

## «Проблемы адаптации детей в доме ребенка»

**I. Термин «адаптация»** означает «приспособление». Это универсальное средство всего живого, оно наблюдается и в растительном, и в животном мире. Чем выше ступень эволюционной лестницы организма, тем выше адаптационные возможности. (Растения приспособляются к определенной почве, животные к среде обитания: рыбы – плавают, птицы – летают).

### **II. Как формируется способность к адаптации у ребенка?**

#### *1. Биологическая адаптация.*

Рождение ребенка является биологической адаптацией. Переход из условий внутриутробного к условиям внеутробного существования требует коренной перестройки в деятельности всех основных систем организма – кровообращения, дыхания, пищеварения. К моменту рождения все эти системы должны быть готовы осуществить функциональную перестройку, т. е. должен существовать врожденный уровень готовности адаптационных механизмов.

#### *2. Социальная адаптация.*

Возможности социальной адаптации развиваются только после рождения и неотъемлемы от развития системы ВНД и сложных психических функций человека.

Рождаясь, ребенок попадает в среду. В результате воздействия взрослых и собственной активной деятельности у ребенка вырабатываются поведенческие реакции, наиболее адекватные для этой среды.

#### Пример:

С 6 – 9 мес. - формируется **реакция динамического стереотипа** на способы подхода к ребенку, т. е. привыкает к тому, как его кормят, укладывают, как организованно его бодрствование и т. п.;

В 9 – 10 мес. (при семейных условиях воспитания) формируется привязанность к взрослым. У ребенка расширяются возможности сознательно воспринимать окружающий мир и проявлять активную деятельность, но приходит это только с помощью взрослого, постоянно находящегося с ним.

1 г. 4 мес – 1 г. 6 мес. - доминирует стереотип на определенное лицо.

В условиях дома ребенка этот тип поведения протекает иначе: стойкой привязанности к определенному лицу не возникает, ибо детям приходится общаться с разными взрослыми, которые часто сменяют друг друга.

Психологи обращают внимание, на то, что отсутствие стереотипа на определённое лицо затрудняет формирование прочных эмоционально – личностных связей в более поздние возрастные периоды.

При социальной адаптации причинами напряжения могут быть либо резкое усиление психической деятельности, либо необходимость менять привычные формы поведения. Наибольшее значение для успешности социальной адаптации имеют такие свойства, как выносливость клеток ЦНС и сила и подвижность нервных процессов. Если возможности системы адаптационных механизмов не превышаются, то такое напряжение, перестройка приводят к новому уровню физиологической **адаптации**, т. е. к реакциям, адекватно отвечающим потребностям данной ситуации.

Но если адаптационные возможности организма превышаются, то функциональные системы начинают работать в неблагоприятных режимах — это **форма патологической адаптации**, приводящая к реакции стресса.

### **III. Характеристика детей раннего возраста в доме ребенка.**

Для детей раннего и дошкольного возраста характерна незрелость многих компонентов функциональной системы, что ведет к более легкому возникновению состояний напряжения в системе адаптационных механизмов; дети из домов ребенка особенно легко впадают в состояние психического стресса.

В домах ребенка дети имеют меньшие возможности для тренировки адаптационных механизмов, следовательно, и более низкий уровень социальной адаптивности.

Дети постоянно пребывают в стереотипных условиях группы, ограничены контакты с внешним миром приводит к жестко закрепленным стереотипам поведения в статичных условиях. Поэтому всякое изменение условий жизни является сильным стрессовым фактором. К тому же у детей домов ребенка имеются отягощенный биологический и социальный анамнез, отклонения в развитии и состоянии здоровья, что снижает выносливость нервной системы. Это сказывается на возможностях к социальной адаптации.

Факторы, определяющие здоровье ребенка бывают неуправляемые либо трудно управляемые.

#### **Например:**

Нежелательная беременность приводит к стрессу организма матери, ----- происходит дисбаланс в гормонов в организме женщины, ----- на фоне этого дисбаланса истощается организм ребенка, и внутриутробное развитие ребенка происходит на фоне гормонов ( т. о. страдают надпочечники ребенка, а надпочечники отвечают за адаптацию) ----- происходит Импрессинг ,т. е. запечатление ребенком еще в утробе матери негатива от стресса ----- т. о, идет внутриутробное закладывание предпосылок к нарушению адаптации ребенка -----У ребенка с первых месяцев надпочечники истощены и по другому реагируют ---- это ведет к СВМС ( синдрому внезапной младенческой смерти).

### **IV. Этапы адаптации**

Комплексное изучение всех проявлений адаптации позволило определить основные этапы привыкания к новым условиям, а также факторы определяющие степень тяжести адаптации.

Весь период привыкания можно разбить на 3 этапа: острый период, подострый период, период компенсации.

*1. Острый период,* или период дезадаптации, на данном этапе прослеживается ярко выраженное рассогласование между привычными поведенческими стереотипами и требованиями новой микро – социальной среды. В это время наиболее выражены сдвиги в поведенческих параметрах - взаимоотношения с взрослыми, детьми, речевой активности, игре и т.д. Существует ряд признаков, характеризующих нарушения в соматическом

состоянии ( уменьшение массы тела, снижение сопротивляемости к инфекциям и др).

2. Подострый период, или собственно адаптация, когда ребенок активно осваивает новую среду, вырабатывая соответствующие формы поведения. Уменьшаются отклонения в различных системах, но происходит это не синхронно. Быстрее всего нормализуется аппетит ( до 15 дней), более продолжительны нарушения сна и эмоционального состояния. Медленнее всего приходят в норму Игра и речевая активность (до 60 дней).

3. Период компенсации, или адаптированность к данным социальным условиям, когда жизнедеятельность организма нормализуется.

## **V. Классификация степеней адаптации; признаки адаптационного синдрома.**

Характер и особенности течения первых двух периодов позволяют классифицировать адаптацию по степени тяжести: легкая адаптация, адаптация средней тяжести, тяжелая адаптация.

1. Легкая адаптация. Продолжительность нарушений в поведении ребенка достигает 20 дней. Отмечается незначительное снижение аппетита. Восстановление сна происходит за 7 – 10 дней. Эмоциональное состояние , ориентировочная и речевая активность и взаимоотношения с детьми нормализуются в течении 15 – 20 дней , иногда скорее. Взаимоотношения со взрослыми не нарушены , двигательная активность не снижена. Ребенок не болеет в период адаптации. Легкая адаптация наблюдается у детей моложе 8 – 9 мес. или старше 1,5 полутора лет, с благополучным анамнезом, с хорошим исходным состоянием здоровья. У детей 3 г. ж. при поступлении уже имеется сформировавшаяся потребность в общении со сверстниками.

В условиях дома ребенка такая адаптация бывает при правильной организации всей воспитательно - оздоровительной работы в тех случаях, *когда ребенок переводится из группы в группу , когда младенец попадает в дом ребенка из стационара , а также у подкидышей.*

2. Адаптация средней тяжести. Все нарушения в поведении ребенка более ярко выражены и более длительны. Нарушения сна , аппетита нормализуется через 20 – 30 дней; период угнетения ориентировочной активности продолжается в среднем 20 дней; речевая активность не восстанавливается до 20 - 40 дней; эмоциональное состояние неустойчиво в течении месяца; значительная задержка двигательной активности: её восстановление происходит после 30 – 335 дней пребывания в учреждении. Взаимоотношения с взрослыми не нарушены. Все функциональные сдвиги выражены отчетливо, особенно в дни предшествующие заболеванию, которое при адаптации средней тяжести возникает в виде острой респираторной инфекции (однократной и без осложнений). Такое течение адаптации чаще регистрируется у детей от 9 мес. до 1,5 лет; Подобные нарушения могут быть у детей любого возраста, если у них отклонения в состоянии здоровья или если в доме ребенка плохо организована оздоровительно – воспитательная работа. Проявления адаптации средней тяжести могут наблюдаться при переводе ребенка из группы в группу или при поступлении из стационара в дом ребенка и в более старшем возрасте.

3. Тяжелая адаптация. Характеризуется значительной длительностью ( от 2 до 6 и более месяцев) и тяжестью всех проявлений. Тяжелая адаптация протекает в двух формах:

**3.1. При первой форме** ребенок заболевает в первые 10 дней после поступления, а затем продолжает повторно болеть ( от 4 до 12 и более раз ) в течение первого года пребывания в детском учреждении. Некоторые дети практически не бывают здоровыми длительное время. Это не может отразиться на общем состоянии организма ребенка, его реактивности, на показателях физического и нервно – психического развития. На втором году пребывания в детском учреждении ребенок болеет реже и постепенно начинает адекватно реагировать на обстановку.

Тяжелая форма адаптации встречается у семейных детей первых полутора лет жизни, имеющих в анамнезе вредные воздействия биологического характера ( токсикозы беременности у матери, осложнения родов, заболевания в период новорожденности) и неблагоприятное состояние здоровья ещё до поступления в детское учреждение.

### **3.2. Адаптационный синдром.**

В доме ребёнка существует несколько критических ситуаций, провоцирующих адаптацию:

- Поступление ребёнка из больницы;
- Поступление из семьи;
- Переход из изолятора, приемно-карантинной группы в группу;
- Переход из группы в группу, сопровождающийся сменой обслуживающего персонала;
- Усыновление;
- Перевод в детский дом;

Особенности исходного состояния здоровья детей, воспитывающихся в доме ребенка, объективные и субъективные недостатки условий жизни и воспитания приводят к тяжелым формам адаптационного синдрома.

У детей в доме ребёнка чаще регистрируется вторая форма тяжелой адаптации – форма адаптационного синдрома.

#### **Адаптационный синдром у детей характеризуется:**

- ❖ Длительностью и тяжестью проявлений неадекватного поведения, граничащего с патологическими состояниями;
- ❖ Длительное снижение аппетита, в отдельных случаях может возникать стойкая анорексия или невротическая рвота при кормлении;
- ❖ Сон нарушен на протяжении длительного времени; засыпание медленное ( 30 – 40 мин.), сон чуткий, укороченный; засыпание и пробуждение сопровождается плачем.
- ❖ Снижена ориентировочная активность. Ребёнок стремится к уединению, избегает контактов с детьми или проявляет агрессивное к ним отношение, к взрослым отношение избирательное;

- ❖ Эмоциональное состояние длительно нарушено. Ребёнок либо плачет в течение бодрствования, либо плач и хныканье сменяется состоянием пассивности, безразличия.
- ❖ Состояние пассивности и повышенной раздражительности волнообразно сменяют друг друга.
- ❖ Резко снижается двигательная и речевая активность.
- ❖ Ребёнок капризен, требует повышенного внимания со стороны взрослых, вскрикивает во сне, легко пугается.
- ❖ Изменения к лучшему происходят очень медленно. Улучшения неустойчивы, возможны рецидивы плаксивого и пассивного состояния.
- ❖ Темп НПР замедляется. Ребёнок начинает отставать на 1 – 2 эпикризных срока в развитии речи, игровой деятельности.

Легче всего реагируют на смену обстановки дети первого года жизни, поступившие из больницы, в особенности, если ребенок минует изолятор. После 1 г. ж. , когда у ребенка уже сформируется привыкание к условиям жизни, смена этих условий достаточно тяжела.

## **VI. Требования к организации жизни детей в доме ребенка. Тренировка и формирование адаптивных возможностей детей.**

Ребёнка не следует ограждать от социальной адаптации, а целенаправленно тренировать и формировать адаптационные возможности ребёнка.

1. Обеспечить оптимальное состояние здоровья и развития ребенка (режим дня).
2. Ограничить количество обслуживающего персонала для детей до 2 –х лет, чтоб обеспечить стабильность состава взрослых, которые постоянно общаются с детьми.
3. Начиная с 12 – 13 мес. необходимо знакомить ребёнка, через постоянно обслуживающего взрослого, с другими сотрудниками дома ребенка, а если можно, то и со старшими детьми, различными помещениями, животными, уличным транспортом и т. п. (прогулки, наблюдения).
4. На 3 г. ж. надо активно выводить детей за пределы дома ребенка. Находить средства, расширяющие познавательные возможности ребенка.
5. При переводе ребёнка из группы в группу надо заранее (1 – 2 мес.) знакомить его с интерьером новой группы, персоналом и детьми. Впервые дни в новой группе ребёнок нуждается во внимательном отношении, ласке. В течении адаптации нельзя менять режим, назначать прививки, закаливающие процедуры.

В листе адаптации или в дневнике группы (физио журнал) фиксировать качество сна, аппетита, особенности поведения, чтобы можно было точно определить окончание острого периода.

6. При приеме в дом ребёнка малыша из семьи всё организуется так же, как при поступлении в ДООУ. Однако, надо помнить, что резко

меняются привычные условия для малыша, он теряет близких, чувствует себя ненужным.

Стрессовая ситуация выражена очень сильно и может возникнуть адаптационный синдром.

#### Задача персонала:

- Обеспечить, возможно, большой личностный контакт с ребёнком.
  - Правильно и сдержанно реагировать на те нарушения поведения, которые вызваны стрессовым состоянием, стараться облегчить ребёнку это тяжелое испытание.
  - Имеет значение тот факт, что вновь поступивший ребёнок сначала помещается в п/к, изолятор, а потом переводится в группу. В таком случае он переносит двойную адаптацию, и это следует учитывать.
  - Если условия пребывания в п/к, изоляторе таковы, что там недостаточно игрушек, да он и не умеет играть один, а взрослые часто меняются, то у ребёнка развивается более выраженный адаптационный синдром, что может привести к острому респираторному заболеванию, либо к стойким невротическим реакциям.
7. Ситуация, когда ребёнка отдают на усыновление. И вдруг оказывается, славный малыш превратился в озлобленного зверька: ничего не хочет, не ест, не спит, капризничает. И в конце концов заболевает или выдаёт выраженные невротические реакции, у него развивается тяжелый адаптационный синдром. Этого можно избежать:
- а) Будущие родители должны в течение длительного времени (1 – 3 мес.) навещать ребёнка в доме ребёнка, наблюдать особенности его поведения в группе.
  - б) Завязать с ребёнком личностные эмоциональные отношения, с тем, чтобы ребёнок радовался их приходу. При этом необязательно каждый раз приносить новую игрушку и сладости, надо больше общаться с ребёнком, играть, гулять, брать на руки, чтобы появилось чувство защищённости в присутствии именно этого взрослого.
  - в) После того, как контакты станут достаточно привычными, можно брать ребёнка домой: сначала просто в гости, затем взять на субботу, воскресенье и только потом, когда ребёнок будет стремиться «домой» оставлять его на более длительный срок.
  - г) Если в течение месяца пребывания дома ребёнок станет раздражительным, капризным, полезно поехать с ним в дом ребёнка в дом ребёнка в гости – это снимает напряжение.

### **VIII. Вывод.**

Персонал дома ребёнка должен знать:

1. Характерные признаки адаптационного синдрома.
2. Те ситуации, которые утяжеляют привыкание ребёнка к новым для него условиям.

3. Чётко представлять систему мероприятий, предупреждающих тяжёлый адаптивный синдром.