

## К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОЛОГИИ СИНДРОМА СИРОТСТВА

Л.Ф. Кремнева, М.О. Проселкова, Г.В. Козловская, М.В. Иванов

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

Последние десятилетия в психиатрии и психологии активно изучаются психосоциальные последствия перенесенных в детстве жестокого обращения (психологического, физического, сексуального насилия) и психической депривации. Достоверной является их связь с делинквентностью, антисоциальностью, злоупотреблением психоактивными веществами и возникновением других психических отклонений в старших возрастах [10, 18, 19, 23, 26, 27]. Это же подтверждают современные генетические исследования: неблагоприятная среда в раннем возрасте может приводить к изменениям в функционировании генов (так называемым эпигенетическим процессам), влияющим на психологическую адаптацию, в частности способствующим формированию антиобщественного поведения [8].

Самым уязвимым периодом в возможности возникновения искажений психического развития является период детства, особенно раннего, включающий младенчество. Этот период развития определяет начальный этап становления личности в рамках конкретных социальных условий [1, 4, 6, 11, 13, 14, 20, 24].

Уже не оспаривается факт, что на первом году все элементы человеческой жизни опосредуются через мать. Специфической особенностью младенческого возраста является полная, биологически и социально оправданная, зависимость младенца от матери. Мать с момента рождения ребенка начинает осуществлять его подготовку к социальным условиям жизни [3, 5, 7, 15–17, 19, 22, 23, 26].

Первый год жизни считается периодом формирования ядерных структур личности человека, происходит выбор между «базисным доверием/недоверием к миру». Отсутствие базисного доверия к миру рассматривается многими исследователями как самое первое, самое тяжелое и самое трудно компенсируемое следствие материнской депривации. Оно порождает страх, агрессивность, недоверие к другим людям и к самому себе, нежелание познавать новое. Первое и второе полугодие младенчества рассматриваются как сензитивные в развитии эмоциональной сферы ребенка [3, 7, 9, 22]. На протяжении первого года жизни, на основе заботы и поддержки, оказываемых

матерью, формируется привязанность<sup>1</sup> ребенка к ней [13, 19, 22].

В течение второго года жизни поведение привязанности стабилизируется, приобретая к третьему году характер устойчивой личностной структуры [2, 6, 22]. Различные отклонения в состоянии и поведении матери ведут к нарушению формирования надежной привязанности у ребенка и нарушениям его психофизического здоровья. Патологические, с точки зрения клинической психиатрии, виды привязанности могут привести к искажениям в социально-личностном развитии ребенка и затруднят его адаптацию к среде в будущем, повлияют на успешность межличностных отношений, установление эмоциональных связей в собственной семье [2, 6, 13]. Исследования привязанности установили ее роль в устойчивости к стрессам, влияние на развитие родительских и супружеских отношений, формирование стиля мотивации достижений [2, 8, 17, 20].

Особенно очевидно отношения привязанности страдают в условиях психической депривации<sup>2</sup>. Эмоциональная составляющая является сердцевинной материнской депривации, проявления которой обнаруживаются очень рано: уже с двухмесячного возраста могут быть тяжелые соматические расстройства, между тремя и четырьмя месяцами у младенцев не развивается социальная улыбка, не формируется чувство базисного доверия к миру, а также безопасная

<sup>1</sup>*Привязанность* (англ. attachment) – это тесное взаимодействие между двумя людьми, характеризующееся взаимными положительными эмоциями и стремлением к сохранению близости [5, 6].

<sup>2</sup>*Депривация* (лат. deprivatio – потеря, лишение): невозможность удовлетворения основных жизненных потребностей в достаточной мере и в течение продолжительного времени. Психическая депривация характеризуется недостаточностью воздействия (стимуляции) внешней среды на психические функции человека. Психическую депривацию можно разделить на эмоциональную, социальную, когнитивную и сенсорную. Эмоциональная депривация свидетельствует о недостаточности заботы, ласки, понимания и т.д. Сенсорная (она тесно связана с другими видами депривации) – недостаточность внешних стимулов. (зрительных, слуховых, тактильных, двигательных), источником которых во многом на первом году жизни является мать [4, 11, 13, 15, 18].

привязанность [19]. Начиная с дошкольного возраста у детей, растущих без родителей, отмечается недоразвитость временной перспективы, они значительно реже говорят о своем будущем, живут только сегодняшним днем, настоящим [15, 19]. Авторы отчасти объясняют это отсутствием четких представлений о своем прошлом, но в основном связывают с глобальными особенностями процесса становления личности в детском учреждении закрытого типа. Эта особенность мотивационной сферы, проявляющаяся в связанности, ограниченности мотивации воспитанников ситуацией их актуальной жизнедеятельности, сохраняется на протяжении всего школьного детства [15, 19]. У подростков, проживающих в условиях воспитательных учреждений, имеются явные проблемы в эмоциональной сфере [25], так как ситуация общения у этих подростков вызывает страх быть отвергнутыми, в результате чего потребность в общении снижается и, как следствие, снижается качество получаемой ими социальной поддержки, они оказываются в изоляции [21]. Выраженные нарушения в межличностных отношениях могут быть и как следствие отсутствия эмпатии и интереса к другим людям («безличностно-неэмоциональный тип»). В особенностях самосознания детей-сирот значительно менее ярко выражена характеристика подросткового возраста – обостренность, аффективная значимость чувства Я [19].

Формируется особый тип психического развития, связанный со спецификой развития ребенка вне семьи и он характеризуется узостью и бедностью содержания мотивов, привязанностью к ситуации, ориентацией на внешний контроль, неприятием себя, ориентацией в самооценке на мнение других, «чувстве Мы», деструктивной агрессии в решении конфликтов [19]. В целом он созвучен с дефицитарным патологическим формированием личности, описанным ранее В.В.Ковалевым [10].

По статистическим данным, начиная с 90-х годов прошлого века, отмечался неуклонный рост числа детей, оставшихся без попечения родителей: в 1992 году в России насчитывалось 426 тысяч таких детей, к началу 1997 года их количество составило 572,4 тысяч, в 1998 году – 620 тысяч, в 2000 году – 639,9 тысяч. При этом 90% этих детей – социальные сироты, родители которых по тем или иным причинам лишены родительских прав [2]. Число детей, оставшихся без попечения родителей, вместе с детьми-сиротами, в 2007 году составило 662,6 тысяч человек, а в 2013 – 670 тысяч [12]. В этом явлении по последним данным наметилась некоторая положительная динамика – отмечает Уполномоченный при Президенте РФ по правам ребенка П.А.Астахов. Так, в 2014 году новорожденных отказных детей было чуть меньше четырех тысяч, а в начале 2000-х годов было до 30 тысяч ежегодно. Число лишений родительских прав снизилось с 80 до 36 тысяч в год. Общее число сирот в стране уменьшилось с 682 317 до 493 071 [18]. Тем не менее, проблема психической

депривации остается очень острой, актуальной и недостаточно разработанной.

### **Материал и методы исследования**

Всего наблюдалось 300 детей-сирот. Из них 95% относились к так называемым социальным сиротам (сиротам при живых родителях) и только 5% детей – к истинным сиротам.

Сирот с рождения – 190 человек, но обследовались они нами с года; сирот со старшего дошкольного возраста – 110 человек. Дети прослежены до подросткового возраста (13–14 лет). Таких детей – 260 (40 выбыли, в связи с усыновлением, взятием под опеку или возвращением в биологическую семью). Исследование проводилось в доме ребенка, дошкольном детском доме, школе-интернате для детей, лишенных родительского попечительства.

Для сравнения выявленных психопатологических феноменов у детей из условий сиротства, со сходными, известными в детском возрасте психическими нарушениями – были взяты под наблюдение дети с умственной отсталостью (УМО) – 50 человек, с ранним детским аутизмом (РДА) – 50 человек и 50 здоровых детей. Группы сравнения (дети с УМО и РДА) обследованы в детском психиатрическом стационаре и на поликлинических приемах. Контрольная группа здоровых детей взята из эпидемиологического обследования типовой городской популяции детей одного из районов г.Москвы.

Методами изучения психического развития детей из условий сиротства были: клинико-динамический (педиатрический, неврологический, психиатрический), параклинический (психологический, дефектологический, педагогический) и статистический (описательная статистика).

На основании анализа собственного клинического (психопатологического) обследования, анамнестических сведений, имеющихся в педиатрических медицинских картах воспитанников, устанавливалась картина их личностного и психофизического развития. При этом учитывались показатели развития соматической, инстинктивной, эмоциональной сфер, развития статических функций, речи, рассматривалось становление социальных навыков, изучались особенности поведения в разных ситуациях, взаимоотношения с персоналом, другими детьми. Изменения, которые выявлялись в младенческом возрасте, в дальнейшем изучались в процессе динамического наблюдения каждого ребенка; кроме того, обязательно принимались во внимание данные отчетов городской медико-педагогической комиссии. Все собранные сведения позволили оценить состояние детей-сирот в статическом и динамическом аспектах.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В результате анализа психического развития и психических нарушений у детей-сирот раннего возраста выделены определенные отклонения, возникающие

в условиях материнской депривации. Это депрессия с типичной триадой дисфункций, характерные двигательные стереотипии и парааутизм на фоне задержанного или искаженного темпа формирования всех психических функций, особенно эмоциональных.

Для гармоничного формирования и развития психики ребенка, особенно в раннем возрасте, необходима доброжелательная среда, а также определенное лицо, стремящееся сформировать надежную привязанность у ребенка. Окружающая среда должна быть насыщена разнообразной, соответствующей возрасту и потребностям младенца стимуляцией: кинестетической, тактильной, визуальной, акустической (качание, держание на руках, пение, возможность видеть лицо близкого человека и др.). Дефицит стимуляций оказывает отрицательное влияние на процессы психического развития.

Клинический анализ нарушений развития детей из сиротских учреждений выявил их определенное клиническое сходство с другими психопатологическими симптомокомплексами, наблюдаемыми у детей того же возраста. Это синдромы раннего детского аутизма, недифференцированной умственной отсталости, шизотипического диатеза, раннего адаптационного синдрома у слепых детей и др. Ниже представлена сравнительная характеристика нарушений психического онтогенеза у детей-сирот с раннего возраста в сопоставлении с детьми групп сравнения (табл. 1).

Наличие сходства не исключают отличия этих состояний от выделенных отклонений развития у сирот. К примеру, можно привести дифференциально-диагностические критерии раннего детского аутизма и умственной отсталости в степени дебильности. По уровню интеллекта, мыслительным особенностям, работоспособности, запасу знаний дети, воспитыва-

ющиеся в условиях хронической депривации, напоминали детей с умственной отсталостью. Однако, после обучения, тренинга с поощрениями, усиленного внимания, дети выполняли все задания по возрасту. Обращали на себя внимание особенности речи детей из депривационных условий сиротства, характеризуемые логопедами, как речь с низким уровнем фонетического и лексического развития, ограниченным словарным запасом, частичным или полным отсутствием обобщающих слов и понятий. Но недоразвитие речи не являлось, как в случаях врожденного интеллектуального недоразвития (F70, по МКБ-10), следствием интеллектуальной неполноценности. Это был результат дефицита контактов с окружающим внешним миром и, особенно, ограничения вербальных адресных контактов. После реабилитационных занятий с логопедами и дефектологами интеллектуальное и, особенно, речевое развитие, значительно продвигалось вперед. Однако это не касалось коммуникативной функции речи.

Сходство с синдромом раннего детского аутизма выражалось в наличии коммуникативных нарушений, которые у детей из депривационных условий сиротства проявлялись феноменом, названным нами «депривационным парааутизмом». Дети с депривационным парааутизмом не проявляли инициативы в общении и не стремились к общению. Предоставленные самим себе, дети раннего возраста занимались примитивной игрой, не соответствующей возрасту или безучастно лежали в манеже, не обращая внимания на окружающих. Часть из них обнаруживала стереотипное двигательное возбуждение малого размаха в виде однообразного подпрыгивания на месте, однотипных поворотов головы, раскачивания в прыгунках, манипуляции пальчиками

Таблица 1

**Сравнительная характеристика нарушений психического онтогенеза у детей-сирот с раннего возраста в сопоставлении с группами сравнения**

Характер нарушений	Дети-сироты с раннего возраста (190 чел.)	Дети с УМО (50 чел.)	Дети с РДА (50 чел.)
Депривационная депрессия	Депрессия с типичной триадой дисфункций	нет	нет
Эмоциональная дефицитарность	Безучастность, отгороженность от внешнего мира, вплоть до явлений протодиакриза	Отсутствие эмоциональной выразительности, неспособность улавливать оттенки эмоций	Отгороженность от внешнего мира, гиперчувствительность, наличие синдрома Павлова
Нарушения в коммуникативной сфере	Депривационный парааутизм	Нарушение психологических границ окружающих, неучет ситуации	Истинный аутизм, феномен тождества, пристрастие к определенному стереотипу жизни
Двигательная сфера	Неподвижность, стремление к сохранению позы или двигательные стереотипии	Может быть недоразвитие мелкой и крупной моторики	Моторная неловкость, мышечная гипотония или дистония
Познавательная сфера	Задержка психического развития, поддающаяся коррекции при усиленной стимуляции	Недостаточность познавательных интересов; обучение, усиленное внимание не выводит на уровень нормы	Могут быть избирательные интересы; ориентация на внутренние побуждения
Речь	Задержка развития речи, вплоть до депривационного мутизма	Ограниченный запас слов, низкий уровень фонетического и лексического развития	Задержка развития речи, «свой язык», эхολалии, речевые стереотипии, неологизмы
Физическое развитие	Задержка физического развития	Разные варианты	Задержка физического развития; может быть норма

рук. Дети не реагировали на обращение, обнаруживая безучастность и равнодушие. Оставались равнодушными к игрушкам, не реагировали на громкие звуки. Появление незнакомых людей, даже берущих их на руки, не вызывало у них реакций любопытства или страха. Нередко у детей обнаруживались проявления феномена протодиакриза – предпочтение неживых объектов людям и отсутствие способности различать живое и неживое. Отмечалась недостаточность познавательных интересов, суженный объем знаний, отсутствие элементарной бытовой осведомленности.

Депривационный парааутизм по клинической картине обнаруживал также сходство с так называемым «психогенным аутизмом», который был выделен у детей 3–4 летнего возраста, находящихся в условиях семьи, при недостаточности или отсутствии внимания со стороны матери [14]. Психогенный аутизм характеризуется нарушением контактирования, эмоциональной индифферентностью, задержкой формирования моторики и речи. Эти клинические проявления напоминают депривационный парааутизм. Отличием является то, что достаточно матери изменить отношение к ребенку, уделять больше ему времени, заниматься с ним, как названные проявления постепенно полностью сглаживаются.

Характерными для наблюдаемых детей с депривационным парааутизмом являются малая выразительность мимики, обедненность мимических реакций, жестов и, особенно, эмоций. В процессе общения у детей отмечались отдельные эхоталии и стремление к сохранению позы. Отсутствие речевой готовности, речевого реагирования, молчаливость и полная безмолвность были определены нами как «депривационный мутизм». При длительном наблюдении за детьми отмечена их малая активность, бездеятельность, отгороженность, как бы углубленность в

себя. Все названное напоминало проявления эндогенного аутизма (РДА). Однако активное внедрение во внутренний мир такого внешне аутичного ребенка сразу же выявляло ряд отличий данного состояния от эндогенного аутизма. Так, у детей из депривационных условий сиротства, сохранены и, можно сказать, обострены реакции на тактильное раздражение. Применение ряда одновременных или повторяющихся стимулирующих воздействий (тактильных, звуковых: голосовых, музыкальных) привлекало внимание ребенка, вначале в виде контакта «глаза в глаза», впоследствии – слежения глазами, часто в сопровождении вокализаций. Этот феномен сразу отличал состояние «депривационного парааутизма» от эндогенного аутизма. Позже, после продолжительных стимулирующих воздействий, вызывающих удовольствие у депривационных детей, их удавалось вовлечь в игру, получить ответные адекватные реакции с готовностью к подражанию и способностью обучаться в игровых ситуациях, а также отсутствием гиперчувствительности и симптома Павлова, столь характерных для детей с истинным аутизмом. Не отмечалось также симптома тождества или пристрастия к определенному стереотипу жизни, вещам, привычкам, отсутствовали фобии. В тех и в других случаях оказывалась нарушенной система «мать-дитя», часто еще с пренатального периода или с первых дней жизни. Степень выраженности депривационных нарушений зависела от времени наступления сиротства.

Ниже приведено процентное соотношение различных клинических проявлений депривационного синдрома сиротства в зависимости от возраста начала сиротства (табл. 2).

В основе обнаруживаемого сходства клинической картины депривационного парааутизма и эндогенного аутизма лежат общие патогенетические меха-

Таблица 2

**Соотношение клинических проявлений депривационного синдрома сиротства в зависимости от возраста начала сиротства**

Области клинических проявлений	Сиротство с рождения	Сиротство со старшего дошкольного возраста
Эмоциональная сфера	Депривационный парааутизм – 100%	Проявления посттравматического стрессового расстройства – около 80%
Коммуникационная сфера	Отсутствие стремления к общению – 100%	Выраженность нарушений варьирует, в зависимости от тяжести депрессии – около 80%.
Привязанность	Отсутствие безопасной привязанности – 100%. (реактивная или расторможенная формы нарушений привязанности)	Различные виды нарушений привязанности – около 70% (избегающая небезопасная, тревожно-амбивалентная, формирование расторможенной или реактивной форм)
Познавательная сфера	Нарушения в 100% наблюдений (но может быть положительная динамика при очень усиленной стимуляции)	В 70% наблюдений. Степень выраженности зависит от тяжести эмоциональных нарушений.
Двигательная сфера	Малоподвижность или двигательные стереотипии – в 100% наблюдений	Около 50% наблюдений. Выраженность зависит от тяжести эмоциональных нарушений
Речь	Нарушения вплоть до мутизма – в 100% наблюдений	Задержка развития речи – около 70%.
Личностные особенности	Личность дефицитарного типа – в 100%	Разнообразные личностные девиации – в 90%
Физическое развитие	Задержка физического развития, сомато-вегетативные нарушения, соматические заболевания – в 100%	Те же нарушения – в 50% наблюдений

Примечания: степень выраженности клинических проявлений указана в %.

низмы, связанные с воздействием депривационных механизмов (экзогенных или эндогенных). В случаях депривационного парааутизма имеет место экзогенный дефицит эмоциональной, социальной, когнитивной, сенсорной, а также других необходимых форм стимуляции и, следовательно, отсутствие предпосылок для формирования надежной привязанности. В случаях эндогенного аутизма механизм дефицита – эндогенный, вследствие «блокады сенсорных фильтров» [11, 18], присущий расстройствам шизофренического спектра, к которым относится и ранний детский аутизм. В основе депривационного парааутизма лежит вторичное нарушение коммуникаций, вследствие недоразвития способности к эмоциональному реагированию или наличие депрессивного состояния в рамках депривационной депрессии.

При умственной отсталости (олигофрении) имеет место тотальное недоразвитие всех психических функций, что и обуславливает недостаток (депривацию) восприятия, поступающей из внешнего мира информации.

Ниже приведена выраженность психических нарушений, составляющих синдром сиротства, у детей-сирот с раннего возраста в сравнении с детьми с

эндогенным аутизмом (РДА), детьми с УМО и детьми из гармоничных семей (табл. 3).

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

### Заключение

Проведенное клинико-динамическое исследование показало, что фактор сиротства является патогенным и формирующим нарушения психического развития ребенка. Чем в более раннем возрасте начинает действовать этот фактор, тем более тяжелые повреждения наносятся детской психике. У детей-сирот раннего возраста выявились специфические нарушения психического онтогенеза дефицитарного характера. Нарушения психических функций отмечаются в эмоциональной сфере в виде депривационной депрессии и общей эмоциональной дефицитарности. Искажения наблюдаются и в коммуникативной сфере в виде парааутизма, моторной –

Таблица 3

**Выраженность психических нарушений (составляющих синдром сиротства) у детей-сирот с раннего возраста в сопоставлении с группами сравнения**

Клинические проявления		Дети-сироты (190 чел.)		Дети с РДА (50 чел.)		Дети с УМО (50 чел.)		Дети из гармоничных семей (50 чел.)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Физическое развитие	задержка	172	90,53%	40	80%	45	90%	-	-
	нормативное	18	4%	10	20%	5	10%	50	100%
Привязанность	расторженное расстройство привязанности	170	89,43%	-	-	33	66%	-	-
	реактивное расстройство привязанности	20	10,52%	-	-	-	-	-	-
	небезопасная	-	-	-	-	10	20%	10	20%
	тревожно-амбивалентная	-	-	-	-	-	-	5	10%
	безопасная	-	-	-	-	7	14%	35	70%
Эмоциональная сфера	апатия	150	78,94%	18	36%	15	30%	-	-
	депрессия	170	89,47%	4	8%	-	-	-	-
	страхи	-	-	28	56%	20	40%	3	6%
	детская живость	-	-	-	-	10	20%	50	100%
Познавательная сфера	безинициативность	180	94,73%	50	100%	40	80%	-	-
	только при стимуляции	160	84,21%	10	20%	5	10%	-	-
	полное отсутствие	10	5,26%	40	80%	5	10%	-	-
	любопытность	-	-	-	-	-	-	50	100%
Общение	парааутизм	190	100%	-	-	-	-	-	-
	аутизм	-	-	50	100%	-	-	-	-
	норма	-	-	-	-	50	100%	50	100%
Двигательная сфера	стереотипии	180	94,73%	50	100%	10	20%	-	-
	гиперкинезы	10	5,26%	30	60%	30	60%	-	-
	норма	-	-	-	-	10	20%	50	100%
Нарушения речи	задержка формирования речи	190	100%	50	100%	50	100%	4	8%
	искажение формирования речи	190	100%	35	70%	-	-	-	-
	нарушения звукопроизношения	190	100%	45	90%	42	84%	-	-
	мутизм (депривационный)	70	36,84%	10	20%	-	-	-	-
	норма	-	-	-	-	-	-	46	92%

в виде двигательных стереотипий, в познавательной сфере – в виде псевдозадержек и истинных задержек психического развития, особенно речи. Помимо всего, отмечаются также задержки физического развития.

Типичный характер нарушений психического развития детей-сирот раннего возраста позволил выделить единый симптомокомплекс, возникающий в условиях родительской депривации, с характерным типом нарушений, являющихся специфическими для депривации.

Выявленный симптомокомплекс определен как «синдром сиротства». Он начинает формироваться с младенчества и к возрастному кризису 3 лет становится клинически выраженным. Главной причиной синдрома сиротства является несформированность (отсутствие) материнско-детских отношений. В заключение следует подчеркнуть, что психическая депривация вызывает искажение психического развития ребенка с нарушением его социализации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева Н.Н., Мещерякова С.Ю. Вы и младенец: У истоков общения. М.: Педагогика, 1991. 160 с.
2. Авдеева Н.Н., Хаймовская Н.А. Развитие образа себя и привязанностей у детей от рождения до трех лет в семье и доме ребенка. М.: Смысл, 2003. 152 с.
3. Аксарина Н.М. Воспитание детей раннего возраста. М.: Медицина, 1977. 303 с.
4. Башина В.М., Проселкова М.Е. Дети-сироты (к особенностям раннего дизонтогенеза) // Сироты России: проблемы, надежды, будущее. М., 1994. С. 49–50.
5. Боулби Дж. Привязанность: Пер. с англ. / Общ. ред. и вступ. статья Г.В. Бурменской. М.: Гардарики, 2003. 477 с.
6. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей: Руководство практического психолога / Пер. с англ. В.В. Старовойтова. М.: Академический Проект, 2004. 271 с.
7. Выготский Л.С. Детская психология Собрание сочинений в шести томах. Том четвертый / Под ред. Д.Б. Эльконина. М.: Педагогика, 1984. 433 с.
8. Генри Дж., Воронина И.Д., Ковас Ю., Буаван М. Неблагоприятная среда в раннем возрасте и последующее развитие: роль эпигенетики // Вопросы психологии. 2016. № 1. С. 154–162.
9. Кистьяковская М.Ю. О стимулах, вызывающих положительные эмоции у ребенка первых месяцев жизни // Вопросы психопатологии. 1965. №2. С. 129–140.
10. Ковалев В.В. Проблема факторов риска в возникновении нарушений психического здоровья в детском возрасте // Психогигиена детей и подростков. М., 1985. С. 56–66.
11. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы реабилитации): Дис. ... докт мед. наук. М., 1995. 245 с.
12. Корнетов Н.А. Проблемы сиротства в России / V Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: Актуальные проблемы социально-психологического здоровья». М., 2013. С. 5.
13. Кошавцев А.Г. Постродовые депрессии и материнско-детская привязанность. СПб.: СОТИС. 2005. 224 с.
14. Кремнева Л.Ф., Римашевская Р.В., Козловская Г.В. Материнская депривация и нарушения психического развития детей раннего возраста. IV Всероссийский конгресс по пренатальной и перинатальной психологии, психотерапии и перинатологии с международным участием. М., 2003. С. 167–169.
15. Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага, ЧССР: Авиценум. Медицинское издательство, 1984. 334 с.
16. Лисина М.И. Влияние отношений с близкими взрослыми на развитие ребенка раннего возраста // Вопросы психологии. 1961. № 3. С. 117–124.
17. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. СПб.: Изд-во С-Петерб. ун-та, 2011. 288 с.
18. Основные статистические данные по вопросам защиты прав и интересов детей (2009-2014 гг.). М.: Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка, 2015. Доступно по: <http://www.rfdeti.ru/files/StatData-2014.pdf> Ссылка активна на 19.06.2016.
19. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства. СПб.: Питер, 2005. 400 с.
20. Проселкова М.Е. Особенности психического здоровья детей-сирот: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1996.
21. Смирнова Н.С., Холмогорова А.Б. Аффликативная мотивация и социальная поддержка у подростков группы риска по социальному сиротству. III Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». Казань, 2006. С. 124–125.
22. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. 240 с.
23. Фрейд А. Разлука с матерью. Лишенные родительского попечительства: Хрестоматия: Учебное пособие. / Под ред. В.С. Мухина. М.: Просвещение, 1991. С. 142–143.
24. Фурманов И.А., Фурманова Н.В. Психология депривированного ребенка: пособие для психологов и педагогов. М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2010. 319 с.
25. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра М.: ИД «МЕДПРАКТИКА – М», 2011. 480 с.
26. Шниц Р.А., Коблинер Г.В. Первый год жизни / Под ред. А.М. Боковикова. М.: ГЕРПУС, 2000. 384 с.
27. Alanen J.O. The mothers of schizophrenic patients // Acta Psychiat. Scand. 1958. Vol. 33. P. 124–361.

## К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОЛОГИИ СИНДРОМА СИРОТСТВА

Л.Ф. Кремнева, М.О. Проселкова, Г.В. Козловская, М.В. Иванов

В статье представлены результаты клинического изучения психического дизонтогенеза у детей-сирот с первого года жизни до пубертатного возраста. Показано, что фактор сиротства является патогенным, формирующим нарушения психического развития у ребенка. Описаны нарушения психического развития у детей-сирот раннего возраста –

«синдром сиротства». Выделены специфические психические нарушения в виде депривационной депрессии и парааутизма, двигательных стереотипий, задержек психического развития.

**Ключевые слова:** дети-сироты, синдром сиротства, привязанность, депривация.

## ON ETIOLOGY OF THE ORPHANAGE SYNDROME

L.F. Kremneva, M.O. Proselkova, G.V. Kozlovskaya, M.V. Ivanov

The article presents the results of a clinical study of psychic dysontogenesis in orphans: from their first year of life to puberty. The authors show that the orphanage factor is pathogenic; it causes and shapes disorders of mental development in children. The authors describe disordered mental developments in young children, the so called 'orphanage syndrome'

and pay special attention to specific mental disorders like deprivation depression and para-autism, stereotyped movements and mental retardation.

**Key words:** young orphans, the orphanage syndrome, attachment, deprivation

**Кремнева Лидия Федоровна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник группы раннего детского возраста отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; e-mail: kremneva-lidiya@mail.ru

**Проселкова Марина Овсеевна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник.

**Козловская Галина Вячеславовна** – профессор, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник группы раннего детского возраста отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; e-mail: kozgalina17@mail.ru

**Иванов Михаил Владимирович** – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы раннего детского возраста отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; e-mail: ivanov-michael@mail.ru