свои личностные качества, лишены избирательной дружеской привязанности. Каждый ребенок вынужден адаптироваться к большому числу сверстников. Контакты между детьми поверхностны и поспешны. Критерием благополучия ребенка является отношение к нему группы сверстников. В случае негативного отношения ребенок испытывает разочарование и неудачу, что часто приводит к пассивному отчуждению и агрессии.

Дети, чья депривация длилась первые три года или больше, демонстрируют социальные, эмоциональные и интеллектуальные трудности даже после того, как они провели несколько лет в стабильной домашней обстановке. Они имеют большие трудности в формировании привязанности к приемным родителям. Считается, что сглаживание последствий ранней депривации возможно, если ребенок в дальнейшем попадает в интеллигентную семью [5].

Наряду с психическим развитием у депривированных детей наблюдаются нарушения интеллектуального развития. «Специфические особенности интеллектуальной и потребностно-мотивационных сфер ребенка, воспитывающегося вне семьи, а также его поведение в настоящее время расцениваются не просто как отставание в психическом развитии». У воспитанников детских домов отмечаются особенности внутренней позиции: слабая ориентированность на будущее, обедненность эмоциональных проявлений, упрощенное содержание образа самого себя, сниженное отношение к себе, пристрастность в отношении к взрослым, сверстникам и предметному миру, ситуативность мышления и поведения. Эти особенности личности ребенка, возникая в раннем возрасте, не исчезают, а приобретают новое качество и усугубляются в дальнейшем» [10].

В среднем около 76 % воспитанников домов ребенка имеют отклонения в психическом развитии. Среди них 52 % — это парциальные задержки, 24 % — олигофрении легкой и среднетяжелой степени.

В первые полгода у соматически и неврологически здоровых младенцев домов ребенка, как правило, наблюдается своевременное (или с незначительным запаздыванием) возникновение зрительных, слуховых, двигательных реакций. Однако в последующем, после полугода, развитие резко замедляется (возникает феномен «угасания» развития). На фоне общей задержки двигательного развития преобладает отставание развития пассивной и активной речи. Голосовые проявления отличаются редкостью и бедностью артикуляции, недостаточностью интонационной выразительности речи. Первые слова появляются достаточно поздно — после полутора-двух лет.

В психическом развитии депривированных младенцев, начиная со 2-го полугодия первого года жизни, часто обнаруживаются проявления регресса:

1. нежелание контактировать с взрослым;
2. отсутствие положительных эмоциональных проявлений — улыбок, мимических реакций, двигательной активности в ответ на появление взрослого;
3. преобладание отрицательных эмоций;
4. нарушение зрительной фиксации (ребенок отказывается смотреть в глаза взрослому);
5. отсутствие слухового сосредоточения (не прислушивается к голосу взрослого);
6. отсутствие некоторых поведенческих навыков (захвата и удержания игрушек, множественных манипуляций с предметами, рассматривания нескольких объектов).

У детей, находящихся в условиях полной материнской депривации, отчетливые признаки дизонтогенеза отмечаются, начиная со второго года жизни. В поведении преобладает выраженная пассивность, бездеятельность. Выявляются особенности игровой деятельности — отсутствие тематических и ролевых игр. В большинстве случаев дети бесцельно перекладывают игрушки с места на место. Отмечается недостаточность развития манипуляторной деятельности (тонкой моторики). Задержка развития речи проявляется преобладанием однословных высказываний и рудиментарных речевых форм — лепета. Наблюдается отсутствие фразовой речи. У детей недостаточно сформирован навык артикуляции, звукопроизношение отличается неточностью и бедностью используемых фонем и слогов. Недостаточно развита интонационная выразительность речи.

На третьем году жизни обращают на себя внимание такие особенности развития детей, как отсутствие каких-либо зачатков высших эмоций — радости, горя, сопереживания [5].

Неудивительно, что дети, находящиеся в условиях ранней материнской депривации, подвержены возникновению различного рода психических расстройств.

*Депрессивные состояния.* К таким состояниям относятся уже знакомые понятия: «анаклитическая депрессия» и «госпитализм».

Состояние анаклитической депрессии (напомню, депрессии, в основе которой лежит недостаток эмоциональной связи) характеризуется прогрессирующей потерей интереса к окружающему миру, замедлением темпа развития. В клинической картине выявляется бедность мимики младенца, вялая реакция на звуковые раздражители, двигательная заторможенность. Дети, ранее бывшие улыбчивыми, активными, находившиеся в дружеском и свободном общении с окружающими, становятся плаксивыми, грустными, боязливыми. При попытке общения они прижимаются к взрослому, требуют внимания. В последующем усиливаются сниженное настроение и раздражительность. Постепенно плаксивость исчезает, на первый план в состоянии выходят безразличие, потеря интереса к чему-либо, отсутствие потребности в общении с взрослыми. Характерно «замершее» или тоскливое выражение лица. Общение с ребенком становится все более трудным и, наконец, невозможным.

Анаклитическая депрессия обычно возникает у младенцев в возрасте 6-11 месяцев спустя 4-6 недель после внезапного ухода матери. Возвращение матери в течение первых трех месяцев приводит к быстрому возвращению симптомов. Однако разлука сроком более трех месяцев способствует закреплению описанных выше нарушений. Возникает необратимое состояние — синдром госпитализма. Двигательная активность ребенка при этом резко сокращается. Характерна выраженная задержка и регресс психического развития и т. д.

Выраженность расстройств во многом зависит от того, какими были отношения между ребенком и матерью до ее ухода. Анаклитическая депрессия чаще развивается у детей, матери которых до разлуки с ребенком были внимательными и заботливыми. Дети, сильно привязанные к матери, переносят разлуку значительно хуже, чем те, привязанность которых к матери отличалась слабостью и поверхностностью. Выраженность депрессии зависит также от условий воспитания и, в частности, от того, насколько отсутствие матери могут компенсировать находящиеся рядом с ребенком взрослые. Анаклитическую депрессию можно приравнять к меланхолии взрослых, однако такое состояние является психогенным состоянием, а не аффективным колебанием настроения.

Исследования последних лет показали, что младенческие депрессии — явление многообразное по клиническим проявлениям и степени тяжести.

Второй вариант депрессии проявляется психосоматическими расстройствами (бронхиальная астма, экзема и др.), оттесняющими на второй план собственно депрессивную симптоматику. Течение заболевания затяжное или волнообразное. Характерным для настроения детей является оттенок равнодушия. Их поведение при этом необычно спокойное с повышенной послушаемостью, молчаливостью, отстраненностью. Младенцы, как правило, перестают плакать и требовать к себе внимания, не ищут зрительного контакта с взрослыми, выглядят заторможенными, не замечают игрушек и не понимают условий предлагаемой им игры. Состояние может осложниться сопутствующими респираторными заболеваниями, регрессом психомоторного развития.

Характерным для третьего варианта депрессии является пропадание соматического заболевания и усиление регрессивной симптоматики. Дети выглядят неподвижными, безучастными, беспомощными, отрешенными. Такие дети при контакте с взрослыми реагируют напряженным застыванием при попытке взять их на руки, вариантами симптома «тождества» [5].

У младенцев, воспитывающихся в условиях полной материнской депривации, наряду с психическими расстройствами отмечается повышенная склонность к возникновению страхов. Наиболее распространенные из них связаны с гиперчувствительностью к новизне, изменчивости окружающей обстановки, появлению новых людей, необычных игрушек, предъявлению новых тактильных, голосовых, зрительных стимулов. Страхи оказывают общее тормозящее влияние на развитие моторики, игры, символического мышления. Страх является обязательным компонентом любой эмоциональной реакции младенца. Например, улыбка часто заканчивается гримасой страдания, смех переходит в плач и т.п. Страхи депривированных младенцев являются компенсацией их эмоционального одиночества [5].

Необходимо отметить, что у детей, отправленных в специальные закрытые учреждения в школьном и подростковом возрасте, психические расстройства менее интенсивны. Дети, которые оказались в условиях материнской депривации в раннем возрасте, являются наиболее уязвимыми и сильнее подвержены нарушениям психического развития.

Очень важно применять меры по профилактике нарушений, вызванных материнской депривацией, реабилитации детей из детских домов и т.д. Ведь психическое здоровье детей – является одним из основных факторов, которые определяют здоровье нации в будущем.

1. **Опыт решения проблем, связанных с явлением материнской депривации**
   1. **Анализ опыта России и стран Запада**

«Материнская депривация у детей в условиях дома ребенка ведет к разного рода переменам в психическом развитии, которые проявляются на каждом возрастном периоде по-разному, но все они имеют потенциально тяжелые последствия для формирования личности ребенка».

Вековой спор между сторонниками детских учреждений и семейного жизнеустройства брошенных детей, детей-сирот, продолжается и по сей день. С самого начала он породил противоречия, критику как во всем мире, так и в нашей стране:

*«Детские приюты должны вообще прекратить свое существование в качестве постоянного дома для детей».*

*«Семья не является панацеей от всех социальных зол, и не надо ее рекламировать как «успокоительный сироп» социальной работы».*

Изучение международного и отечественного опыта выделяет *два основных направления в организации замещающей заботы*: *помещение детей в сиротские учреждения и устройство в замещающие семьи*. Именно данным моделям будет дана оценка в моей работе.

Наиболее эффективной моделью в современных условиях является профессиональная замещающая семья, так как ее отличают высокие компенсаторные возможности последствий депривации, экономичность, доступность психологическому сопровождению и вовлечение широких слоев населения. А. Кадушин, сравнив развитие ребенка в условиях детского дома с развитием в замещающей профессиональной семье, пришел к выводу, что «в замещающей семье развитие ребенка происходит успешнее, чем в сиротских учреждениях».

Для России в настоящее время наиболее распространенным является помещение ребенка в сиротские учреждения. Для международной практики опеки и попечительства детей, нуждающихся в государственной защите, характерно устройство в замещающую семью. Модели замещающей семейной заботы как в мировой, так и в отечественной практике классифицируются по их правовому статусу.

1. К *непрофессиональным семьям* относятся:

* семья-усыновитель (родители наделяются теми же юридическими правами и ответственностью, что и родные отец с матерью);
* опекунская семья, когда опекуны наделяются родительскими правами на определенное время (чаще всего до совершеннолетия) и получают на ребенка пособие от государства.

1. *К профессиональным семьям* относятся:

* приемная семья, где один или оба родителя наделяются полномочиями опекунов до совершеннолетия ребенка, однако не вступают с ним в алиментные отношения и получают пособие на содержание ребенка и зарплату за его воспитание. Приемная семья является своеобразной моделью семейного детского дома, только в приемной семье меньше детей и ниже уровень материального обеспечения;
* патронатная семья, в которой опекуном ребенка остается детский дом, а один из родителей наделяется статусом патронатного воспитателя, являясь сотрудником сиротского учреждения на время устройства ребенка в свою семью, и разделяет ответственность за воспитание ребенка с опекуном (детским домом или приютом). Патронатный воспитатель получает пособие на содержание ребенка и зарплату за его воспитание в сиротском учреждении.

Изучение истории организации замещающей заботы о детях-сиротах в международной практике позволяет зафиксировать период «перестройки» системы общественного воспитания в конце XIX в., когда в США и ряде стран Западной Европы стали отказываться от крупных детских учреждений и создавать учреждения типа частных домов, чтобы достичь более «домашней» атмосферы [6]. Научные данные о тяжелых последствиях материнской депривации и сепарации привели к тому, что в некоторых штатах США было запрещено институциональное воспитание младенцев и маленьких детей. Деинституционализация, касающаяся старших детей, проходила в США под лозунгами защиты прав детей на нормальную жизнь и социализацию, сиротские учреждения обвинялись в нарушении прав детей, в различного рода насилии по отношению к ним.

Я считаю, необходимо кратко проанализировать опыт международной практики опеки и попечительства, для которой характерно устройство ребенка в профессиональную семью, а затем провести обзор и выделить последствия институционального метода воспитания, которого придерживается Россия.

За рубежом преобладает использование семейных форм устройства детей, оставшихся без попечения родителей. Исключение – Израиль, где около 80 % детей помещаются в малокомплектные интернатные учреждения. Среди семейных форм преобладают так называемые *«фостеровские семьи», foster family*, в переводе с англ. означает «воспитывать чужих детей». Их главная задача – дать временный приют ребенку, в силу каких-то обстоятельств, оставшегося без семьи. Так, в США в таких семьях находится более 500 тыс. детей.

Основным направлением деятельности зарубежных социальных служб является предупреждение социального сиротства. Социальный сирота - это ребенок, который имеет биологических родителей, но те по каким-то причинам не занимаются его воспитанием, не заботятся о нем. За рубежом профессиональная (фостеровская) семья рассматривается как форма временного устройства ребенка на период активного социального вмешательства в биологическую семью. В Великобритании около 85 % детей после пребывания в такой семье возвращаются в родную. Столь высокий возврат детей обусловлен развитием социальных служб, занятых реабилитацией семьи, а также наличием законодательства, позволяющего активно проводить социальную работу с семьей.

Профилактика социального сиротства начинается с момента рождения ребенка. Представители социальных служб посещают семьи всех новорожденных и при выявлении факторов риска социального сиротства вовлекают их в профилактическую работу (Австралия, Великобритания, Дания, Китай, ЮАР, Эстония). Широко распространены родительские тренинги, направленные на улучшение взаимоотношений в семье, формирование или совершенствование навыков воспитания ребенка (Великобритания, Германия, Новая Зеландия, Сингапур, США).

Но существующая в США система подвергается критике. Обзор зарубежных исследований фостеринга выявляет проблемные зоны замещающей семейной заботы.

В России существовал двухвековой опыт организации замещающей семейной профессиональной заботы, что было дважды разрушено в силу господства идеи огосударствления воспитания детей, которые лишены семейной заботы, и постоянно возрождающийся в сложные моменты истории нашей страны. В настоящее время внедрение модели профессиональной семьи встречает противодействие со стороны общественности.

Профессиональные (фостеровские) семьи занимают маргинальное положение между усыновлением, т.е. юридическим принятием ребенка в семью, и системой общественного воспитания. Поэтому адаптация детей в профессиональной семье сталкивается с множеством психологических препятствий. На основании анализа литературы выделяют следующие проблемные зоны профессиональной семьи [6]:

1. Особенности развития кровных детей в условиях приемной семьи, их эмоционально-личностное благополучие.
2. Психологическая совместимость или несовместимость приемных детей и родителей-воспитателей, приемных и кровных детей.
3. Возникновение у родителей комплекса вины вследствие неудовлетворенности результатами своей воспитательной деятельности.
4. Право ребенка покинуть семью и право родителей расстаться с ребенком в некоторых ситуациях.
5. Проблема вхождения приемных детей в семью, когда длительность процесса предполагает перестройку взаимоотношений в семье, смену социально-психологических ролей в семье.
6. Проблемы супружеских взаимоотношений.

Профессиональная семья сталкивается с крайне сложной задачей компенсации последствий депривации, поэтому важной задачей социально-психологических служб является организация профессионального сопровождения этих семей семейными психологами, психотерапевтами и социальными работниками.

Но в основном, по утверждениям исследователей, фостеринг оказывает позитивное влияние на всю семью в целом.

Далее необходимо дать краткую оценку последствиям воспитания детей в рамках традиционной модели замещающей заботы (сиротского учреждения).

Первое научно обоснованное исследование влияния условий воспитания на развитие и социализацию ребенка было проведено Дж. Боулби (1951). Результаты выявили задержку эмоционального, когнитивного, социального развития детей и не вызвали сомнений в плане необходимости отказа от сиротских учреждений как модели воспитания. Боулби пришел к выводу, что проблема кроется не в самой сути общественного воспитания, а в «отсутствии условий, при которых ребенок-сирота мог бы установить интимные, эмоционально насыщенные и устойчивые отношения с объектом привязанности, способствующие формированию здоровой, активной и социально адаптированной личности». Хотя в некоторых исследованиях были получены данные о том, что при наличии благоприятных условий когнитивное развитие ребенка в сиротских учреждениях не отличается от такового у детей, воспитанных в семье (Израиль, Югославия, Польша, Австрия).

В 80-90 гг. А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых провели исследования [7], которые показали последствия институционального воспитания. Выделялись негативные черты общественного воспитания:

1. неправильная организация общения взрослых с детьми, неадекватность тех его форм, которые доминируют в сиротских учреждениях;
2. недостаточная психолого-педагогическая подготовленность воспитателей;
3. недостатки программы воспитания и обучения, которая не компенсирует дефекты развития, вызванные отсутствием семьи;
4. бедность конкретно-чувственного опыта детей (суженность окружающей среды);
5. постоянное нахождение детей в условиях коллектива, невозможность уединиться.

Руководитель московского центра постинтернатной адаптации С.А. Левин сформулировал следующие типичные черты личности выпускника интерната:

* отчужденность от мира взрослых;
* негативизм, сформированный в ситуации психологического насилия в учебе;
* неспособность к самоутверждению в труде;
* неспособность к планированию своей работы и жизни в целом;
* равнодушие к себе и своей судьбе;
* неразвитый социальный интеллект.

Нет сомнений в том, что наиболее оптимальной моделью замещающей заботы является усыновление. Но в связи с колебанием уровня жизни в стране и другими негативными социально-психологическими явлениями данная форма становится малодоступной для жителей России [6]. Поэтому замещающая профессиональная семья, по мнению многих исследований, является выходом для нашей страны в решении проблемы развития депривированных детей. Исследователи считают воспитание ребенка, лишенного заботы, профессионально значимым трудом, который необходимо оплачивать. Семья является важнейшим условием нормального развития, она дает ребенку модель надежного и стабильного мира с возможностью постоянной привязанности, а, следовательно, и преодоления материнской депривации.

* 1. **Пример социальной реабилитации детей из закрытых воспитательных учреждений**

Главным вопросом в решении проблемы материнской депривации и ее последствий является вопрос об обратимости психических нарушений, вызванных депривацией. В целом на него в настоящее время еще нет ответа, так как отсутствуют данные о дальнейшем развитии детей, вне стен детского дома.

Первыми, кто предпринял попытку реабилитации детей из закрытых воспитательных учреждений в раннем детстве, были австрийские психологи Г. Дюрфе и К. Вольф. Они отмечали громадную роль материнской заботы и невозможность обучения подобным воспитательным приемам обслуживающего персонала.

Венгерским психологом М. Кечки был предложен свой путь преодоления депривации. В группе детского дома необходимо было уменьшить количество детей, за которыми ухаживала одна няня, до восьми человек и, в то же время, уменьшить количество детей, которым уделяет внимание каждая няня, до четырех. Таким образом, отношения взрослого и детей приобретали характер семейных.

Еще одним из приемов реабилитации является формирование отношения к своему социальному окружению, любви к тем, кто занимается с ребенком. Занимаясь со старшими детьми, предлагается научить их определенной социальной роли. Большие надежды исследователи возлагают на приемные семьи, где и должна происходить социальная реабилитация ребенка [8].

На мой взгляд, важным является следующее исследование В. Роменковой (Латвия г. Рига) [8], которое было проведено с целью изучения возможности социальной реабилитации депривированных детей. Под социальной реабилитацией понималось способность детей к дальнейшему развитию в обществе, вне стен детского дома.

Анализ возможных путей реабилитации депривированных детей позволил исследователям сделать несколько важных выводов и составить план и ход исследования. Во-первых, дети из детских домов не ориентированы или слабо ориентированы на взрослого, хотя именно взрослый обеспечивает развитие ребенка. Таким образом, начальный этап реабилитации должен включать формирование устойчивой ориентации на взрослого. Исследователи не называют это явление, вслед за Д. Боулби, привязанностью, т.к. привязанность, зависимость, "прилипание" ребенка к взрослому означает неблагоприятный ход формирования ориентации на взрослого. Во-вторых, в любом возрасте работа с ребенком должна проводиться индивидуально. В-третьих, работа должна протекать в атмосфере, приближенной к семейной, в доброжелательной и полной любви обстановке.

В ходе исследования была сделана попытка: сформировать устойчивую ориентацию ребенка на взрослого; добиться переноса отношения к одному взрослому на других взрослых; повысить учебную мотивацию депривированных детей.

Работа с детьми проходила в детских домах и в других детских учреждениях закрытого типа. В исследовании принимали участие студенты-педагоги и около 80 детей в возрасте от 1 года до 6-7 лет. Исследователи работали с теми детьми, которые с рождения находились в детском учреждении закрытого типа. Детей с тяжелыми формами депривации было только несколько, т.к. все же социальная среда достаточно разнообразна. Уже на первых этапах работы были выявлены предпосылки успешного общения ребенка с взрослым. Взрослого выбирал сам ребенок, так как в противном случае происходил достаточно долгий процесс привыкания. Этот подход оказался очень успешным. Было отмечено, что при достаточно большом выборе дети выбирали человека, на которого они были похожи физически. В ходе работы было проведено несколько встреч с детьми (не меньше 5).

Анализ деятельности общения позволил выделить ее отдельные элементы – особенности поиска в ситуации общения (активная или пассивная позиция), содержание общения (по поводу чего происходят контакты), характер общения (корыстное или бескорыстное) и т.п.

Ход работы позволил сделать позицию ребенка в общении активной – самому выбирать взрослого, что обеспечило в целом высокий уровень общения. Дети раннего возраста также самостоятельно выбирали партнера, охотно шли на руки к одному и вырывались от другого. Даже у годовалых детей проявлялось стремление самому выбрать взрослого.

С первых сеансов общение с взрослым было радостным и эмоционально насыщенным. Во многих случаях уже после первых сеансов в развитии детей наблюдались изменения. Например, ребенок (3 года 2 мес.), физически здоровый, не разговаривал, т.е. не умел произнести ни одного слова. Выбрал студентку, на которую внешне очень походил. На первом сеансе, который длился 1 час 20 минут, ребенок сам выбрал деятельность по душе – начал качаться на деревянной лошадке. Качался весь сеанс. Стоявшая рядом студентка с неподдельным одобрением хвалила ребенка. После сеанса ребенок проводил ее до дверей. Через два дня, он начал говорить, используя полные предложения. Уровень развития речи отвечал возрастной норме здоровых семейных детей. Было приведено много подобных примеров. Исследователи полагали, что стремительное развитие ребенка объясняется актуализацией уже сложившихся структур языка, интеллекта и др. Как правило, наличие социальной проблемы, в большинстве случаев связанной с не сложившимися отношениями с взрослым, ведет к торможению интеллектуальной и познавательной активности. По мнению исследователей, именно наличие социальных трудностей делает для депривированного ребенка исследовательское поведение менее значимым личностно, вследствие чего он, в большинстве случаев, обучается во вспомогательной школе. Поэтому снятие этой нерешенной социальной задачи делает возможным вполне успешное обучение в обычной школе. В данном случае в процессе общения с взрослым социальная проблема была снята, и развитие произошло как бы взрывообразно.

В процессе работы с детьми формировалось соотнесение ребенка со своим именем. Большинство детей вначале не соотносили имя со своей персоной. Принимая во внимание, что именно имя является структурирующим элементом формирующейся идентичности, были разработаны приемы, помогающие ускорить этот процесс.

В ходе работы начало проявляться избирательное отношение детей к взрослому, что явилось ступенькой в развитии ориентации на взрослого. Так, на втором сеансе одна пятилетняя девочка не подошла к взрослому, а только издали помахала рукой. В беседе выяснилось, что она сама выбрала в мамы женщину, пришедшую в детский дом, чтобы усыновить ребенка. Не желая «предать» маму, она не стала работать со студенткой. Это свидетельствовало о развитой способности ребенка к избирательным контактам с взрослым, что отвечает возрастной норме детей из семьи.

Характер деятельности взрослого с детьми был очень разнообразным. Дети преимущественно предлагали его сами: рисовали, рассматривали книжки, качались, просто сидели на коленях. Таким образом, главным фактором социальной реабилитации детей стало доброжелательное отношение к ним взрослого. В таком случае форма деятельности, при которой проявляется любовь взрослого, имеет второстепенное значение. В настоящее время появилось множество психологических коррекционных методик, где главный акцент делается на саму форму, при которой якобы происходит коррекция (например, сказкотерапия и т.п.). Все же главные изменения в направлениях развития ребенка происходят вследствие формирования отношения взрослого к ребенку, что и доказал опыт проведенного исследования.

По началу, у старших детей после сеанса проявлялись корыстные мотивы, но к концу исследования дети прощались с взрослым уже как с другом. Практически все дети помнили о работавшем с ними взрослом и даже через несколько лет могли назвать его по имени.

В ходе работы выяснилось, что цель, поставленная в общении самим взрослым и реализованная им, приносит более весомые результаты, однако, если она превышает силы самого ребенка, то он оказывается зависимым от партнера и сильно к нему привязывается; были реабилитированы все дети, с которыми специально занимались; у всех удалось сформировать индивидуальную модель общения с взрослым, что изменило как отношение ребенка к взрослым, так и отношение персонала к данному ребенку.

Удалось, таким образом, расширить социальный опыт депривированного ребенка, насытив его успешным общением с доброжелательным, занимающимся только им, взрослым. С повышением социальной компетенции росла также познавательная и учебная мотивация детей. Уровень развития детей раннего возраста практически перестал отличаться от уровня развития детей из семьи. После реабилитации 11 из 12 младенцев, с которыми работали участники исследования, в течение недели усыновили.

По окончании работы исследователи сделали выводы, что социальная реабилитация депривированных детей, их способность устанавливать социальные контакты и жить в обществе возможны при определенных условиях, а именно: формировании индивидуальной модели общения ребенка с взрослым; строго индивидуальном общении с депривированным ребенком; возможности ребенка выбрать партнера по общению; одновременной работе со всей группой депривированных детей.

Исследователи заключили, что социальная реабилитация детей может быть успешной в дошкольном возрасте, но становится проблематичной в старшем возрасте. При усыновлении отказ от практики выбора ребенка приемными родителями увеличит шансы на формирование успешной модели общения. Если инициатива выбора принадлежит ребенку, характер общения устанавливается равноправный, а процесс адаптации к партнеру намного ускоряется.

В соответствии с результатами приведенного исследования можно утверждать, что реабилитация депривированных детей возможна, но только при наличии определенных условий.

Исследователи видят дальнейшие перспективы, связанные с созданием постоянной институции, которая бы занималась изучением хода психического развития детей в закрытых воспитательных учреждениях, следила за устранением условий возникновения отклонений в развитии и заботилась о реабилитации депривированных детей.

**Заключение**

Термин «материнская депривация» в структуре гуманитарного знания имеет ряд разночтений, что делает нелегким поиск четкого определения. Психологи и педагоги по-разному описывали это явление. В моей работе материнская депривация была определена как явление, при котором ребенок испытывает недостаток постоянного, тесного отношения с матерью либо другим значимым для него взрослым.

Представителями различных психологических школ были сформулированы концепции, в которых определялись негативные последствия нарушений отношений с матерью или замещающим ее лицом для психического развития ребенка. Проанализировав данные концепции, был сделан вывод: присутствие любящей, заботливой матери является главным благоприятным условием нормального психического развития ребенка, формирования здоровой идентичности и т.п. Глубокие нарушения отношений между матерью и ребенком служат важным фактором формирования пограничного расстройства личности.

Уделив особое внимание детям, находящимся в условиях полной материнской депривации, проанализировав мнения психологов, педагогов, изучавших особенности развития таких детей, был сделан вывод, что по своему психическому развитию дети, воспитывающиеся в детских учреждениях, отличаются от ровесников, растущих в семье. Развитие и здоровье первых имеют ряд качественных негативных особенностей, которые отличаются на всех ступенях детства.

Экспериментально подтверждено, что нарушения психики во многом зависят от времени нахождения ребенка в условиях депривации. Одни исследователи утверждали, что последствия ранней материнской депривации в дальнейшем не компенсируются. Отечественные психологи видели связь нахождения детей в специальных закрытых учреждениях с их последующим криминальным поведением. Другие ученые придерживались мнения, что дети, лишившиеся материнской заботы в младенчестве, могут стать нормальными взрослыми. Но, несмотря на разногласия среди психологов по поводу возможности компенсации последствий материнской депривации, их мнения сходились в одном: материнская депривация оказывает невероятно сильное воздействие на психическое развитие ребенка и ведет за собой формирование и проявление различного рода патологий. Наряду с психическими расстройствами у детей-воспитанников детских домов отмечена повышенная склонность к возникновению страхов. Психические расстройства детей, отправленных в специальные закрытые учреждения в школьном и подростковом возрасте, проявляются не так интенсивно, поэтому самым чувствительным и уязвимым признан ранний возраст, особенно младенчество.

В связи с этим существует необходимость как можно раньше определить ребенка из детского учреждения в семью. Был проведен сравнительный анализ отечественного и зарубежного опыта в решении проблемы развития детей в условиях материнской депривации. Анализ показал, что при наличии определенных недостатков все же более эффективным признан метод помещения ребенка в профессиональную замещающую семью, а не в сиротское учреждение. К сожалению, усыновление как самая оптимальная модель становится малодоступной, в связи с негативными социально-психологическими явлениями и нестабильностью уровня жизни в нашей стране.

Психические нарушения, вызванные материнской депривацией, приводят к тому, что к большинству жизненных ситуаций воспитанники закрытых детских учреждений оказываются не подготовленными. Последствия этих нарушений сказываются и во взрослой жизни, к которой бывшим воспитанникам подобных учреждений трудно адаптироваться. Представленное в работе исследование было проведено с целью изучения возможности социальной реабилитации депривированных детей. Ведь вопрос об обратимости психических нарушений, вызванных депривацией, является главным в решении вышестоящей проблемы.

**Список литературы**

1. Александрова Л.Ю. Особенности присвоения вербально-просодического опыта детьми раннего возраста в условиях материнской депривации // Вестник Новгородского государственного университета. – 2008. - № 48. – С. 4.
2. Кожина А.М., Фролова Т.В. Педиатрия : состояние психического здоровья детей, проживающих в условиях материнской депривации // Медицина сегодня и завтра. - 2009. - № 2. – С. 93.
3. Куровский В.Н., Пяткина Г.Н. Материнская депривация и ее структурные компоненты // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2010. - № 10.- С. 141-144.
4. Матейчик З., Лангмейер Й. Психическая депривация в детском возрасте. – Прага, 2006. – 340 с.
5. Микиртумов Б.Е., Кощавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. – СПб. : Питер, 2001. – 256 с.
6. Ослон В.Н., Холмогорова А.В. Пути решения проблемы сиротства в России. – М. : ООО «Вопросы психологии», 2002. – 208 с.
7. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Особенности психического развития младших дошкольников, воспитывающихся вне семьи // Вопросы психологии. – 2002. - № 2. – С. 80-86.
8. Роменкова В. Социальная реабилитация депривированных детей: конф. «Детство в современном мире: первые 7 лет и вся жизнь» Рига, 2010. URL : http://www.ukrdeti.com/firstforum/p49.html (дата обращения : 11.05.11).
9. Сапогов В.М. Теоретико-правовые аспекты деятельности воспитательных учреждений по формированию правового сознания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей : монография. - Псков, 2008. - 252 с.
10. Содержание и организация психолого-педагогического сопровождения индивидуального развития воспитанников детских домов и школ-интернатов. URL : http://cito-web.yspu.org/link1/metod/met35/met35.html (дата обращения : 11.05.11).
11. Создание и разрушение эмоциональных связей. Боулби Дж. / пер. с англ. Старовойтова В.В. – 2 изд. – М. : Академический проект, 2004. – 232 с.
12. Солоед К.В. Раннее разлучение с матерью и его последствия // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2009. URL : http://psyjournal.ru (дата обращения : 12.0511).
13. Социальная работа и сестринское дело в системе здравоохранения и социальной защиты населения : проблемы профессиональной деятельности и перспективы подготовки кадров : Материалы Межрегиональной научно-практической конференции 22-23 апреля 2008 г. /Уральская государственная медицинская академия / под ред. Кузьмина К.В. Екатеринбург, 2008. – 459 с.
14. Толстова Е.А. Теоретический анализ особенностей развития личности ребенка, лишенного родительского попечительства. URL : http://www.pglu.ru (дата обращения : 10.05.11).