



Что врачу важно знать о ребёнке с опытом сиротства

RODNYE.BY

Данный гайд разработан Центром психологической поддержки
усыновителей «Родные Люди» — в помощь врачам



Минск, 2025

Содержание

Введение

Раздел I 3

Факторы сиротского опыта, влияющие на здоровье и развитие ребёнка

1. Депривация 3
2. Травматизация 6
3. Влияние прошлого опыта (негативное научение) 8
4. Переживание утраты кровной семьи, значимого окружения 9
5. Нарушения привязанности 10
6. Адаптация в семье после усыновления 12
7. Конфликт лояльности 13
8. Стигматизация 15

Раздел II 16

Принципы усыновительной медицины и рекомендации по врачебной коммуникации с усыновителями и усыновлёнными детьми



Введение

Усыновлённый ребёнок - это всегда ребёнок с опытом сиротства. Медицинская помощь и сопровождение такого ребёнка будут максимально эффективными, если врач, медицинский работник реализует принципы «усыновительной медицины».

Усыновительная медицина (adoption medicine) — это относительно новая область педиатрии, которая изначально фокусировалась на инфекционных заболеваниях у детей-сирот, но со временем значительно расширилась. Сегодня она охватывает широкий спектр проблем здоровья, включая задержку роста и развития, последствия депривации, психоэмоциональную адаптацию ребёнка и семьи, а также организацию медицинской помощи детям с опытом сиротства.

В этом Гайде мы собрали информацию об основных факторах сиротского опыта, учёт которых поможет педиатру, неврологу, психиатру и другим специалистам определить оптимальные маршруты диагностики, профилактики и лечения заболеваний и нарушений развития ребёнка.

Надеемся, что вы найдёте здесь ответы на следующие вопросы:

- как влияет хронический стресс и травмы раннего возраста на развитие и здоровье детей?
- каких ошибок диагностики можно избежать, учитывая влияние на детей опыта сиротства?
- как правильно выстроить стратегию медицинской помощи и реабилитации усыновлённого ребёнка с учётом приоритетов его адаптации в новой семье и социальном окружении?



ВАЖНО

В Беларуси тайна усыновления строго охраняется законом. Разглашение информации об усыновлении без согласия усыновителей или усыновленного ребенка, достигшего совершеннолетия, влечет административную, а иногда и уголовную ответственность. Вместе с тем, если вы читаете эти рекомендации - значит, что скорее всего усыновители не скрывают от вас факт усыновления. Обходиться с этой информацией надо вдумчиво и бережно. Знание об усыновлении и особых потребностях ребёнка может оказаться ключевым в вашем взаимопонимании с ними. Важно обсудить с усыновителями и с тематическим психологом то, каким образом вы можете учитывать историю жизни ребёнка, помогать ему учиться и развиваться, о чём и как разговаривать с ним, какие вопросы будут уместны, а какие нет. Такой разговор создаст отношения доверия и безопасности для всех сторон.

Раздел I

Факторы сиротского опыта, влияющие на здоровье и развитие ребёнка

1. Депривация



В усыновительной медицине именно понимание феномена депривации помогает врачу избежать ошибок диагностики и правильно выстроить помощь. Ниже представлены ключевые моменты, которые важно знать медицинским специалистам.

Депривация — это недостаток или лишение ребёнка основных потребностей (эмоциональных, сенсорных, социальных и иных).

У детей, выросших в условиях сиротских учреждений, депривация почти всегда многокомпонентна:

- эмоциональная (нет постоянного взрослого и индивидуальной привязанности),
- сенсорная (ограниченный контакт с предметами, игрушками, книгами),
- социальная (минимум общения со взрослыми и сверстниками),
- депривация питания (дефицит белка, железа, витамина D и др.).

В контексте глобальной статистики и политики, UNICEF вводит понятие *child food poverty*, как невозможность получать питательную и разнообразную диету в раннем возрасте, что серьёзно влияет на рост и когнитивное развитие.

Влияние депривации

- Хроническая депривация изменяет работу гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что означает постоянный уровень стресса
- Исследования показали уменьшение объёма серого вещества мозга, а также нарушения миелинизации у детей, долго находившихся в интернатах.
- Это ведёт к задержкам когнитивного развития, трудностям в обучении и эмоциональной регуляции.
- Эмоциональная депривация может вызывать психосоциальный нанизм (низкий рост без эндокринной патологии). Дети часто имеют период ускоренного роста после попадания в семью — это важный диагностический маркер того, что задержка роста функциональна.
- Повышенный риск хронических инфекций, анемии, остеопении.
- Агрессия, тревожность, замкнутость, стереотипные движения — часто результат депривации, а не психиатрического заболевания.
- Возможны псевдо-аутистические проявления (избегание контакта, бедная речь), которые при стабильной заботе частично исчезают.

Как учёт депривации помогает в диагностике ребёнка с опытом сиротства

Симптом	Вероятный диагноз без учёта депривации	Вероятный диагноз с учётом депривации
Низкий рост, низкий вес	Эндокринопатии (гипофизарный нанизм, гипотиреоз), генетический синдром	Психосоциальный нанизм, задержка роста из-за недоедания и стресса; возможен catch-up (догоняющий) рост после усыновления
Низкий IQ, плохая концентрация	Умственная отсталость, когнитивное расстройство	Временное снижение когнитивных функций из-за сенсорной и социальной депривации; улучшение при стимуляции и адаптации
Задержка речи	Расстройство аутистического спектра (РАС), тяжёлое неврологическое нарушение	Отставание из-за отсутствия индивидуального общения и речевого окружения; возможен быстрый прогресс с логопедом
Агрессия, тревожность, избегание контакта	Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), РАС, поведенческие расстройства	Нарушение привязанности, последствия травмы и депривации; требуются психотерапия и поддержка семьи
Повторные инфекции	Врождённый иммунодефицит	Результат скученности, плохой гигиены, дефицитов питания; нормализуется в семье
Нарушения сна, боли в животе, головные боли	Соматическая патология (гастрит, мигрень)	Психосоматические проявления тревоги и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)
Замкнутость, «не смотрит в глаза»	РАС	Защитное поведение, избегание контакта после опыта депривации
Стереотипные движения (раскачивание, сосание пальцев)	Тяжёлое неврологическое или психиатрическое расстройство	Сенсорная депривация, самостимуляция; (часто исчезает при сенсорном насыщении и заботе, рецидивирует в кризисные периоды)

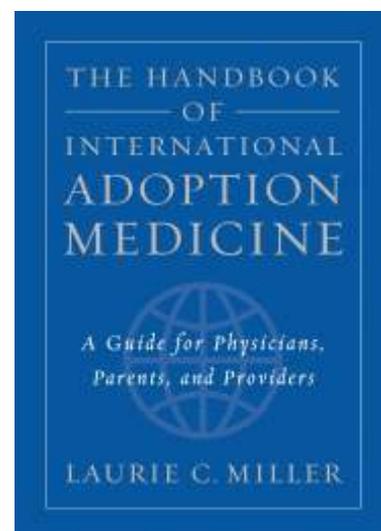
Симптом	Вероятный диагноз без учёта депривации	Вероятный диагноз с учётом депривации
Плохая учёба в школе	Специфические нарушения обучения, умственная отсталость	Поздний старт обучения, пробелы знаний из-за депривации; при поддержке часто догоняет сверстников
Преждевременное половое развитие	Эндокринное заболевание	Может быть следствием хронического стресса и недоедания в раннем возрасте

Практические рекомендации для врача

- **Оценивать динамику:** повторная диагностика через 6–12 месяцев в семье обязательна.
- **Скрининг дефицитов** (железо, витамин D, йод, цинк) — почти всегда нужны коррекции.
- **Не торопиться с постановкой диагнозов в первые месяцы.**
- **Мультидисциплинарный подход:** врач + психолог + педагог.
- **Поддерживать родителей,** объясняя, что часть трудностей обратима.

Ключевой принцип (по Handbook of International Adoption Medicine): диагностика усыновлённого ребёнка должна включать оценку его опыта институционализации и депривации. Это позволяет отличить временные функциональные нарушения от истинной органической патологии, избежать гипердиагностики и дополнительной травматизации.

Депривация — это не просто «трудный опыт», а медико-биологический фактор, который влияет на рост, когнитивное развитие и поведение. При правильной поддержке многие её последствия частично или полностью обратимы.





2. Травматизация

Травматизация — это негативное психофизическое состояние, возникающее в результате потери, небезопасной среды, пренебрежения или насилия, которые ребёнок пережил до попадания в новую семью.

Наряду с **острой травмой**, у сирот часто формируется **комплексная (кумулятивная, накопленная) травматизация**: совмещение нескольких видов травм (утрата + депривация + насилие); длительное повторение травматических событий.

Влияние травмы на мозг и психику

- Нарушается работа систем стресса (гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси).
- Развивается хроническая гипервозбудимость или, напротив, эмоциональная «замороженность».
- Высокий риск ПТСР, тревожных и депрессивных расстройств.
- Формируются трудности с саморегуляцией: вспышки агрессии, импульсивность, страхи.

Нужно учитывать, что существует отдельный вид травматизации - **медицинская травматизация** ребёнка с опытом сиротства. Частые инвазивные процедуры без психологической подготовки, отсутствие эмоциональной поддержки (ребёнка держат силой, не объясняют, что делают), боль и страх без последующего утешения, отсутствие стабильного взрослого, защищающего ребёнка - всё это создаёт условия для такой травмы. У ребёнка формируется ассоциация: «медицина = боль, насилие, опасность».

Учитывая, что для ребёнка-сироты медицинские манипуляции могут быть редкими эпизодами индивидуального внимания к нему, к его телу, моментами тактильного контакта - в сочетании с насилием и болью это может сформировать небезопасный психологический синдром.

Как это проявляется после усыновления:

- Паника при виде белого халата, шприцев, кабинета - или наоборот, неадекватное стремление к медицинским процедурам
- Агрессия, истерика или «замирание» (ступор) на приёме
- Отказ от простейших, безболезненных процедур (послушать фонендоскопом).
- Повышенное недоверие к врачам вызывающее трудности в лечении.
- Усиление ПТСР-симптомов (кошмары, тревожность, отказ от общения, потеря навыков и др.) после визита в поликлинику.

Задача врача — разрушить негативные ассоциации и выстроить новый опыт доверия. Это не только облегчает лечение, но и помогает ребёнку в целом восстанавливать доверие к взрослым.

Ошибки врача , не учитывающего травму

- Неприятные, жесткие процедуры без объяснения ведут к повторной травматизации.
- Преждевременные психиатрические диагнозы.



ВАЖНО

Дети с опытом сиротства часто имеют сложный анамнез и повышенный риск как травматической симптоматики, так и нейроотличий (СДВГ, РАС, дислексия и др.). Важно учитывать, что нейроотличия у этой группы детей встречаются чаще, и их симптомы могут маскироваться или усиливаться на фоне травматического опыта. Ошибкой может быть игнорировать возможные нейроотличия - и приписывать весь спектр проблем травматическому влиянию. В то же время, ошибкой может быть игнорировать травматическое влияние, фокусировать внимание только на нейроотличиях. Нередко с ребёнком нужно работать с учётом его опыта сиротства и нейроразнообразия одновременно.

Практические рекомендации

- Сначала безопасность, потом лечение: ребёнок должен ощущать доверие.
- Информировать, что будет происходить: пошаговое объяснение каждой процедуры.
- Мягкость и предсказуемость: минимизировать сюрпризы, громкие звуки, лишний персонал.
- Включать родителей: использовать или помогать им создать родительский «терапевтический ресурс» для стабилизации состояния ребёнка.
- Соблюдать принцип повторной оценки: многие симптомы уходят через 6–12 месяцев в семье.
- При сомнениях — инициировать мультидисциплинарный консилиум (невролог, психиатр, психолог, педиатр).

Лучшая «терапия» травмы — безопасная и стабильная семья, и задача медицины — поддержать этот процесс.



ВАЖНО

Главное правило: каждый визит к врачу должен укреплять доверие ребёнка и семьи, а не становиться новой травмой.

В усыновительной медицине учёт травматизации — не менее важен, чем учёт депривации. Он позволяет врачу правильно интерпретировать поведение и симптомы ребёнка, избежать гипердиагностики психиатрических и неврологических заболеваний и выстроить корректную стратегию помощи.



3. Влияние прошлого опыта (негативное научение)

Негативное научение (maladaptive learning) — это усвоенные модели поведения, возникшие как адаптация к небезопасной или неблагоприятной среде.

Они были функциональны в условиях сиротского учреждения (помогали выжить, получать внимание, избегать боли), но оказываются неадаптивными в семье и в обычной обстановке.

Как формируется негативное научение

- Интернатное учреждение: внимание получают только самые громкие или агрессивные дети — закрепляется крик, агрессия как способ добиться заботы.
- Опыт насилия/пренебрежения: близкий взрослый априори воспринимается как источник боли. Закрепляется недоверие и избегание взрослых.
- Опыт медицинских процедур: врач ассоциируется с болью. Закрепляется страх и паника при контакте с медиками.
- Как вариант, врач может ассоциироваться с редкими тактильным контактом и индивидуальным вниманием. Закрепляется склонность жаловаться на недомогания в периоды стресса, чтобы получить недостающий телесный опыт.
- Хронический стресс: постоянное ожидание опасности. Формируется гиперактивность и настороженность.

Ошибки врача, не учитывающего негативное научение у ребёнка с опытом сиротства

- Интерпретировать поведение как «характер» или «плохое воспитание».
- Поспешно ставить психиатрические диагнозы.
- Усиливать травму, действуя директивно («Сиди спокойно, не кричи»).

Практические рекомендации врачу

- Анализировать поведение через прошлый опыт: спрашивать родителей, как реагировал ребёнок в учреждении.
- Не воспринимать агрессию или избегание как личное отношение — это скорее результат выученных моделей.
- Формировать новое позитивное научение: мягко закреплять опыт «врач — безопасность, помощь, поддержка».
- Обязательно привлекать родителей как «фигуру безопасности» на приёме.

В усыновительной медицине важнейшая задача врача — уметь видеть за поведением ребёнка негативное научение — выработанные стратегии выживания в условиях сиротского учреждения, которые могут маскироваться под симптомы болезней.



4. Переживание утраты кровной семьи, значимого окружения

Почти все дети-сироты имеют опыт потери семьи и привычной среды. Утрата может быть прямой (смерть родителей) или опосредованной (отобрание, разлука с братьями/сёстрами, смена учреждений и воспитателей, смена приёмных семей).

Даже при раннем сиротстве ребёнок сохраняет эмоциональную память утраты.

Реакции ребёнка на утрату часто похожи на психиатрические или неврологические расстройства, что может привести к ошибочной диагностике.

Психологические последствия

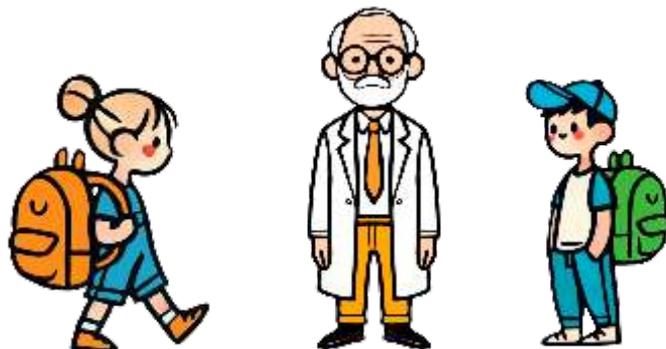
- Горе у ребёнка – не только слёзы, но и: тревожность, апатия, агрессия.
- Страх новой потери: ребёнок может бояться, что и приёмные родители «уйдут».
- Недоверие к взрослым: сложно формировать стабильную привязанность.
- Нарушения регуляции эмоций: вспышки гнева, истерики, ступор.
- Риск ПТСР и депрессии.

Влияние на здоровье и развитие

- Замедление роста и когнитивного развития (как следствие хронического стресса).
- Психосоматические проявления: боли в животе, головные боли, энурез.
- Нарушения сна, кошмары.
- Снижение иммунитета.

Ошибки врача, не учитывающего влияние утраты

- Интерпретировать поведение как «плохое воспитание», «проблемы родительского отношения».
- Не видеть, что агрессия или апатия – это проявления горя, а не психиатрия.
- Говорить о прошлом слишком прямо, не учитывая состояния ребёнка.



Типичные диагностические ловушки

Симптом	Вероятный диагноз без учёта переживания утраты	Вероятный диагноз с учётом переживания утраты
Апатия, «отстранённость»	Депрессия, умственная отсталость	Эмоциональное переживание горя, защитное «замораживание»
Агрессия, вспышки гнева	Оппозиционно-вызывающее расстройство	Реакция на внутреннюю боль и тревогу из-за потери
Тревожность, страх разлуки	Генерализованное тревожное расстройство	Боязнь новой утраты (страх потерять приёмных родителей)
Нарушения сна, кошмары	Неврология	Симптомы ПТСР
Соматические жалобы (живот, сердце, голова)	Хроническое заболевание	Психосоматическая реакция на горе и стресс
Задержка речи или учебные проблемы	Умственная отсталость	Вторичные задержки из-за эмоционального неблагополучия и стресса

В усыновительной медицине важно учитывать динамику и тяжесть переживания утраты ребёнком. Поддержка семьи и бережная медицинская тактика помогают ребёнку постепенно выстраивать новые отношения доверия и безопасности.



5. Нарушения привязанности

Привязанность формируется в первые годы жизни через стабильный контакт с заботящимся взрослым. У ребёнка, лишённого семьи, этот процесс нарушается, так как зачастую забота о нём была нестабильной, а иногда и травматичной. В результате даже уже находясь в стабильном окружении довольно долгое время, ребёнок может бояться близости, не доверять взрослым или, наоборот, быть чрезмерно доверчивым.

Как это может проявляться

- Избегание близости: ребёнок не ищет утешения у родителей, отстраняется.
- Чрезмерная настороженность: живёт в «режиме тревоги», постоянно ждёт угрозы.
- Неизбирательная дружелюбность: легко идёт к незнакомцам.
- Перепады поведения: то липнет к родителям, то резко отталкивает.
- Агрессия: протест против контроля, боязнь потери.

Типичные диагностические ловушки

Поведение ребёнка	Вероятный диагноз без учёта переживания утраты	Вероятный диагноз с учётом переживания утраты
Избегает близости, не ищет утешения	РАС	Защитная стратегия, результат разрыва привязанности
Импульсивность, гиперактивность	СДВГ	Тревожность и гиперактивность из-за неустойчивости отношений
Агрессия, протест	Оппозиционно-вызывающее расстройство	Страх потери контроля и недоверие к взрослым
Чрезмерная ласковость с незнакомцами	«Открытый характер»	Нарушение различия «свой-чужой» при дефиците стабильной заботы
Эмоциональная отстранённость, апатия	Депрессия, умственная отсталость	Замораживание эмоций как способ самозащиты

Практические рекомендации для врача

- Не спешить с диагнозами — многие проявления могут быть следствием опыта сиротства.
- Собирать анамнез у усыновителей — как ребёнок реагирует на близость, доверие, разлуку.
- Обеспечить «фигуру безопасности» на приёме — помочь родителю участвовать в процессе осмотра и процедур.
- Исключить госпитализацию ребёнка без усыновителей во избежание ретравматизации (содействовать нахождению родителей с ребёнком на всех этапах лечения).
- Интерпретировать поведение через прошлое — понимать, что агрессия или холодность могут быть защитой, а не болезнью.
- Оценивать в динамике — по мере формирования привязанности в семье многие симптомы смягчаются.

Учёт привязанности помогает врачу отличить последствия сиротского опыта от психиатрической патологии. Это снижает риск неправильного лечения и помогает строить стратегию помощи, поддерживающую ребёнка и его семью.



6. Адаптация в семье после усыновления

Адаптация в семье после усыновления — ключевой процесс, который напрямую влияет и на здоровье, и на поведение ребёнка. Если врач понимает этапы адаптации, знает, на каком этапе находится обратившаяся к нему семья, — он может корректнее оценивать симптомы и поддерживать семью.

Адаптация — процесс, который занимает месяцы и годы. Ребёнок и семья проходят через несколько стадий, каждая из которых сопровождается определёнными эмоциональными и поведенческими реакциями. Эти реакции могут ассоциироваться с теми или иными заболеваниями, нарушениями, но часто являются нормальной частью адаптации.

Ниже дадим краткое описание этапов адаптации с условными временными рамками.

Первичная адаптация.

Начальный этап (0–3 месяца в семье)

Ребёнок может вести себя «идеально»: послушный, ласковый, мало жалуется.

Или, наоборот, демонстрировать тревожность, цепляться за родителей.

Это стадия осторожного вхождения: ребёнок боится потерять новую семью.

Обследования, госпитализация, болезненные процедуры в этот период могут серьёзно затруднить и отсрочить формирование доверия к усыновителям. Без этого доверия и привязанности будет сохраняться высокий уровень тревожности, который будет провоцировать самую разную симптоматику нарушений здоровья и развития.

Что важно врачу: не делать окончательных выводов о развитии и психике; не назначать обследований и госпитализации, если задача не является экстренной. Помнить о феномене «ложного благополучия»; провести минимальный базовый медосмотр, и рекомендовать повторить его более углублённо по завершении адаптационного периода

Первичная адаптация.

Этап регресса (3–8 месяцев в семье)

Появляются протесты, агрессия, истерики, нарушения сна, регресс навыков (например, энурез, лепетная речь). Это период проверки семьи: ребёнок пытается убедиться, что его не оставят, даже если он «плохой». Также в этот период проявляются накопленные до

усыновления травматичные переживания, не интегрированный его психикой опыт, конфликт лояльности, переживание утраты.

Что важно врачу: объяснять родителям, что это нормальный этап адаптации, а не проявление «истинной сущности» ребёнка; не спешить ставить неврологические и психиатрические диагнозы; поддерживать щадящий режим медицинских процедур, так как доверие в семье ещё очень хрупкое; оказывать поддержку семье, направлять к тематическому психологу.

Первичная адаптация.

Этап прогресса (8–18 месяцев в семье)

Ребёнок постепенно начинает доверять, формировать привязанность. Поведение становится более стабильным, навыки восстанавливаются. Может сохраняться тревожность, ребёнок начинает задавать вопросы о прошлом, проявляется эмоциональная нестабильность.

Повторная диагностика развития (через 1 год в семье) более объективна, чем в первые месяцы.

Что важно врачу: фиксировать динамику физического и психического развития; провести диагностику сенсорных функций (зрение, слух, сенсорная интеграция), так как у детей из сиротских учреждений часто

выявляются стойкие нарушения в этой сфере; поддерживать семью в формировании привязанности и объяснять возможные задержки в развитии; при необходимости - подключить коррекционных специалистов (дефектолог, нейропсихолог).

Вторичная адаптация

(от 1,5 лет в семье — до совершеннолетия и далее)

Привязанность закрепляется, ребёнок принимает семью как «свою». Возможны новые кризисы (школа, подростковый возраст, вопросы о происхождении). Эмоцио-

нальные колебания могут возвращаться, но уже на фоне стабильной семьи. На первый план выходят вопросы идентичности, утраты кровной семьи, различий между усыновлённым ребёнком и родителями.

Что важно врачу: учитывать, что «волнообразность» поведения — это нормальная динамика адаптации; в подростковом возрасте быть особенно внимательным к вопросам идентичности и риска депрессии; поддерживать родителей в открытых разговорах о прошлом ребёнка

Таким образом, врач должен учитывать, что медицинские задачи на разных этапах адаптации разные:

- сначала — базовое здоровье и определение реакции ребёнка на стресс,
- потом — работа с регрессом и поведенческими трудностями,
- далее — мониторинг развития и сенсорных функций,
- в долгосрочной перспективе — сопровождение психического здоровья и поддержка идентичности.

Адаптация — это длительный процесс с естественными стадиями. Симптомы ребёнка часто отражают этап адаптации, а не болезнь. Знание, на каком этапе адаптации находится семья, снижает риск гипер- и гиподиагностики, помогает правильно выстроить стратегию помощи.



7. Конфликт лояльности

Конфликт лояльности — одна из ключевых психологических трудностей ребёнка с опытом сиротства, особенно в первые годы после усыновления. Его нужно учитывать и в педиатрической практике, потому что он напрямую влияет на поведение, жалобы и даже готовность ребёнка сотрудничать с врачом.

Конфликт лояльности — это внутренняя дилемма ребёнка: «Если я буду любить усыновителей, значит я предаю своих кровных родителей? Если буду помнить кровных родителей, значит обижаю усыновителей?». Этот конфликт часто неосознанный, но проявляется в поведении и самочувствии

Как конфликт лояльности может проявляться у ребёнка:

- тревожность, чувство вины, плаксивость
- резкие перепады поведения: то ласков, то агрессивен
- соматические жалобы (болит голова, живот, сердце) без органической причины

- отказ сотрудничать с врачом - ребёнок молчит, когда родители рядом, или ждёт реакции усыновителей на вопросы врача
- может говорить разное разным взрослым – маме одно, врачу другое

Учёт этого феномена помогает врачу избежать гипердиагностики и снизить напряжение у ребёнка.

Типичные диагностические ловушки

Симптом	Вероятный диагноз или интерпретация без учёта контекста	Вероятная интерпретация с учётом конфликта лояльности
Соматические жалобы (живот, сердце, голова) без органики	Соматическое заболевание	Психосоматическая реакция на внутренний конфликт и тревогу
Молчание на приёме, отказ отвечать	Задержка речевого развития (ЗРР), РАС	Защитное поведение, «лояльное молчание» по отношению к прошлой семье
Резкие перепады поведения (от ласковости до агрессии)	СДВГ, оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР)	Отражение внутреннего раздвоения чувств между семьями
Слёзы и тревога перед процедурами	Тревожное расстройство	Страх «предать» кого-то из родителей, символическая боль
Разное поведение с родителями и с врачом	Манипулятивность	Попытка удержать обе «стороны» внутри себя, не потеряв ни одну

Практические рекомендации для врача

1. Симптомы ребёнка могут отражать внутренний конфликт, а не болезнь.
2. Важно быть нейтральным и уважительным – не противопоставлять приёмных и кровных родителей. Не задавать ребёнку вопросов в духе: «Кто тебе больше нравится?». Не сравнивать напрямую «теперь у тебя семья лучше, чем раньше».
3. Снижать уровень тревоги на приёме - разрешить ребёнку быть рядом с родителями, дать выбор (с кем сидеть, кому отвечать).
4. Применять динамическую оценку состояния ребёнка - проявления конфликта могут усиливаться в кризисные периоды (адаптация к школе, подростковый возраст).

При диагностике стоит учитывать психосоциальный контекст и проверять гипотезу о том, что симптомы могут быть связаны с конфликтом лояльности.

Конфликт лояльности у ребёнка с опытом сиротства может маскировать болезни или имитировать их. Важно собирать анамнез бережно, понимая, что симптомы могут быть не болезнью, а языком внутреннего конфликта. Помните, что многие симптомы снижаются по мере укрепления привязанности.



8. Стигматизация

Стигматизация в отношении ребёнка с опытом сиротства и его семьи — это важная тема, потому что врач может оказаться либо источником повторной травматизации, либо, наоборот, защитой и поддержкой.

Стигматизация — это навешивание ярлыков и предвзятое отношение, когда к ребёнку и его родителям относятся через призму опыта сиротства, а не настоящих потребностей. Она может затрагивать как самого ребёнка (как «другого», «с проблемной наследственностью»), так и семью усыновителей (как «ненастоящих», «недостаточно любящих» родителей).

Стигматизация ребёнка с опытом сиротства — это не только социальное явление, но и фактор, который напрямую влияет на медицинскую диагностику. Стигматизация может приводить к гипердиагностике или, наоборот, предвзятому отношению - «У таких детей всегда трудное поведение», «Это всё генетика».

Типичные диагностические ловушки

Симптом	Вероятная интерпретация без учёта стигматизации	Подход с учётом влияния стигматизации
Агрессия или протест на приёме	ОВР, «неуправляемость»	Может быть защитная реакция на прошлый опыт или на стигму со стороны взрослых
Задержка речи, неловкость в контакте	РАС, умственная отсталость	Возможна реакция на стресс, депривацию, стыд из-за «инаковости»
Родители просят разъяснить поведение ребёнка	«Ну, что вы хотите, вы же знаете, откуда он»	Поддержка семьи, объяснение особенностей сиротского опыта и перспектив его преодоления

Практические рекомендации для врача

- Фокус на настоящем — оценивайте ребёнка по его текущему состоянию, а не по домыслам о прошлом.
- Нейтральный язык — не использовать стигматизирующие термины («приёмный», «сирота», «настоящие/ненастоящие родители»).

- Уважение к родителям — понимая, что у ребёнка есть кровные родители, признавать усыновителей единственными законными и реальными родителями на сегодняшний день и на будущее.
- Эмпатия к ребёнку — понимать, что его поведение часто отражает прошлые травмы, а не «плохой характер» или «дурную наследственность».
- Конфиденциальность — не разглашать факт усыновления без разрешения семьи.
- Поддержка семьи — объяснять родителям особенности развития и поведения без обвинений, с пониманием той важной роли, которую они играют и в жизни ребёнка, и в нашем обществе.

Стигматизация — это вторичная травма, которую ребёнок и семья усыновителей могут получить уже после усыновления. Врач может сыграть ключевую роль: либо усилить предвзятость, либо стать для семьи защитой и союзником. Бережное общение, уважение и отказ от ярлыков формируют доверие к медицине и взаимодействие с семьёй усыновителей.

Раздел II

Рекомендации по врачебной коммуникации с усыновителями и усыновлёнными детьми в соответствии с принципами усыновительной медицины

Рекомендации врачу при работе с ребёнком с опытом сиротства — с учётом влияния его опыта

- Возвращайте ребёнку субъектность: давайте возможность высказывать мнение, пожелания, регулировать происходящее.
- Давайте возможность родителю быть рядом на всех этапах обследования и оказания помощи.
- Учитывайте возможные нарушения привязанности, динамику адаптации, контактируйте с ребёнком через родителей-усыновителей. Усыновители — ключевые посредники между врачом и ребёнком, именно они обеспечивают права и безопасность ребёнка. Не берите ребёнка на руки и не обнимайте его, даже если он сам инициирует это. Спрашивайте у родителей разрешения на те или иные, даже самые обычные манипуляции. Это будет содействовать укреплению хрупкой привязанности между усыновителями и ребёнком.
- Проявляйте эмпатию и терпимость к необычному поведению ребёнка. Часто это реакция на травматические триггеры. Будьте готовы выдерживать эмоциональные всплески без раздражения.
- Учитывайте влияние депривации и травмы развития на актуальное состояние ребёнка.
- Учитывайте возможное насилие (в том числе и сексуальное) в опыте ребёнка. Осмотр интимных частей тела проводите только после комментария родителя о том, что «это доктор, и он с моего разрешения может тебя осмотреть». Смотрите за реакцией ребёнка, при подозрении на опыт сексуального насилия избегайте процедур, требующих вовлечения интимных частей тела.

- Минимизируйте стресс: избегайте напоминаний о сиротском учреждении (например, белых халатов). Избегайте резких движений, громкого голоса.
- По возможности избегайте болезненных процедур и госпитализации (поскольку она, как правило, связана с разделением ребёнка и взрослых), особенно в период первичной адаптации в семье.
- Обеспечивайте возможность адаптации к ситуации: заранее объясняйте предстоящие процедуры и действия, давайте время настроиться.
- Не торопитесь с постановкой диагнозов до завершения адаптации.
- С осторожностью обращайтесь к прошлому ребёнка: не обсуждайте при нём историю сиротства, кровных родителей или негативные факты. Вопросы, касающиеся происхождения, поднимайте только в присутствии усыновителей и в щадящей форме.
- У детей с неблагоприятным внутриутробным анамнезом повышенный риск нарушений зрения и слуха, что не всегда вовремя диагностируется. Учитывайте этот фактор, анализируя проблемы с речевым и познавательным развитием. Часто имеет смысл назначить более развёрнутое обследование офтальмолога и/или сурдолога.
- Закрепляйте положительный опыт посещения медицинского учреждения: можно завершить приём похвалой, маленьким поощрением (например, наклейкой или стикером).



ВАЖНО

Усыновительная медицина предполагает работу врача в мультидисциплинарной команде со специалистами немедицинского профиля (психолог, социальный педагог) и родителями-усыновителями. Такой подход наиболее эффективен для целостного видения проблем ребёнка, путей его реабилитации и развития.

Рекомендации по коммуникации с усыновителями с учётом особенностей семьи

Усыновители априори находятся «под прицелом» общества, это усиливает их тревожность и напряжение в контактах с врачами, педагогами и другими специалистами.

- Учитывайте, что у усыновителей помимо обычных родительских страхов и тревог есть свои специфические страхи (генетики, психических заболеваний у ребёнка, страх быть плохими родителями для него, потребность в одобрении и ободрении).
- Сдерживайте стремление родителей «срочно всё исправить» - не включайтесь в эту «гонку», понимайте и объясняйте влияние семейной обстановки на социальную реабилитацию (безопасность и предсказуемость, семейная атмосфера, удовлетворение базовых психологических потребностей и др).
- Обращайте внимание на состояние усыновителей, так как риск эмоционального выгорания у них очень высок. При необходимости направляйте тематическому психологу.
- Помните, что врач в усыновительной медицине — это не только диагност и лечащий специалист, но и член команды адаптации, где этика и уважение к семье играют ключевую роль.

Вопросы усыновителям, которые помогут в работе с усыновлённым ребёнком

- Какая «политика» в семье относительно истории усыновления? О чём можно или нельзя говорить при ребёнке?
- Как давно ребёнок в семье? Если до года - то минимизировать обследования и вмешательства.
- Есть ли у ребёнка страх врачей? Если да - предпринять меры по снижению тревоги у ребёнка.
- Есть ли у ребёнка опыт семейного неблагополучия, нахождения в сиротском учреждении? Если да - то учитывать фактор депривации, комплексной травмы развития.
- Есть ли доступ к развёрнутой информации о диагнозах, назначениях, обследованиях? Учитывать, что у ребёнка с опытом сиротства многие анамнестические данные могут нуждаться в уточнении.
- Как ребёнок реагирует на медицинские осмотры и манипуляции? Нужны ли особые приёмы для снижения тревоги?
- Есть ли сопровождающий тематический психолог? Если нет - при необходимости рекомендовать обратиться к такому специалисту. Возможно - провести мини-консилиум с ним при психосоматических проблемах.

Эти рекомендации помогут выстроить эффективную коммуникацию с родителями-усыновителями и стратегию реабилитации, лечения и развития ребёнка с опытом сиротства.

RODNYE.BY

