Фонд «Обнажённые сердца» представляет

ЧАРЛЬЗ А. НЕЛЬСОН, НАТАН А. ФОКС, ЧАРЛЬЗ Г. ЗИНА

БРОШЕННЫЕ ДЕТИ

Депривация, развитие мозга и борьба за восстановление

ФОНД «ОБНАЖЁННЫЕ СЕРДЦА»
ПРЕДСТАВЛЯЕТ

БРОШЕННЫЕ ДЕТИ

ДЕПРИВАЦИЯ, РАЗВИТИЕ МОЗГА И БОРЬБА ЗА ВОССТАНОВЛЕНИЕ

ЧАРЛЬЗ А. НЕЛЬСОН
НАТАН А. ФОКС
ЧАРЛЬЗ Г. ЗИНА

ФОНД «ОБНАЖЁННЫЕ СЕРДЦА»
ПРЕДСТАВЛЯЕТ

БРОШЕННЫЕ ДЕТИ

ДЕПРИВАЦИЯ, РАЗВИТИЕ МОЗГА И БОРЬБА ЗА ВОССТАНОВЛЕНИЕ

ЧАРЛЬЗ А. НЕЛЬСОН
НАТАН А. ФОКС
ЧАРЛЬЗ Г. ЗИНА

2019

УДК 159.922.7
ББК 88.8
Н49

Charles A. Nelson, Nathan A. Fox, Charles H. Zeanah
Romania's Abandoned Children: Deprivation, Brain Development, and the Struggle for Recovery

Над русской версией книги работали:

Продюсер проекта
Вера Курбатова

Переводчики
Юлия Турчанинова
Эрнст Гусинский

Эксперты Фонда «Обнажённые сердца»
Святослав Довбня, детский невролог
Татьяна Морозова, клинический психолог

Директор программы
«Каждый ребенок достоин семьи»
Инна Монова

Президент Фонда «Обнажённые сердца»
Анастасия Залогина

Фото на обложке:
Timofey Kolesnikov, timofeykolesnikov.com

Данная книга распространяется бесплатно и запрещена к продаже.

Нельсон, Чарльз А., Фокс Натан А., Зина Чарльз Г.

Н49 Брошенные дети. Депривация, развитие мозга и борьба за восстановление / Чарльз А. Нельсон, Натан А. Фокс, Чарльз Г. Зина ; [перевод с английского Ю. Турчаниновой, Э. Гусинского]. — Москва : Эксмо, 2019. — 448 с.

ISBN 978-5-6042934-1-6

В этой книге представлены результаты многолетнего исследования, которые показывают, как влияет на развитие детей проживание в закрытом учреждении (доме ребенка, детском доме или доме-интернате). Приводятся неоспоримые доказательства того, что перевод детей в семью помогает улучшить развитие ребенка и преодолеть многие негативные последствия, возникшие в результате проживания в учреждении.

УДК 159.922.7
ББК 88.8

ISBN 978-5-6042934-1-6

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2019

Посвящается Гвен и Колин;
Бетси, Ребекке и Дэвиду;
а также Поле, Эмили, Кейти
и Мелани……. за все

Оглавление

Предисловие Фонда «Обнажённые сердца» 8
Предисловие 15
Глава 1. Начало путешествия 17
Глава 2. Дизайн и запуск проекта 38
Глава 3. История институциализации детей в Румынии ... 60
Глава 4. Этические соображения 95
Глава 5. Приемная семья как метод вмешательства 123
Глава 6. Опасность проживания в учреждении для развития ребенка 155
Глава 7. Познание и язык 189
Глава 8. Жизнь в учреждении в первые годы жизни и развитие мозга 220
Глава 9. Рост, двигательное развитие и изменения на клеточном уровне 253
Глава 10. Социально-эмоциональное развитие 271
Глава 11. Психопатология 316
Глава 12. Собираем пазл 355
Библиография 395
Примечания 423
Благодарности 435
Алфавитный указатель 441
Имена 447

ПРЕДИСЛОВИЕ
Фонда «Обнажённые сердца»

Работа Фонда «Обнажённые сердца» по поддержке семей, воспитывающих детей с нарушениями развития, началась с книги*, которая описывала историю мальчика Вани. Он вышел в большую и счастливую жизнь в другой стране, чудом вырвавшись из ПНИ (психоневрологического интерната) в семью.

Ему помогали много неравнодушных людей. Некоторые из них также помогли и до сих пор помогают нам в Фонде выстраивать эффективную работу программы «Каждый ребенок достоин семьи», чтобы предотвратить выбор родителей в пользу интерната. Ведь только в семье ребенок может полноценно развиваться.

Вы держите в руках результат единственного исследования, проведенного по золотому стандарту, — 12-тилетнего наблюдения за травматическими последствиями пребывания детей в системе группового воспитания, а проще говоря, в доме ребёнка.

---

* *Филпс А., Лагутски И.* Дай мне шанс. История мальчика из дома ребенка. — Москва, КоЛибри, 2012. — *Прим. ред.*

Мы очень благодарны авторам этой работы за их уникальный фундаментальный труд, а Издательству Гарвардского университета за разрешение опубликовать исследование на русском языке. Мы много лет ждали этой возможности!

Мы поддерживаем семьи детей и подростков с аутизмом, церебральным параличом, синдромом Дауна и другими особенностями развития с 2011 года и не имеем никаких сомнений в том, что каждый ребёнок должен расти в семье. Надеюсь, что знакомство с научными данными не оставит сомнения в этом ни у кого.

Наталья Водянова,
учредитель Фонда помощи детям
«Обнажённые сердца»

Уважаемый читатель!

Вы держите в руках уникальную книгу. О ее переводе на русский язык мы мечтали давно, и вот наша мечта стала реальностью.

В ней представлены результаты многолетнего исследования того, как влияет на развитие детей проживание в закрытом учреждении (доме ребенка, детском доме или доме-интернате). Это исследование приводит неоспоримые доказательства того, что перевод в семью помогает улучшить развитие ребенка и преодолеть многие негативные последствия, возникшие в результате проживания в учреждении.

Лонгитюдное исследование, представленное в этой публикации, убедительно доказывает, что воспитание в семье является жизненно необходимым для развития ребенка, не менее важным, чем количество и качество еды и своевременная медицинская помощь. Оно проведено согласно «золотому стандарту» исследований, с использованием самых современных технологий, включающих не только методы психологического тестирования, оценку развития ребенка, но и самые современные медицинские технологии, например, методы нейровизуализации (ЭЭГ, вызванные потенциалы головного мозга, МРТ) и генетические тесты, регистрирующие эпигенетическое влияние окружающей среды.

Человеческое общество всегда стремилось позаботиться о своих детях и обеспечить им наилучшее развитие. Эта забота основывается на понимании важнейших интересов и потребностей ребенка. Собственно, понимание этих потребностей всегда тесно связано с тем, как устроена сама система заботы о них. Учреждения (дома ребенка, детские дома, приюты, интернаты) многие годы считались местом, в котором всегда готовы позаботиться о ребенке, по разным причинам оставшемся без родителей.

Подобные учреждения — не советское и уж тем более не российское изобретение. Первые приюты для детей-сирот и детей, оставленных родителями, создавались еще в средневековой Европе. Общество было готово позаботиться о них, предоставляя им кров, еду и воспитателей, которые выбрали уход за детьми делом своей жизни. К сожалению, многие дети, попавшие в подобные приюты, довольно рано погибали. Это объяснялось вспышками заболеваний, недостатком финансирования, а также тем, что дети могли иметь не самую лучшую наследственность.

Постепенно с развитием медицины удалось наладить систему вакцинации, однако смертность в таких учреждениях была по-прежнему необычайно высокой, а результаты развития детей оставляли желать лучшего.

Еще в начале XX века появились первые предположения о том, что индивидуальная забота является важным фактором не только для успешного развития ребенка, но и для его выживания. Работы Рене Шпица и Джона Боулби, опубликованные в середине XX века, показали, что для развития ребенка необходимы не только физические условия, но и индивидуальные отношения с заботящимся взрослым. Эти открытия положили начало реформам в системе заботы о детях в развитых странах.

Постепенно закрытые учреждения стали трансформироваться в институт приемного воспитания. Приемные семьи стали для огромного количества детей возможностью не только лучше развиваться, но и полнее реализовывать свой потенциал.

Однако, несмотря на понимание важности семейной заботы, долгие годы научное сообщество не могло ответить на вопрос, чего же недостает в системе интернатного воспитания, какие именно сферы развития ребенка подвержены негативным влияниям и почему это происходит. У ученых и практиков также не было убедительных данных о том, что именно дает ребенку воспитание в семье и почему оно является критически важным, на какие сферы развития и каким образом влияет. Поэтому им приходилось оперировать не фактами, а абстрактными концепциями «любви и гуманности», обсуждая возможные формы ухода за детьми.

Это приводит к тому, что до сих пор остается множество людей, которые считают, что достаточно назначить «хорошего» директора учреждения и подобрать необходимое количество квалифицированных специалистов, и тогда у детей, проживающих там, все будет хорошо. Однако в реальности это не так. Ни смена директора, ни новое название учреждения, ни обучение персонала или вливание дополнительных средств не смогут заменить ребенку семью. Так уж устроены все мы — чтобы успешно развиваться, нам нужны постоянные близкие люди, которые о нас заботятся. Только чтобы окончательно поверить в это, человечеству потребовалось проведение широкомасштабных научных исследований.

Книгу о главном из них вы и держите сейчас в руках. Исследование, о котором в ней пойдет речь, было проведено в Румынии на рубеже XX и XXI веков. Его результаты показывают, что система группового воспитания

негативно влияет на все сферы развития ребенка — физическое, когнитивное, языковое, социально-эмоциональное. Это влияние прослеживается на разных уровнях — особенности поведения, способности строить отношения с другими, развитие мозга и даже негативные изменения на генетическом уровне.

Кажется, что родительская любовь и забота действительно способны творить чудеса. Но у этих чудес есть вполне научные объяснения, с которыми знакомят нас авторы книги. Перевод детей в приемные семьи может восполнить многие дефициты, однако не все негативные последствия пребывания в учреждении быстро исчезают сами собой. На восстановление могут потребоваться серьезные ресурсы и годы жизни в теплых, принимающих семейных условиях. А в некоторых сферах без помощи специалистов многие трудности, связанные с проживанием в учреждении, могут оставаться на долгое время и существенно мешать успешной адаптации ребенка.

Главный вывод, к которому подводит нас эта книга: найти каждому ребенку семью — это не просто красивый лозунг или вопрос гуманности. Это жизненная необходимость для ребенка и насущная потребность для общества.

Результаты исследования, которые представлены в данной книге, важны для всего мира. И мы невероятно рады, что они стали доступны и для российских читателей. Понимание потребностей детей важно для определения приоритетов семейных форм воспитания и развития системы помощи в нашей стране. Россия — уникальная страна с удивительной историей и культурой, однако потребности детей во всем мире являются общими — жить в семье, в окружении небольшого количества близких людей, которые ежедневно заботятся о нем.

Мы гордимся тем, что русское издание этой книги выходит при поддержке Фонда «Обнажённые сердца», который развивает программу «Каждый ребенок достоин семьи» с 2011 года. Основная задача этой программы, чтобы все дети в нашей стране жили в семьях и могли реализовывать свой потенциал и чтобы они и их семьи получали самые современные и эффективные услуги.

С уважением,

Президент Фонда Ася Залогина

Директор программы
«Каждый ребенок достоин семьи»
Инна Монова

Эксперт Фонда детский невролог
Святослав Довбня

Эксперт Фонда клинический психолог
Татьяна Морозова

ПРЕДИСЛОВИЕ

Эта книга подводит итоги более чем 10-тилетнего исследования, посвященного детям, живущим в учреждениях сегодня, находившимся там раньше и никогда не испытавшим опыта проживания в них. Хотя дело происходит в Румынии, последствия этой работы для детей во всем мире весьма значительны. По приблизительной оценке ЮНИСЕФ (United Nations Children's Fund – Детский фонд ООН), сегодня от 70 до 100 миллионов детей в мире остались без попечения родителей, причем 8 миллионов из них постоянно живут в учреждениях. (По определению ЮНИСЕФ сирота – ребенок, потерявший по крайней мере одного родителя.) Эта оценка, безусловно, ниже реального числа детей, живущих в учреждениях. Тем более что во многих бедных странах, где распространенной практикой является помещение сирот в учреждения, нет достоверной статистики.

Это число, скорее всего, будет расти в ближайшие годы по двум причинам. Во-первых, войны и такие болезни, как СПИД, оставят еще больше детей без родителей. Во-вторых, в последнее десятилетие значительно сократилось международное усыновление – по крайней мере, американскими семьями (с 20 тысяч в год в начале 2000-х годов примерно до 12 тысяч в 2010 году и 10 тысяч в 2012 году). Понимая масштаб этой проблемы и угрозу, которую она несет социальному здоровью

мира, правительство США ищет возможности распространения стратегий с доказанной эффективностью для оказания помощи детям, оставшимся без семьи.

Осознание того, что происходит с детьми, испытавшими глубокую депривацию в раннем возрасте, чрезвычайно важно: оно не только углубит научное понимание роли опыта в развитии мозга, но и позволит государствам определить, как лучше заботиться о детях, потерявших родителей. Наконец, оно предоставит столь необходимую информацию, как системам охраны детства, несущим ответственность за детей, подвергшихся пренебрежению или жестокому обращению со стороны родителей, так и семьям, принимающим таких детей в свои дома.

Глава 1

Начало путешествия

Давайте начнём со смелого предположения, что именно в понимании человеческого мозга сокрыт ключ к объяснению нашего поведения, которое, в свою очередь, может помочь разгадать загадки, до сих пор окружающие множество болезней, с которыми общество тысячелетиями не может справиться. Нам, однако, никогда не понять, как работает взрослый мозг, если мы прежде не разберемся в процессе его *развития*. То есть не поймём, как зигота, состоящая всего из двух клеток, — продукт соединения сперматозоида с яйцеклеткой, — превращается сначала (через какие-нибудь несколько недель после зачатия) в простую нервную трубку, которая затем трансформируется в сложный полуторакилограммовый орган. А он в свою очередь, меньше чем через 2 года после зачатия, превращает бессловесного младенца в того, кто с криком «Нет!» носится по дому от матери, собравшейся его выкупать.

Хотя эта книга и посвящена развитию мозга, точнее будет сказать, что она рассматривает влияние опыта (а еще точнее — влияние отсутствия необходимого опы-

та) на развитие мозга, а следовательно, и на развитие ребенка. Это рассказ о детях, оставленных родителями и растущих в стационарных учреждениях. Речь пойдет о том, что происходит с человеком и его мозгом, когда определенные фундаментальные условия развития отсутствуют — например, младенцы и маленькие дети не получают зрительных или слуховых ощущений (для стимуляции слуха и зрения); взрослые не утешают их, когда младенцы в этом нуждаются, не говорят с детьми (тем самым обучая их речи и подтверждая сам факт их существования) и не удовлетворяют основные нужды маленького человека, который еще не может сам о себе позаботиться. У типично развивающегося ребенка в семье эти потребности и реакции взрослых представляются само собой разумеющимися. Но здесь мы рассказываем о детях, растущих в среде, где они вовсе не обязательно встречают необходимый отклик.

В последние 20 лет наши знания о развитии мозга росли экспоненциально. Рост этот в основном связан с достижениями нейронаук. Модели, построенные на основе изучения мозга животных, проливают свет на все: от генов, вовлеченных в строительство мозга, до молекул, участвующих в построении нейронных сетей. Одновременно с этим стремительно расширились возможности наблюдать живой человеческий мозг в действии — вплоть до того, что мы теперь можем неинвазивно заглянуть в мозг спящего новорожденного, чтобы исследовать не только его анатомию, но и его электрическую и метаболическую активность. И хотя многие детали развития мозга еще только предстоит исследовать, уже сейчас мы можем говорить о некоторых вещах вполне определенно. Во-первых, мы знаем, что мозг формируется постепенно, начиная с нескольких недель после зачатия, на протяжении всего детства и позднее, в под-

ростковый и юношеский периоды, вплоть до ранней взрослости. Таким образом, вопреки ошибочному, но время от времени вновь всплывающему представлению, развитие мозга не заканчивается в 3 года.

Во-вторых, мы знаем, что гены задают лишь первоначальный проект развития мозга (так же, как архитектор создает только план будущего дома). Этот генетический план определяет основные свойства нервных клеток, а также главные правила их соединения внутри цепей и между ними, то есть задает матрицу архитектуры мозга.

В-третьих, как только гены создали рамку последующего развития мозга, важнейшую роль в его точной настройке и доработке начинает играть переживаемый опыт. Влияние начинается еще в пренатальный период (последствия алкоголя и материнских стрессов — лишь 2 примера влияния пренатального опыта). Опыт играет многократно возрастающую роль в формировании и точной настройке мозга после рождения ребенка и сохраняет ее до завершения подросткового возраста.

Нейрофизиолог Уильям Гринау (William Greenough) предложил два механизма, посредством которых опыт прокладывает себе путь в структуры мозга: развитие, ожидающее опыта, и развитие, зависящее от опыта[1].

Развитие, «ожидающее опыта», — это процесс, посредством которого опыт, приобретаемый в узком временном «окне», оказывает значительное влияние на все последующее развитие. Как правило, этот опыт является общим для всех представителей данного вида и включает, например, возможность получить определенные световые ощущения (для стимуляции развития зрения); возможность видеть лица и слышать речь (для развития социальной коммуникации и языка); наличие необходимого ухода. Развитие, «зависящее от опыта», напротив, относится к изменениям мозга на протяжении всей жиз-

ни и уникально для каждого индивида. Примеры такого развития — обучение и память.

Наконец, мы знаем, что существенную роль для многих аспектов развития мозга играет временной промежуток, в который происходит воздействие опыта, особенно (хотя и не исключительно) для тех, которые формируются после рождения[2]. Таким образом, основополагающим здесь — и это пройдет красной нитью через всю книгу — является представление о *сензитивном периоде*[*]. Гены задают базовые структуры для многих функций мозга, но поскольку их число ограниченно (по современным оценкам активных генов около 20 000), для нашей адаптации выгодно позволить новому опыту воздействовать на способность гена регулировать многие элементы развития мозга: от простых до сложных цепей, от сенсорной до ассоциативной коры больших полушарий. Таким образом, гены программируют основу развития мозга, а опыт обеспечивает его тонкую настройку. Как мы увидим в дальнейшем, если этот принцип нарушается, развитие мозга также может быть нарушено, что позднее приведет к серьезным отклонениям в организации поведения.

Политика и реальность

В нейронауках уже несколько десятилетий известно, что мозг формируется постепенно, что некоторые области развития более других зависят от опыта, и что внутри этих областей чрезвычайно важным оказывает-

---

[*] Сензитивный период — определенный период в жизни человека, в течение которого формирование некоторых психологических свойств и видов поведения наиболее благоприятно.

ся время воздействия. Эта информация, однако, не всегда встречает должное внимание. Особенно у политиков и общественных деятелей, которые обязаны защищать права и интересы уязвимых детей, — в частности, у тех, кто пытается защитить детей, находящихся под опекой государственных служб, или брошенных, беспризорных детей в странах, не поддерживающих размещения их в семьи.

17 апреля 1997 года президент Билл Клинтон (Bill Clinton) и первая леди Хиллари Клинтон (Hillary Clinton) принимали в Белом доме конференцию по раннему развитию и обучению под названием: «Что новые исследования мозга говорят о самых маленьких детях» («The White House Conference on Early Childhood Development and Learning: What New Research on the Brain Tells Us about Our Youngest Children»). Эта конференция подстегнула и без того большой интерес к раннему развитию мозга. Однако потому ли, что на ней был всего один ученый, представлявший науки о развитии мозга, или потому, что СМИ чересчур упростили информацию о ней, или, наконец, потому, что эта конференция совпала по времени с публикацией некоторых недавних исследований по обучению, представленные публике данные о развитии мозга оказались значительно искажены. Например, в одной из статей того времени утверждалось, что студенты колледжа, в течение нескольких минут слушавшие Моцарта, показали кратковременное улучшение пространственной ориентации[3]. Вскоре после этого губернаторы Джорджии и Мичигана начали рассылать семьям с новорожденными детьми диски торговой марки «Бейби Моцарт» (Baby Mozart). Так возникла многомиллионная индустрия, продукция которой якобы стимулировала развитие мозга (здесь можно напомнить о торговой марке «Бейби Эйнштейн» (Baby

Einstein). Затем на публику обрушивается шквал статей о так называемых критических периодах и, в частности, о том «факте», что развитие мозга прекращается в возрасте 3 лет. И тут же «Нью-Йорк Таймс» в ироничной редакционной статье приводит стенания матери о том, что теперь, когда её малышу уже 3 года, его судьба предопределена раз и навсегда[4].

Отклики СМИ на конференцию в Белом доме оживили общественную дискуссию о развитии мозга. Одни исследователи сетовали, что данные, обсуждавшиеся на конференции, были отнюдь не новыми, а во многом и давно известными[5]. Другие воспринимали эту информацию как призыв к действию, как возможность изменить устоявшуюся практику и обеспечить всем детям равные возможности здорового жизненного старта. Занятно, что специалисты по детскому развитию боролись за это десятилетиями. Однако потребовалось всего лишь, чтобы СМИ растиражировали фотографии работающего мозга, и тогда необходимость раннего вмешательства в его развитие неожиданно приобрела значительный вес. На этом фоне в 1997 году фонд Джона и Кэтрин Макартуров (the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation) проявил заинтересованность в поддержке междисциплинарных усилий, направленных на то, чтобы пролить свет на ключевые аспекты влияния раннего опыта на развитие мозга. В феврале 1998 года фонд официально запустил исследовательский проект под названием «Ранний опыт и развитие мозга» («Early Experience and Brain Development»), директором которого стал Чарльз Нельсон (Charles A. Nelson), а ведущими сотрудниками — Чарльз Зина (Charles Zeanah и Натан Фокс (Nathan Fox). Исследование, о котором подробно рассказывается в этой книге, возникло как непосредственный результат этого проекта[6].

Основные принципы

Группа начала работать, основываясь на следующих двух принципах:

1. Опыт является продуктом постоянно продолжающегося двустороннего взаимодействия между средой и мозгом.
2. Индивидуальность является продуктом и персонального опыта, и биологической наследственности.

Опыт

Опыт принято описывать через характеристики окружения, в котором живет индивид. Например, его можно представить как воздействие конкретного метода обучения или погружение в комфортную, стимулирующую среду. Исследования показывают, однако, что опыт является не простым результатом влияния среды, но итогом сложного двунаправленного взаимодействия между средой и развивающимся мозгом.

При таком подходе результаты любого конкретного воздействия в одинаковых условиях могут сильно различаться в зависимости от истории развития, степени зрелости и актуального состояния мозга человека. Например, посещение лекции на китайском языке — это весьма разный опыт для понимающего и не понимающего по-китайски человека, для 3-летнего ребенка и взрослого, для заинтересованного в предмете и безразличного к нему. Этот принцип, столь очевидный при рассмотрении сколько-нибудь сложного опыта, равно применим и к простому. Даже кажущиеся совсем элементарными физические взаимодействия (например, отец нежно подбрасывает ребенка в воздух — так часто

поступают с маленькими детьми) будут значительно различаться в зависимости от истории и состояния участников (большинству взрослых вряд ли понравится быть подброшенным в воздух, особенно, например, если это происходит в самолете во время турбулентности).

Значительное влияние на опыт оказывает и соответствующая ему зрелость мозга. Разные области мозга созревают в разном темпе. Например, те, которые отвечают за обработку сенсорной информации, созревают раньше тех, которые поддерживают комплексное познание. Предъявление некой информации маленькому ребенку (прежде чем его мозг созреет для ее обработки) и подростку (с его более развитыми способностями) создает у них вовсе не одинаковый опыт. По мере того, как мозг под влиянием опыта меняется и созревает, становится более сложной и его когнитивная интерпретация окружения. Таким образом, когда мозг человека меняется, особенно на ранних этапах развития, та же самая физическая среда порождает у него совершенно другой опыт. Хороший пример этого — освоение языка. Мы знаем, что уровень сложности детской речи, включая словарный запас, сильно различается в зависимости от особенностей речи, которую дети регулярно слышат вокруг. Однако использование сложных предложений и «умных» слов окажет гораздо меньшее влияние на 6-месячного младенца, чем на 3-летнего малыша, вследствие разницы между этими возрастами в зрелости мозга — мозг 6-месячного просто еще никак не может использовать эту слишком сложную для него информацию.

Наконец, определенные свойства мозга существенно отличаются как у разных людей, так и у одного и того же человека в различные периоды жизни. И если определять опыт как взаимодействие мозга со средой, научное

описание его должно включать характеристику контекста, в котором этот опыт возникает, этапа развития младенца или ребенка (включая зрелость мозга) и специфического воздействия, которому подвергается индивид.

Здесь вот что важно: младенец или ребенок не пассивно воспринимают информацию. Опыт — это не то, что просто случается с ними, независимо от того, насколько они малы или насколько пассивными кажутся взрослому. То, что привносит в получаемый опыт сам ребенок, чрезвычайно существенно. Что именно имеется в виду? В самый краткий список придется внести историю развития ребенка, особенности культуры и непосредственного окружения, состояние и целостность мозга к моменту переживания данного опыта, а со временем и то, как ребенок его интерпретирует. Двое детей могут расти в, казалось бы, идентичных условиях и тем не менее иметь очень разные показатели развития в будущем.

Исследование таких сложных взаимодействий требует долгосрочного планирования и измерения большого числа параметров. Будучи проведённым правильно, оно поможет найти различия в результатах у детей, начавших свою жизнь в похожих неблагоприятных условиях. Именно это стало непосредственной целью «Бухарестского проекта по раннему вмешательству» (BEIP) в исследовании младенцев, которые были оставлены родителями и жили в условиях серьезной психологической депривации.

Индивидуальность

Развитие мозга направляется сложным набором генетически запрограммированных влияний. Они включают как молекулярные, так и электрические сигналы,

спонтанно возникающие в растущих нейронных сетях. Вместе эти сигналы выстраивают нервные пути и паттерны связей, не только отличающиеся поразительной точностью, но и обеспечивающие животным возможность рождаться с некоторыми отдельными видами поведения. Они же лежат в основе инстинктивного поведения, проявляющегося гораздо позднее в жизни, и часто ассоциируются с эмоциональными реакциями, поиском пищи, сексом, а также социальным поведением.

Гены в разной мере задают свойства нейронов и нейронных связей по разным нервным путям и по разным уровням обработки информации. Степень генетической предопределенности отражает то, в какой мере информация, обрабатываемая в конкретных связях, предсказуема от поколения к поколению. Поскольку многие аспекты мира, в котором живет человек, непредсказуемы, внутримозговые нейронные связи достраиваются в соответствии с получаемым опытом, с тем чтобы они могли служить нуждам конкретного индивида. Опыт оттачивает и уточняет эти нейронные связи и взаимодействия, иногда довольно существенно, но всегда в пределах ограничений, налагаемых генетикой.

Влияние опыта на мозг не постоянно в течение жизни. Ранний опыт обычно оказывает особенно сильное воздействие на формирование функциональных свойств незрелого мозга. Многие нервные соединения проходят через такой период в своем развитии, когда их подверженность изменениям, определяемым опытом, выше, чем у взрослых. Языковые навыки, эмоциональные реакции, социальное поведение, а также основные сенсорные и моторные способности эффективно формируются и, во многих случаях, окончательно и навсегда, в эти сензитивные периоды. Таким образом, индивидуальные

способности шлифуются во взаимодействии эволюционного научения и личного опыта.

В нашем проекте BEIP мы наблюдали как области развития, тесно связанные с сензитивным периодом (например, язык, привязанность), так и менее зависящие от него (исполнительные функции, психопатология). Мы также видели области развития, в которых эффективность вмешательства не зависела от возраста ребенка, в котором это вмешательство проводилось. Другими словами, — развитие не ограничивалось ранним опытом. Таким образом, перед нами встала проблема, с которой сталкивались многие исследователи в области психологии и нейронаук: взаимосвязь и взаимозависимость интенсивности, возраста, продолжительности вмешательства и специфики контекста. Иными словами, сколько опыта критически необходимо для того, чтобы развитие было типичным, в какой момент жизни это должно происходить, какой продолжительности должен быть этот опыт и на какую сферу компетентности индивидуума или его поведения он повлияет. Эти 4 фактора существенно влияют и на исходы в результате раннего помещения ребенка в учреждение, и на эффективность вмешательства — перевод ребенка в приемную семью.

Основываясь на этих общих положениях, группа «Ранний опыт и развитие мозга» (Early Experience and Brain Development) начала строить свою исследовательскую программу. Основной вопрос был очевиден: как разный опыт влияет на развитие мозга и, впоследствии, на поведение? Сначала в работе группы преобладали исследования на животных — просто потому, что в них гораздо легче как манипулировать опытом, так и устанавливать результаты его влияния на мозг и его развитие. Так, мы работали с грызунами, певчими птицами, совами и, что особенно важно, макаками-резус. В конце этой главы

будет показано, как исследования на обезьянах, проведенные под руководством доктора Джуди Кэмерон (Judy Cameron), послужили отправной точкой для нашей работы с воспитанниками домов ребенка в Румынии.

Ранняя психосоциальная депривация и человеческое развитие

Дети-сироты или дети, от которых отказались родители, веками воспитывались в учреждениях. Несколько важных исследований, проведенных в середине XX века, показали, что дети, растущие в учреждениях, страдают разнообразными отклонениями в развитии — от задержки роста и нарушений интеллекта до эмоциональных отклонений, включая те, которые Рене Шпиц (Rene Spitz) отнес к так называемому «госпитализму» (охарактеризованному им миазмом, апатией, низким уровнем активности, снижением социальной отзывчивости и эмоциональной выразительности)[7]. Подробнее мы обсудим подобные проявления в главе 6. Хотя дети, растущие в учреждениях, очевидно лишены многих видов опыта, который обычно получают другие дети, большинство исследователей полагали, что именно отсутствие непрерывного и внимательного ухода — так называемая психосоциальная депривация — находится во главе этого списка. Давно уже известно, что именно наполненные заботой отношения с окружающими ребенка взрослыми с самого рождения создают ту основу, на которой впоследствии строятся все другие отношения. Стабильные, полные любви и безопасные связи, возникающие между ребенком и теми, кто о нем заботится, закладывают у него целый спектр компетенций, включая самооценку, позитивные социальные навыки, успешные близкие отно-

шения в будущем и способность к пониманию сложных эмоций[8].

Проведенные в последнее время исследования нейрофизиологов (как правило, на грызунах, но есть и несколько работ, выполненных на приматах) показали, что такие ранние позитивные отношения помогают строить и укреплять архитектонику мозга. Например, работа лаборатории Майкла Мини (Michael Meaney) из Университета Макгилл (McGill University) продемонстрировала, что детеныши крыс, рожденные и воспитанные матерями, которые их всячески ласкали и вылизывали (у крыс это проявление материнской заботы), вырастали менее беспокойными, лучше справлялись со стрессом, обладали более высокими познавательными способностями, чем крысы, о которых матери заботились меньше[9]. На молекулярном уровне плотность нервных рецепторов (глюкокортикоидных рецепторов) в той части мозга, которая отвечает за память (гиппокамп), сильно различается у крысят, получавших хороший материнский уход, и у тех, кто получал его меньше (похоже, этим же объясняются и различия в стрессоустойчивости)[10]. Примечательно, что женские особи крыс, рожденные и выросшие при высоком уровне материнской заботы, тоже проявляют стремление больше заботиться о потомстве[11]. Эта передача особенностей поведения между поколениями не является генетической в узком смысле — детеныши крыс не наследуют уровень заботы о потомстве, скорее это эпигенетическая передача опыта, т. е. влияние материнского опыта на то, как сработает ДНК у ее детеныша, изменяя структуру и функции его мозга[12].

Научное открытие — нередко дело случая, неожиданно появившейся возможности. Так называемые «ошибки природы» как раз и являются примером такого рода возможностей, и одна из них представилась нашей груп-

пе на этапе планирования исследования. Нам довелось организовать исследование маленьких детей в Румынии, имевшее явные параллели с нашим проектом с макаками-резус.

Для начала вот краткое описание контекста нашего исследования в Румынии (более подробно см. гл. 3 и 6). В 1989 году румынский диктатор Николае Чаушеску был свергнут в результате государственного переворота, а затем и казнен. Неожиданно Румыния, 44 года прожившая под властью коммунистов, страна, о которой Западу почти ничего не было известно, оказалась открытой миру. Новостное агентство ABC News сообщило, что огромное количество детей в этой стране содержится в государственных учреждениях (постепенно выяснилось, что таких детей около 170 тысяч), и многие из них живут в крайне неблагоприятных условиях[13]. Западная пресса широко освещала их тяжелую судьбу, и многих из них очень быстро усыновили в Западной Европе и Северной Америке. К сожалению, большинство семей оказались плохо подготовлены к тому, насколько тяжелые нарушения были у этих детей. Журнал Американской медицинской ассоциации (*Journal of the American Medical Association)* так заключал свой рассказ об условиях жизни детей в румынских детских учреждениях: «Румынии отчаянно и срочно нужна международная помощь в преодолении кризиса с детскими домами. Тысячи юных жизней находятся в опасности. Навешивать на этих детей ярлык «безнадёжных» — чудовищная несправедливость»[14].

Дана Джонсон (Dana Johnson), педиатр из Университета Миннесоты (University of Minnesota), коллега Чарльза Нельсона (Charles A. Nelson), в 1986 году создал первую в США клинику для усыновленных из-за рубежа детей и таким образом приобрел обширный опыт работы с ними. Нельсон и Джонсон часто обсуждали про-

блемы, которые наблюдались у детей, усыновленных из учреждений, в том числе и из румынских. Однажды Джонсона пригласили на встречу в фонде Макартуров, на которой он рассказал о серьезных задержках развития и аномальном социально-эмоциональном поведении, характерном для этих детей. Некоторые участники встречи сразу увидели жутковатое сходство между ними и выросшими без матерей обезьянками из знаменитых опытов Гарри Харлоу (Harry Harlow) 50-х и 60-х годов[15]. Харлоу растил обезьян в социально депривированной среде, иногда вместе с ровесниками, а иногда и без них, но всегда без матерей. Он наблюдал у них нечто тревожно напоминающее описанные Джонсоном особенности поведения детей, содержавшихся в учреждениях: аномальные проявления привязанности и эмоциональную ограниченность, необычные стереотипии (бесцельные повторяющиеся раскачивания или вращения) и значительные нарушения интеллектуальных функций.

Эти выводы совпали и с наблюдениями Джуди Кэмерон (Judy Cameron), нейропсихолога нашей группы, которая начала исследование о влиянии материнской депривации на макак-резус. В этом проекте обезьяны содержались в клетках в больших социальных группах. Как правило, в лабораторных исследованиях обезьян детенышей отделяют от матерей в возрасте 6 месяцев. В эксперименте Кэмерон это делали в разные сроки: в возрасте недели, месяца, 3 или 6 месяцев. Однако вместо разлучения детенышей с матерями, как это делал Харлоу, Кэмерон объединяла их в группу, но удаляла оттуда матерей, оставляя расти с другими обезьянами.

Кэмерон и ее группа сделали 2 поразительных наблюдения: во-первых, обезьяны, чьи матери были удалены рано — через неделю или через месяц, — имели значительные психологические нарушения. Во-вторых,

эти 2 группы разительно отличались друг от друга по тому влиянию, которое на них оказало удаление матери. Обезьяны, отделенные в недельном возрасте, демонстрировали глубокое отсутствие внимания и интереса к другим обезьянам, предпочитали проводить время в одиночку, часто раскачиваясь или предаваясь другим стереотипным движениям. В противоположность этому, обезьяны, прожившие с матерями первый месяц жизни, имели настоятельную потребность в контакте с другими обезьянами и демонстрировали повышенную тревожность, прижимаясь и цепляясь без разбору к любой обезьяне, оказавшейся поблизости. Если макаки, отделенные в недельном возрасте, показывали высокую тревожность в присутствии других обезьян, животные, отделенные через четыре недели после рождения, проявляли тревожность, когда никого рядом не было. Детское «цепляние» у них сохранялось далеко за пределами того периода, в котором это поведение считается нормальным.

Знакомство с этими результатами привело нас к выводу, что различие во времени, в которое произошла сепарация, сказывается впоследствии на характере нарушения социальных связей. В случае обезьян, отделенных от матери в возрасте одного месяца, отношения между детенышем и его матерью были разрушены, в случае же отделения через неделю эта связь еще не успела установиться.

И хотя мы, конечно, не приравниваем поведение детенышей обезьян к поведению маленьких детей, но описанные Джонсоном случаи отклонений, наблюдаемых как у детей в учреждениях, так и у детей, усыновленных американскими семьями, безусловно, позволяют усмотреть пугающее сходство между ними. Многие из этих детей, несмотря на усыновление их любящими семья-

ми, демонстрировали совершенно нетипичные для их возраста проявления привязанности и особенности поведения. Эти трудности формирования привязанности и аффективного поведения носили более выраженный характер, но всё же были очень похожи на те особенности, которые детский психиатр Чарльз Зина наблюдал у детей, подвергшихся тяжелому пренебрежению в Соединенных Штатах. Так, например, дети, потребностями которых постоянно пренебрегали, могли испытывать и проявлять дистресс, но не стремились к утешению и не откликались на него; были эмоционально зажаты; могли в любой момент подойти к чужому или уйти с ним; не знали или легко нарушали социальные границы. И мы тогда подумали: не провести ли нам исследование детей, которые растут в больших учреждениях при отсутствии в их жизни «главного взрослого»?

Бедственное положение детей, которые начинают свою жизнь в учреждениях

К концу 90-х годов, когда мы готовились к запуску Бухарестского проекта, беспрецедентное число бывших воспитанников детских домов из Румынии обрело новый дом в США, Канаде и Англии. Был запущен ряд проектов по изучению таких детей. Эта работа, дополняя исследования, выполненные в середине XX века, показывала, что чем дольше дети находятся в учреждении, тем более отклоняется от нормы их развитие и тем значительнее нарушается поведение[16]. Однако в отличие от предшествующих, в этих работах использовались новейшие технологии оценки и более сложный дизайн исследования для определения того, как время получения того или иного опыта влияет на развитие (см. главу 6).

Мы внимательно следили за этой важной работой и были поражены как масштабом влияния жизни в учреждении на маленьких детей, так и масштабом восстановления в развитии некоторых из них после усыновления, которое было возможным, но происходило не у всех. К тому же мы знали, что для усыновления детей отбирали, и выбранные дети (самими будущими родителями, агентствами по усыновлению или директорами учреждений) часто были самыми здоровыми и привлекательными среди сверстников. Было трудно оценить, как эта предвзятость влияет на полученные данные, и это ограничение приходилось постоянно иметь в виду.

После выступления Даны Джонсона на встрече в фонде Макартуров появилась идея строгого научного исследования влияния ранней институциализации на развитие мозга и поведения. Более того, Дана предложил нам связаться с Кристианом Табакару (Cristian Tabacaru), министром по защите детства в Бухаресте. Как раз тогда Табакару искал способ убедить членов правительства законодательно ликвидировать учреждения во всей стране, и полагал, что научная аргументация может оказаться более убедительной, чем этические или моральные доводы. В декабре 1998 года Чарльз Зина отправился в Бухарест, чтобы на месте оценить перспективы проведения там такого исследования. После его возвращения группа потратила около полутора лет, обсуждая различные дизайны возможного исследования, а также основные этические проблемы, которые могли возникнуть. В результате этих обсуждений и родился «Бухарестский проект по раннему вмешательству» (BEIP). На начальном этапе он имел 2 основных цели: 1. Изучить влияние институциализации на развитие мозга и поведение; 2. Выяснить, обратимы ли эффекты ранней институциа-

лизации после помещении детей в семьи. Уникальность условий исследования позволяла применить в нем строгий экспериментальный дизайн (рандомизированное исследование с контрольной группой) и проверить 3 конкретные гипотезы:

— во-первых, развитие детей, растущих в семье, должно опережать развитие детей, содержащихся в учреждениях;
— во-вторых, чем дольше ребенок содержится в учреждении, тем сильнее выражены у него отклонения и нарушения развития;
— и, в-третьих, возраст помещения ребенка в приемную семью может быть даже важнее для дальнейшего развития, чем время, проведенное в такой семье.

Таблица 1.1 показывает, как нам виделись возможные результаты исследования и их интерпретация.

Если наши гипотезы будут подтверждены, результаты исследования получат огромное значение для политических решений как в Румынии, так и, потенциально, за ее пределами во всем мире. Возможно, правительственные учреждения, станут чаще рассматривать альтернативы государственному воспитанию. В мире миллионы сирот, детей, подвергающихся жестокому обращению, и тех, от кого отказались родители. Множество детей попали в учреждения в результате эпидемии СПИД в Африке и происходящих там и на Ближнем Востоке вооруженных конфликтов. Необходимо срочно найти способы лучше позаботится о них.

Планируя эту работу, мы, конечно, понимали, что даже лучшие научные гипотезы не всегда подтверждаются. Что касается Бухарестского проекта, нам приходилось допускать, что если дети, проживающие в учреждениях, действительно в чем-то отличаются от тех, кто не был

Таблица 1.1. ОТСРОЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗНЫХ ВИДОВ ЗАБОТЫ И УХОДА

	Гипотетические отсроченные результаты	Их значение
Исходные данные	IG* = NIG	Неблагоприятный ранний опыт значения не имеет; различия объясняются индивидуальными особенностями. Следовательно, все обследуемые дети покажут сходные результаты по тестам тестовой батареи проекта BEIP
	IG < NIG	Дети, помещенные в учреждение, имеют нарушения развития либо вследствие пренатального воздействия, с чем и была связана институциализация ребенка, либо потому, что ранняя постнатальная депривация приводит к нарушению развития.
При прослеживании	CAUG = FCG = NIG	Ранние дефициты, если они и имели место, компенсируются последующим развитием, и, как и в случае исходных данных, условия раннего воспитания не повлияют на результаты
	CAUG = FCG < NIG	Ранний опыт определяет результаты; изменения, связанные с помещением в развивающую среду, невозможны
	CAUG < FCG = NIG	Ранний опыт депривации полностью компенсируем помещением в развивающую среду
	CAUG < FCG < NIG	Неблагоприятный ранний опыт приводит к последствиям, до определенной степени компенсируемым помещением в развивающую среду, возможно, в зависимости от времени вмешательства

Примечание: CAUG (case-as-usual group) — условия проживания не изменились (дети, длительно проживающие в учреждении); FCG (foster care intervention group) — группа детей, помещенные в приемные семьи; NIG (never-institutionalized community comparison group) — контрольная группа (дети, никогда не подвергавшиеся институциализации). Подробное описание дизайна эксперимента бухарестского проекта см. в главе 2.

* IG (institutionalized group) — группа детей, проживающих в учреждениях.

там, тогда перевод этих детей в семьи может оказаться неэффективным по той простой причине, что самое начало их жизни оказалось для них слишком разрушительным. Здесь важно отметить, что, когда мы начинали наш проект, в Румынии находились люди, говорившие нам, что эта работа не нужна, потому что государство лучше заботится о детях, чем семьи, а дети, помещенные в учреждения, — на самом деле «дефективны». (В главе 3 мы обсудим подробнее первоистоки и последствия этой веры). Мы понимали, что если и государственные чиновники так считают, они определенно не увидят ничего неправильного в воспитании в учреждениях, будут утверждать, что растить таких детей вместе — это очень мудрое решение проблемы. Таким образом, когда мы приступали к осуществлению этого проекта, ставки были очень высоки.

Глава 2

Дизайн и запуск проекта

Реализация такого широкомасштабного проекта за пределами США и с таким уязвимым контингентом, как дети, растущие в учреждениях, была крайне трудной задачей.

Наше желание оценить широкий спектр навыков развития у таких детей, измеряя параметры активности мозга, предполагало наличие оборудованной лаборатории, имеющей специализированную аппаратуру и персонал, тщательно подготовленный для работы с данной группой детей. А делали мы это в Бухаресте. Кроме того, для работы с подобранными нами приемными семьями необходимо было иметь достаточное число специально обученных социальных работников. Они помогли бы нам не только найти достаточно квалифицированных приемных родителей, но также проводили бы мониторинг и осуществляли поддержку семей в ходе нашего исследования. Наконец, нам нужно было создать и поддерживать штат румынских коллег, которые могли бы

стать посредниками между нами и государственными чиновниками. А учитывая, что никто из нас не знал ни слова по-румынски, мы целиком и полностью зависели от румынских сотрудников нашего центра в установлении необходимых контактов и поддержании рабочих связей.

Первые шаги

С самого начала мы понимали, что нам необходим местный руководитель этого проекта, в обязанности которого входили бы набор персонала и контроль за его работой, а также представительские функции: рассказывать о проекте на самых высоких уровнях системы государственного управления Румынии и в неправительственных организациях (НГО), с которыми мы впоследствии стали сотрудничать. Для этой роли прекрасно подошел и даже превзошел наши ожидания Себастьян Кога (Sebastian Koga). В 1999 г. он был 22-летним студентом-третьекурсником международного медицинского колледжа в Кембридже (Англия). В то время Себастьян как раз собирался сделать перерыв в занятиях и взять академический отпуск. Когда он услышал, что группа американских исследователей собирается запустить проект в Бухаресте и ищет менеджера, он выразил заинтересованность в этой работе.

Себастьян родился в Румынии, а после революции 1989 года вместе с матерью и сестрой эмигрировал в Соединенные Штаты. Тогда ему было 12 лет. Его отец, у которого были большие проблемы с коммунистами, вынужден был бежать из страны еще до падения Чаушеску, и после 1989 года вся семья воссоединилась в США.

Себастьян был принят на работу, в 2000 году переехал в Бухарест и начал свою деятельность в проекте BEIP.

Наличие двуязычного менеджера, представляющего себе обе культуры, стало ключом к успеху всего предприятия. Себастьян принимал участие во всех аспектах проекта, от наблюдения за строительством лаборатории до переговоров с румынскими властями, занимался наймом сотрудников, ремонтом электроэнцефалографа (оборудования для снятия ЭЭГ), поиском приемных семей и многими другими задачами. Его особым достоинством была способность сочетать видение общей картины с вниманием к мелочам; к тому же он был очень умен. Себастьян проработал в проекте до июня 2004 года, после чего вернулся в США, завершил свое медицинское образование и теперь работает нейрохирургом.

Запуск проекта

Учитывая масштабность нашего начинания, мы посчитали разумным сначала подготовить технико-экономическое обоснование, что и начали делать осенью 2000 года — как только Себастьян прибыл на место и набрал необходимый для начала персонал. Целью этого этапа исследования было не только определение наших методов и процедур, но и обучение новых сотрудников их применению. Кроме того, мы провели пилотное обследование местных детей, которые никогда не попадали в учреждения и, соответственно, не были целевой группой самого исследования (в итоге таких детей оказалось около 50).

Осенью 2000 года первым ассистентом в нашем исследовательском проекте стала Анка Радулеску (Anca Radulescu), до этого проработавшая 2 года психологом в центре Св. Екатерины — самом большом учреждении для маленьких детей в Румынии. Медсестра по образованию, Анка начинала работать с онкологическими

больными, а затем заинтересовалась психологическими аспектами ухода за такими пациентами. Тогда она решила стать психологом. В Румынии для этого требуется степень бакалавра. После года поисков в 1998 году она получила работу в центре Св. Екатерины. Это произошло вскоре после принятия нового законодательства по реформированию системы защиты детей (см. главу 3). И тогда именно центр Св. Екатерины стал домом для создаваемой лаборатории Бухарестского проекта. Привлечение Анки к работе было неоценимой удачей. Она знала весь внутренний уклад учреждения, его политику и правила, была лично знакома с ключевыми людьми и имела хорошие рабочие отношения с представителями системы защиты детей.

Вскоре после этого мы приняли на работу второго ассистента исследования, Кармен Калансеа (Carmen Calancea), а затем, по мере успешного развития начальной фазы проекта, к нам присоединились 2 социальных работника — Алина Росу (Alina Rosu) и Вероника Ивaскану (Veronica Ivascanu).

Одним из уникальных аспектов нашего исследования было измерение электрической активности мозга и реакций на стимуляцию у младенцев, живущих в учреждении до начала исследования и после. Необходимо было построить лабораторию для проведения электрофизиологических исследований. Использование ЭЭГ-оборудования в больницах было делом обычным, но, насколько нам было известно, никто не проводил электрофизиологических исследований, включающих компьютерную обработку вызванных потенциалов, и, уж конечно, никто не делал этого с младенцами и маленькими детьми.

Натан Фокс несколько лет до этого занимался разработкой оборудования для измерения таких сигналов у младенцев. Он вместе со своим тогдашним докто-

рантом Питером Маршаллом (Peter Marshall) взялся за создание лаборатории в центре Св. Екатерины. Питер и Натан прибыли в Румынию вместе со всей необходимой аппаратурой (энцефалографами, мониторами, компьютерами) и смонтировали все приборы. И хотя таможенные процедуры и установка оборудования в помещениях, выделенных нам Службой защиты детей, дались нелегко, лаборатория ЭЭГ функционировала нормально к тому времени, как мы были готовы к сбору исходных данных. Кроме того, мы отправили двух наших ассистентов, Анку Радулеску и Надю Раду (Nadia Radu), в Универ-

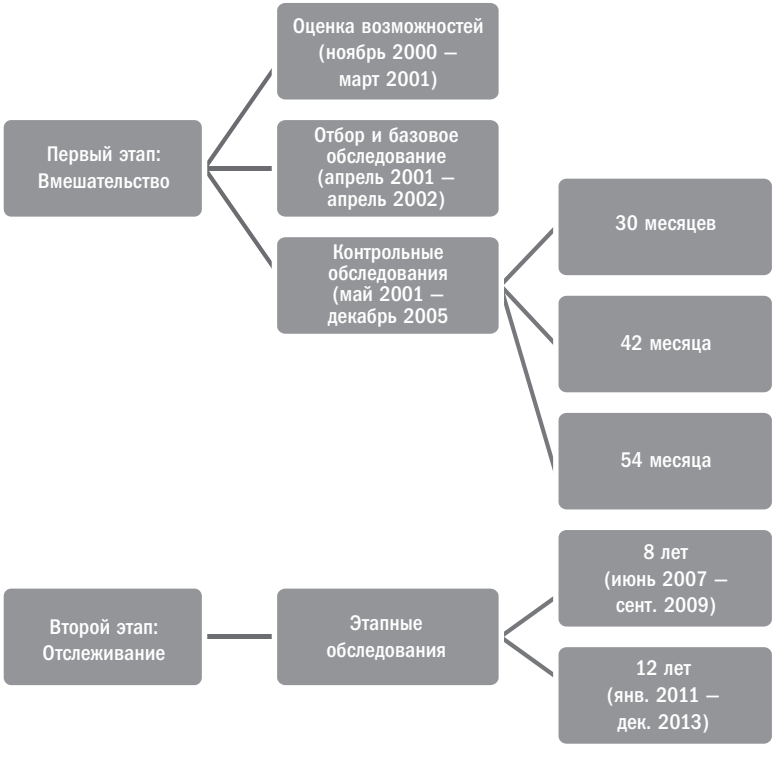

Рис. 2.1. Этапы проекта BEIP

ситет Мэриленда (University of Maryland), где они прошли интенсивный курс обучения ЭЭГ. Именно эти предварительные шаги позволили нам вести сбор данных об активности мозга на протяжении всего исследования.

На рис 2.1 показаны основные этапы развития нашего исследования. К марту 2001 года мы построили лабораторию, набрали первых сотрудников и провели достаточно пилотных измерений, чтобы обосновать выполнимость проекта. 1 апреля 2001 года стал днем официального старта проекта BEIP. Тогда же мы приняли двух новых сотрудников, Аделу Апетройа (Adela Apetroia) и Николету Корлан (Nicoleta Corlan), а вслед за ними — Джулиану Добре (Juliana Dobre) и третьего социального работника, Амелию Грациану (Amalia Graceanu).

Детские учреждения

Бухарест — подобно Парижу — разделен на нумерованные сектора или районы. Каждый район имел свои учреждения для детей раннего возраста. Мы работали с детьми из 5 районов (всего их 6). Учреждения, с которыми мы сотрудничали, несколько отличались друг от друга, например, размерами. Так, центр Св. Екатерины, на территории которого базировался наш проект, был самым крупным. В 1989 году здесь находилось 850 детей в возрасте до 3 лет. Были некоторые различия и в физическом облике помещений, где находились дети, как внутри одного и того же учреждения, так и между разными. Например, в центре Св. Екатерины некоторые палаты отличались не только яркой окраской стен, но и настенными украшениями, в то время как другие были выкрашены в скучный белый цвет и не имели никаких украшений. Отделения, каждым из которых руководил врач, отличались не толь-

ко слабым стремлением к технической эффективности, но и пренебрежением к чувствам детей и к индивидуальной заботе о них. Кормление было делом тихим и молчаливым. Чтобы накормить целую группу малышей, часто хватало одного взрослого, который зачерпывал ложкой «еду» из общей большой миски и по очереди отправлял ее в открытые рты детей. Купание было делом нелегким, проводилось оно с механической эффективностью конвейера и часто сопровождалось истошным криком малышей — и до, и во время, и после купания.

В большинстве учреждений отношение числа детей к числу сотрудников было примерно одинаковым, между 12:1 и 15:1. Сотрудники были государственными служащими, уровень их образования был невысок, а подготовка к работе с детьми недостаточна — это тоже было характерно для всех учреждений. В этих обстоятельствах от людей трудно было ожидать преданности делу и значительного вклада в развитие их подопечных.

Участники проекта

Когда мы начинали проект, в учреждениях Румынии находилось около 100 000 детей, 4200 из них — в Бухаресте. В докладе ЮНИСЕФ говорилось, что большинство детей оставлено в учреждениях либо по причине бедности, либо потому что их матери слишком юны и не замужем, либо потому, что сами дети при рождении резко отличались от других (например, родились недоношенными или имели какие-то врожденные дефекты). Однако подобные обстоятельства существуют во всем мире, и не от всех таких детей матери отказываются.

Считается, что в Румынии было так много брошенных родителями детей именно благодаря политике со-

циальной инженерии, проводившейся Чаушеску. Под его руководством семьям внушалось, что государство готово взять на себя заботу об их детях. Согласно румынским законам того времени, если семья посещала сданного в учреждение ребенка хотя бы раз в 6 месяцев, она сохраняла свои законные права на него. В этом отношении проблема оставленных детей в Румынии несколько отличается от того, что происходит в других странах. Однако, поскольку мы не имеем информации, почему матери оставляли своих детей, то не можем получить ответа на вопрос, чем они отличаются по этническим или социально-экономическим признакам от тех, которые этого не делали. Проблема возможных ошибок, связанных с формированием экспериментальной выборки, решалась рандомизацией (случайное размещение в приемные семьи или оставление в учреждении). Однако она не решала и не могла решить аналогичную проблему в исходной группе (кто из детей по какой причине попал в учреждение) — вероятная ошибка, для обхода которой не существует этически приемлемых возможностей.

4 из 6 секторов Бухареста имели учреждения, где содержались младенцы и маленькие дети (они назывались по-румынски leagan — «колыбель»), а в 1-м секторе их было даже 2. Мы набирали детей для проекта из всех учреждений, чтобы обеспечить равномерную представленность (то есть исключить возможность того, что дети из одного учреждения могут как-то отличаться от детей из другого). Наши критерии для включения детей в эксперимент были таковы: ребенок должен был быть не старше 30 месяцев и по крайней мере половину своей жизни провести в учреждении. Еще до включения в проект все дети прошли обследование у Даны Джонсона и у Мэри Джо Спенсер (Mary Jo Spencer), опытной педиатрической медсестры. Обследование включало неврологические тесты, измере-

ние роста и оценку имеющихся физических отклонений от нормы. Мы исключали детей с выявленными генетическими синдромами, такими, как синдром Дауна, очевидными признаками фетального алкогольного синдрома и микроцефалией (если размер головы был меньше, чем 2,5 стандартных отклонения от среднего значения окружности головы). Будучи ограничены отбором из относительно небольшой группы, мы отдавали себе отчет в том, что включение в проект детей с малой вероятностью восстановления может внести значительные отклонения в результаты и затруднить их интерпретацию. Так что, хотя мы и старались охватить проектом как можно больше детей, но вынуждены были исключить тех, кто имел серьезные ограничения по здоровью.

Первоначально мы обследовали 187 детей из 6 учреждений и исключили 51 из них на основе вышеприведенных критериев. Оставшиеся 136 отвечали условиям включения и были относительно здоровы. Конечно, позднее выявились проблемы, которые нелегко разглядеть во младенчестве. Например, на входе в исследование ни у одного ребенка не был диагностирован церебральный паралич, но несколько лет спустя одному из детей все же был поставлен этот диагноз. Легкие формы церебрального паралича довольно трудно обнаружить у младенцев, а этот ребенок был помещен в семью в очень раннем возрасте.

Хотя мы особенно внимательно обследовали детей на наличие явных признаков генетических и неврологических отклонений, нас беспокоили и другие факторы, способные повлиять на последующее развитие, такие как недоношенность. Появление на свет раньше положенного времени и низкий вес при рождении несут с собой особый набор факторов риска. К сожалению, данные о сроках, на которых дети были рождены, являлись ненадеж-

ными, а медицинские карты с рождения велись только у 112 детей. По ним дети были рождены между 30 и 42 неделями (срок доношенной беременности составляет 40 недель). Вес при рождении — более надежный индикатор, но и он был известен только для 122 детей и составлял от 900 граммов (чуть меньше 2 фунтов) до 4500 граммов (около 10 фунтов). M = 2790 г — средний вес, стандартное отклонение SD = 609 г, что отличается от контрольной группы: M = 3 333 г., SD = 459 г. В результате было окончательно отобрано 136 детей, 52% из которых были этническими румынами и 35% цыганами, остальные 13% имели либо смешанное происхождение, либо его нельзя было установить. Ко времени базового обследования все дети провели в учреждениях от 51 до 100% времени своей жизни, а 52% детей прожили там всю жизнь.

При обследовании младенцев, живущих в учреждениях Бухареста, оказалось, что самым маленьким из них было на тот момент около 6 месяцев. В то время многие новорожденные, от которых отказались матери, оставались в родильных отделениях больниц, после чего их передавали в «колыбели» (leagane — множественное число от «leagan»). Таким образом, возраст нашей выборки на момент сбора исходных данных составил в среднем 22 месяца при разбросе от 6 до 31 месяца. Эта характеристика группы окажет значительное влияние на наше исследование. Вспомним один из важнейших вопросов, которыми мы задавались на этапе подготовки проекта: существует ли такой сензитивный период в развитии, когда наше вмешательство окажется наиболее эффективным для исправления проблем, которые мы обнаруживаем у детей, растущих в учреждениях? Поскольку возраст наших детей к началу проекта BEIP был между 6 и 31 месяцами, у нас не было никакой возможности обнаружить такой период у детей младше 6 месяцев. С дру-

гой стороны, выбранный возраст — это время быстрого развития мозга, так что мы надеялись найти свидетельства существования такого периода в этом диапазоне.

По завершении сбора первичных данных младенцы были случайным образом распределены в 2 потока дальнейшего исследования: для вмешательства или для продолжения жизни в учреждении. Дети различались по возрасту, в котором они попали в учреждение (некоторые сразу после рождения, а другие после 6 месяцев). Соответственно, продолжительность их опыта в условиях депривации и возраст, в котором начиналось вмешательство, были разными. Это окажется важным для последующих контрольных замеров, проводившихся в определенном возрасте (например, в 30, 42 и 54 месяца), так как дети одного и того же возраста к моменту его достижения прошли через разные сроки вмешательства, проводимого проектом.

Группы детей в проекте BEIP

CAUG	дети, оставшиеся в учреждениях
FCG	дети, помещенные в приемные семьи
IG	дети, подвергшиеся институциализации
NIG	дети, никогда не подвергавшиеся институциализации

Контрольная группа

Хотя мы планировали сравнивать детей, помещенных в приемные семьи, с теми, кто оставался в обычных условиях учреждения, для проекта было жизненно важно иметь типичную для детского развития в Румынии контрольную выборку. Большинство из проводимых нами видов оценки в этой стране никогда не использовалось,

а нам надо было понять, как отличаются типичные румынские дети от американских, на которых нормировались эти показатели. К счастью, румынские семейные дети оказались вполне подобны своим американским сверстникам практически по всем параметрам. В результате мы получили в своё распоряжение местную контрольную группу типично развивающихся румынских детей, с которыми можно было сравнивать как помещенных в приемные семьи, так и оставшихся на попечении учреждений.

Имея это в виду, мы отобрали 72 ребенка, которые никогда не помещались в учреждения, но родились в том же самом роддоме, где и остальные участники исследования. С родителями этих детей связывались из Института охраны здоровья матери и ребенка, с которым мы к тому времени наладили сотрудничество. Во время обычных поликлинических посещений работники института предлагали родителям принять участие в исследовании. Эти дети по возрасту были близки детям из учреждений и приблизительно одинаково распределены по признаку пола. Все они также прошли аналогичное обследование и имели близкие к стандартным физические показатели (рост, вес, окружность головы — в пределах 2 стандартных отклонений). При дальнейших упоминаниях будем говорить об этой группе как о группе NIG. В ней было 42 мальчика и 31 девочка; 92% были румынами, 6% — цыганами, один ребенок испанец и один турок.

Рандомизация

По итогам базового обследования, дети из учреждений были случайным образом распределены в 2 группы: одни — для помещения в приемные семьи (подробнее см. гл. 5), другие остались в прежних условиях (т. е. в учреж-

дении). Рандомизация определения в группу обеспечивалась так: мы присвоили каждому ребенку идентификационный номер, написали эти номера на отдельных листках, положили их в шапку (по одному на ребенка), а затем вытаскивали по одному. Единственное исключение было сделано для родных братьев и сестер, которых (по этическим соображениям) мы не хотели разлучать, — их номера писались на одном листке и, соответственно, вынимались вместе.

В результате 68 детей вошли в группу для помещения в приемные семьи, остальные 68 должны были остаться в учреждениях. Предварительное сравнение этих двух групп подтвердило отсутствие различий между ними по гендерной и этнической принадлежности, возрасту, весу при рождении, а также по тому, какую часть своей жизни они провели в учреждении.

Еще до проведения рандомизации были достигнуты некоторые соглашения с государственными чиновниками. В частности, мы не должны были препятствовать тем изменениям или переходам, которые могли произойти с детьми из той или иной группы. Например, могло быть принято решение вывести ребенка из учреждения и вернуть его в биологическую семью или перевести его в какие-то иные условия проживания. Такое могло произойти как с детьми, оставшимися в учреждениях, так и с теми, кто был передан в приемные семьи. На страницах этой книги, если не оговорено иное, все наши данные анализировались в логике *intent-to-treat* дизайна — то есть так, как если бы каждый ребенок от начала до конца находился в первоначально назначенной ему группе. На рис. 2.2 показано как первоначальное распределение по группам, так и перемены в составе групп до достижения ее участниками 8-летнего возраста.

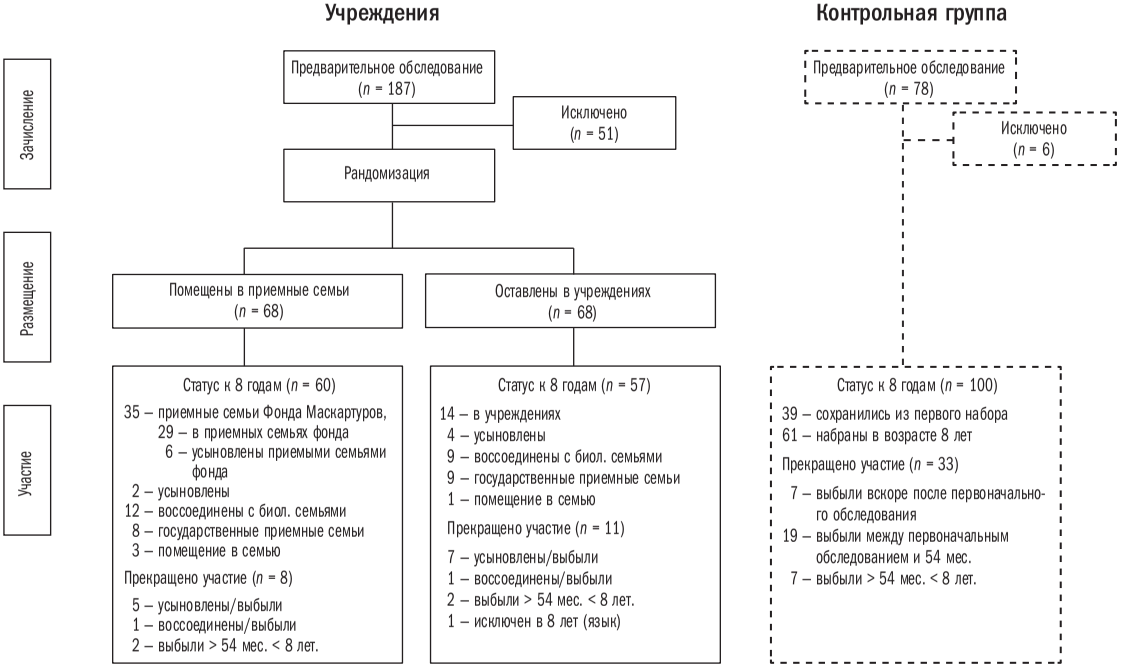

Рис 2.2. Состав групп к 8 годам. Как видно из таблицы, статус детей в группах менялся по ходу исследования. Поскольку ответственность за эти изменения лежала на румынских службах защиты детей, а не на исследователях проекта BEIP, практически во всех случаях мы применяли подход *intent-to-treat* при анализе данных, таким образом преодолевая возможность компрометации выборки.

Дизайн исследования

В ходе первоначального обследования детей перед рандомизацией мы обеспечили сопоставимость контрольной группы и детей, отобранных для вмешательства, по ряду важных параметров. Это, в свою очередь, укрепило нашу уверенность в том, что любые различия в результатах будут действительно отражать последствия вмешательства. Кроме того, рандомизация до вмешательства позволяла с большой вероятностью рассчитывать на то, что пренатальные и другие факторы риска (например, такие как дефицит железа, воздействие свинца или наркотиков), наличие которых невозможно было достоверно установить, распределятся между двумя группами равномерно.

И еще один аспект нашего проекта следует обсудить дополнительно. Поскольку возраст детей на старте исследования составлял от 6 до 31 месяца, а затем их обследовали в строго определенных возрастных точках (30, 42, 54 и 96 мес.), всякий раз мы могли оценить влияние времени помещения в приемную семью на результаты детей. Время проживания ребенка в приемной семье зависело от возраста, в котором он был переведен туда, и длительности пребывания в ней после этого. Например, ребенок, определенный с помощью рандомизации в семью в 26 месяцев, к 30 месяцам получал 4 месяца вмешательства. А ребенок, оказавшийся в семье в 16 месяцев, получил 14 месяцев такого вмешательства к этому же сроку (см. рис. 2.3). Если последний к 30 месяцам имеет лучшие результаты, мы не можем сказать, объясняется ли это тем, что он попал в семью в более раннем возрасте (влияние возраста начала вмешательства), или тем, что он дольше живет в приемной семье (влияние продолжительности вмешательства).

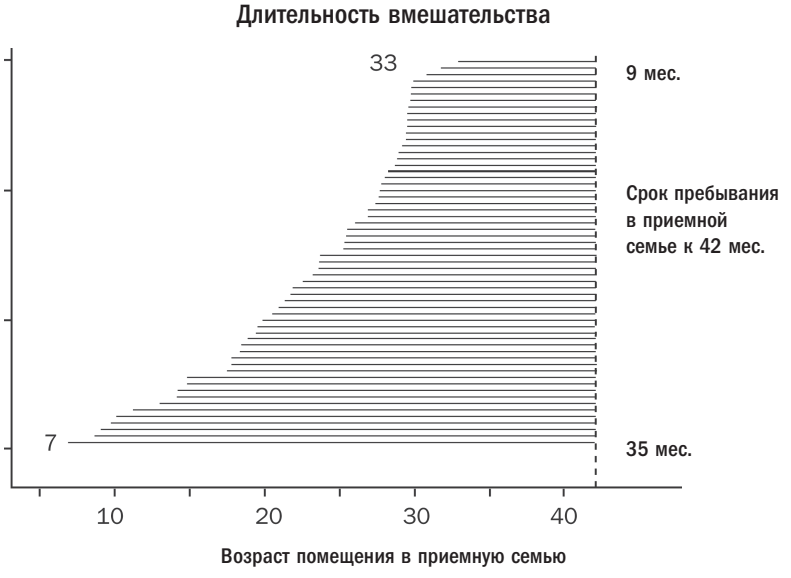

Рис. 2.3. Длительность вмешательства в зависимости от возраста помещения в приемную семью

Условия проживания детей

По условиям содержания детские учреждения во всем мире различаются чрезвычайно сильно. То же самое мы наблюдали и в 6 учреждениях Бухареста, из которых отбирали детей. И все же у них было много общего, в том числе социо-культурные характеристики и образование/подготовленность работников, жесткий режим дня, большое количество детей на одного сотрудника, а также структура управления, осуществляемая медиками.

Как уже говорилось, наша лаборатория размещалась в центре Св. Екатерины, который при коммунистическом режиме считался № 1 в 1-м районе города. Ко времени суда и расправы над Чаушеску в 1989 г. в этом уч-

реждении содержалось около 850 детей. К началу нашего исследования их там оставалось примерно 450. Осенью 2000 года возраст этих детей составлял от 6 месяцев до 6 лет. Некоторые из них имели тяжелую инвалидность по таким диагнозам, как спинномозговая грыжа, нейросифилис, гидроцефалия. У других не было очевидных врожденных аномалий.

Всех детей будили в 6.30, укладывали спать днем с 13 до 15 часов и на ночь — в 8 вечера. Некоторые небольшие различия наблюдались в режиме дня самых маленьких и детей постарше. Как правило, детей кормили небольшими группами, рассаживая их за маленькими столиками или в высоких стульях. Мытье и переодевание обычно стояли в расписании дня до и после еды. Самым маленьким по утрам полагалось 90 минут «стимуляции», для детей старше 3 лет были организованы разные за-

Рис 2.4. Младенцы в колыбелях в учреждении в Бухаресте (фото Майкла Кэролла)

Рис 2.5. Игровая площадка в центре Св. Екатерины (вид из окна лаборатории проекта BEIP). Бассейн в центре двора использовался как для плавания, так и для купания детей (фото Чарльза Нельсона)

нятия, иногда — по программе детского сада. В хорошую погоду режим дня включал игры на свежем воздухе перед обедом и перед ужином. Рис. 2.4–2.6 могут дать некоторое представление о жилых помещениях для детей и игровых площадках.

С начала 90-х годов большинство учреждений было обеспечено игрушками и игровыми площадками через гуманитарную помощь. Однако, по нашим наблюдениям, воспитатели скорее присматривали за детьми, а не играли с ними.

Несмотря на строгую регламентированность режима, у детей было крайне мало возможностей для социальных взаимодействий с персоналом. В течение дня у них

были длительные промежутки неорганизованного игрового времени, которое они проводили, бесцельно слоняясь по игровой комнате или площадке, а работники в это время болтали друг с другом. На протяжении дня ребенок мог контактировать со множеством взрослых, но возможности для содержательного и сколько-нибудь длительного взаимодействия у него не было. За одну конкретную неделю ребенок мог сталкивался с 17 разными воспитателями, 3 уборщицами, 4 медицинскими сестрами, 2 педагогами, врачом, психологом и физическим терапевтом. Наш анализ, основанный на оценке видеозаписей естественных взаимодействий в учреждениях и семьях, показывает существенно более низкое качество заботы и ухода, обеспечиваемых работниками

Рис 2.6. Типичная комната для детей 2–3 лет в центре Св. Екатерины (фото Чарльза Нельсона)

учреждений, по сравнению с родителями в местных семьях. Некоторые из наших методов работы требовали, чтобы мы определили основного воспитателя, и, в случае нахождения ребенка в учреждении, такой человек выявлялся путем интервью и наблюдений. Когда сотрудники не могли сами назвать работника, которого предпочитает ребенок, мы включали в наши списки человека, который проводил с ним больше времени и знал его лучше, чем другие.

Начиная с исходного обследования и до возраста в 42 месяца, каждое обследование включало до 14 тестов и измерений (в зависимости от возраста ребенка) и обычно требовало трех посещений лаборатории и одного наблюдения в привычной среде — дома или в учреждении. Кроме того, физические показатели роста всех детей измерялись ежемесячно до достижения ими 42 месяцев, а затем еще раз в 8 лет. Для контрольной группы детей, никогда не воспитывавшихся в учреждениях, физические показатели роста измерялись при этапных обследованиях, т. е. в 30 и 42 месяца. В возрасте 54 месяцев проводилось еще одно тестирование, направленное в основном на определение IQ и состояние психического здоровья. Наконец, в возрасте 8 и 12 лет проводились обследования с использованием батареи тестов (в течение трех сессий), позволявших получить данные примерно по 25 показателям. Ко времени, когда эта книга отправилась в типографию, мы как раз завершили обследование детей, достигших 12-летнего возраста (планируется еще одно обследование в возрасте 16 лет), поэтому здесь мы смогли представить только данные, собранные к 8 годам.

Важно отметить, что проект BEIP уникален среди исследований детей, содержащихся в учреждениях, тем, что он основан на нейронауке. Действительно, мы не

только изучали сензитивные периоды в развитии, но также использовали спектр самых современных измерений структуры и функционирования мозга, включая электроэнцефалографию, магнито-резонансную томографию, а позднее и молекулярные подходы, в том числе генетические и эпигенетические.

Заключение

Проект BEIP стал первым рандомизированным и контролируемым исследованием того, является ли размещение в приемные семьи адекватным вмешательством для детей, переживших раннюю институциализацию. К его достоинствам следует отнести рандомизацию, применение современных методов молекулярной биологии и исследования мозга, использование всеобъемлющих и самых современных психологических методов и тестов, а также привлечение детей из местного сообщества в качестве контрольной группы. Исследование также имело некоторые ограничения. Во-первых, у нас было очень мало сведений о том, почему матери отказались от своих детей, и о пренатальном развитии. Эти данные позволили бы восстановить историю жизни участников нашего исследования до их поступления в учреждения. Во-вторых, дети обычно не попадали в учреждения из родильных отделений, пока им не исполнится 6 месяцев. Больничная палата служила местом передержки младенцев до помещения их в учреждения, но эти палаты функционировали так же и выполняли те же задачи. Тем не менее во всей нашей выборке нет младенцев в возрасте от рождения до 6 месяцев. А следовательно, все, что будет сказано здесь о сензитивных периодах, ограничено этим фактом, а также тем, как распределил-

ся возраст при рандомизации. В-третьих, хотя нам и удалось случайным образом разместить детей в приемные семьи, очевидно, что этот принцип не соблюдался при помещении в учреждения. Дети, которые были оставлены при рождении и попали в учреждения, могли отличаться от родившихся в сравнимых семьях (например, по уровню бедности) и не оставленных в учреждениях. Следует, однако, помнить, что большинство бедных семей не бросают своих детей. В-четвертых, в ходе исследования некоторые дети по этическим причинам (см. гл. 4) переходили из одной группы в другую (например, дети из учреждения воссоединялись со своими биологическими семьями, тем самым усложняя для нас анализ и сравнение по некоторым параметрам). Например, 3 ребенка были усыновлены румынскими семьями почти сразу после начала базового обследования: 1 из группы содержащихся в учреждении и 2 из группы помещенных в приемные семьи. Со временем многие дети переместились из учреждения в семьи, в свои биологические или в государственные приемные (которых не было до 2001 года, когда мы начинали свой проект). Данные по всем этим детям анализировались по их первоначальному назначению в группы, а не по реальному положению. Следовательно, наши результаты с большой вероятностью занижают результаты влияния помещения в приемные семьи на развитие детей. И, наконец, последнее ограничение заключается в том, что в попытке сопоставить влияние раннего опыта с влиянием последующего мы были ограничены как в некоторых аспектах анализа, так и в выводах малым размером нашей выборки.

Глава 3

История институциализации детей в Румынии

...тот, кто поставлен опекуном над девочкой или мальчиком, и тот из стражей законов, кто присматривает за опекуном, должны любить ребенка, которому выпало на долю сиротство, не меньше, чем своих собственных детей. И об имуществе воспитанника они должны заботиться не хуже, чем об имуществе членов своей семьи. Желательно даже, чтобы они более ревностно заботились об имуществе воспитанника, чем о своем собственном. Всякий опекун должен действовать, руководствуясь только этим законом о сиротах.

Платон (Законы, 927)
(Цит. по: Перевод А. Н. Егунова. В кн.: Платон. Законы. М.: Мысль, 1999)

В декабре 1989 года коммунистический диктатор Румынии Николае Чаушеску был свергнут и казнен. Западные средства массовой информации, пришедшие в Румынию для освещения революции, обнаружили обширную сеть учреждений, в которых содержались тысячи младенцев, детей и подростков, часто в отвратительных условиях. Американская аудитория узнала о ситуации 5 октября 1990 года, когда новый журнал «*20/20*» корпорации ABC News опубликовал специальный репортаж об этих учреждениях[1]. Изображения брошенных, депривированных и напуганных детей, некоторые из которых были привязаны к металлическим кроватям, ужаснули мир.

Румыны также были шокированы условиями, в которых жили эти дети, и вновь сформированное правительство незамедлительно приступило к исправлению положения. Тогда же в Румынию прибыли представители НГО (негосударственных организаций) из многих стран, чтобы помочь в улучшении условий содержания детей в этих учреждениях, а также и немалое число семей с Запада — в надежде спасти их путем усыновления.

В этом контексте был задуман и начат Бухарестский проект по раннему вмешательству (BEIP). Работа началась в конце 1999 года, когда в Румынии были окончательно законодательно закреплены основные реформы в области защиты детей. Один из ключевых деятелей, отстаивавших эти реформы, Кристиан Табакару, Государственный секретарь Румынии по защите детей и глава румынского Агентства по усыновлению, сыграл важную роль в осуществлении проекта BEIP. Чтобы читатель понял, в каком состоянии находились румынские сироты и что привело к этому проекту, придется сначала обратиться к истории: как Румыния пришла к созданию национальной системы учреждений для младенцев и маленьких детей, что это за социальные условия, в которых семьи отказывались от своих детей, отдавая их под опеку государства, и как сказываются результаты этой политики в Румынии сегодня, спустя десятилетия после окончания коммунистической эпохи[2].

Сиротские учреждения как инструмент социального вмешательства

Учреждения для сирот существовали на территории современной Румынии еще в I веке. В Средние века епископы в этой стране рекомендовали помещать детей-си-

рот в монастыри. В некоторых приютах для сирот практиковалось некое «ученичество», когда едва подросшие дети отдавались в чужие семьи для обучения ремеслам. Сиротские приюты традиционно считались спасением и убежищем для потерявшихся детей и содержались на благотворительные пожертвования представителей высших сословий и местных религиозных организаций. В приютах видели не просто доброе дело, но средство адаптации, развития и социального становления детей младшего возраста[3].

Учреждения для осиротевших и брошенных детей описаны в Европе в Средние века и хорошо известны в эпоху Возрождения. Например, Приют невинных (Воспитательный дом) во Флоренции был специально построен для брошенных детей, и принял первого младенца в феврале 1445 г.[4] Во многих развитых странах, однако, до XVIII века такие учреждения были редкостью. Большинство осиротевших детей, которых не смогли неформально принять в свою семью родственники или соседи, оставались «детьми улицы» или помещались в богадельни для бедняков, где содержались вместе со взрослыми. В Северной Америке первый сиротский приют основан в 1729 году в Соединенных Штатах (Новый Орлеан, Луизиана) монахиней-урсулинкой. Это произошло вскоре после убийства взрослых поселенцев вблизи Натчеза, штат Миссисипи[5]. В румынской литературе есть сведения о наличии сиротских приютов в Бухаресте в 1798 году и в других частях страны на протяжении XIX века[6].

В XIX веке и в Европе, и в Америке сиротские учреждения стали более распространенным явлением из-за растущего числа детей, оставшихся без попечения родителей вследствие болезней и войн, а в США — в связи с ростом урбанизации и иммиграции, приведших

к увеличению числа бедных семей[7]. Кроме того, переселение из села в город приводило к утрате поддержки со стороны родственников, и, как следствие, к необходимости организованного присмотра за детьми, поскольку родителям надо было работать[8]. Согласно одному из источников, в XVIII веке в городах Европы родителями было оставлено от 10 до 40% детей[9]. Среди них были и четверо детей Жана Жака Руссо. Историки до сих пор обсуждают, почему Руссо так поступил (из-за собственной психической нестабильности или из-за уверенности, что он был бы плохим отцом), но ирония состоит в том, что сдал своих детей в приют философ, написавший одно из самых значительных произведений о природе детства и образования. И действительно, в «Эмиле» он писал: «Ваша первая обязанность — быть человечным. Любите детство. Смотрите дружелюбно на его игры, его удовольствия, на проявления его склонностей»[10].

С расцветом цивилизации к концу XIX века сиротские учреждения стали казаться способом решения целого клубка сложных проблем: призрения обездоленных, привития здоровых ценностей молодежи, а возможно, и изъятия «нежелательных элементов» из общества[11].

Только в середине XX века американские исследователи Рене Шпиц (Rene Spitz) и Уильям Гольдфарб (William Goldfarb) опубликовали работу, показавшую, что содержание в учреждении наносит вред развитию ребенка. Хотя педиатр Генри Дуайт Чапин (Henry Dwight Chapin) еще на рубеже веков призывал положить конец учреждениям из-за высокого уровня детской смертности в них[12]. Британский детский психиатр и психоаналитик Джон Боулби (John Bowlby) опубликовал монографию для только что созданной Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в которой доказывал, что материнский

уход не только предпочтителен, но и чрезвычайно важен для психического здоровья детей[13]. Система приемных семей как альтернатива институциализации начала быстро развиваться в Соединенных Штатах и Англии[14]. И хотя большинство сиротских учреждений в обеих странах закрылось к 1970-м годам, в США они никогда полностью не исчезали. В наше время, однако, в них содержится не более 0,5% детей, находящихся под опекой государства, да и те попадают туда на очень короткие сроки[15]. В Западной Европе временные приемные семьи тоже сейчас являются обычной практикой, однако странным остается то, что и там тысячи маленьких детей в возрасте до 3 лет по-прежнему растут в учреждениях, несмотря на весь объем имеющейся информации о вреде институциализации[16].

Во 2-й половине XX века Румыния стала частью советского блока и оказалась совершенно отрезана от западных психологических исследований и практики защиты детей, в том числе и от работ о вреде проживания в закрытых учреждениях. Страна находилась под влиянием советской доктрины общественного воспитания, которая подчеркивала важность участия личности в социалистическом производстве и необходимость подчинения личных интересов государственным. Общественное воспитание позволяло государству жестче контролировать население, а также разделять его на производительных и непроизводительных членов общества. Изоляция от Запада помешала румынским ученым узнать о новых исследованиях в области детского развития, особенно о важности родительской заботы в ранние годы жизни. Это обеспечило почву для последовавшей гибельной идеологической политики, направленной на беспрецедентную пропаганду государственного воспитания детей в крупных учреждениях[17].

Краткая история Румынии

Расположенная на перекрестке дорог между Востоком и Западом, Румыния не раз становилась объектом завоевания и оккупации другими народами, в частности Римской империей, азиатскими варварами, Османской империей, Австро-Венгрией и пр. Румынский народ не был единой и независимой нацией до 2-й половины XIX века. Современная Румыния сложилась лишь в XX веке.

Трансильвания (регион в северной части страны, на границе с Венгрией) управлялась католическими Австро-Венгерскими монархами со времен Средневековья до 1921 года, когда она стала частью Великой Румынии. Регионы Молдавия и Валахия с 1779 года, когда Россия расширила свою территорию в направлении Балкан, время от времени оказывались под протекторатом православного русского царя. Две эти монархии значительно повлияли на отношение государства и церкви к отказу от детей[18]. Их надо было защищать, особенно во времена политических и военных конфликтов.

Румынское правительство присоединилось к Германии в войне против Советского Союза. Когда поражение Германии во Второй мировой войне стало очевидным и неизбежным, король Румынии Михай возглавил антифашистский государственный переворот в Бухаресте и учредил правительство, которое должно было установить мир с объединенными силами союзников. По окончании войны Румыния (по соглашению с другими союзниками) была оккупирована советскими войсками, остававшимися там до 1947 года, сместившими короля и его правительство и установившими коммунистический режим, сохранявшийся затем более 40 лет. Страна стала частью коммунистического блока, скрытого за железным занавесом, а многие ее социальные и медицин-

ские структуры были выстроены по советским образцам. Румынию принуждали отправлять в Советский Союз ее природные ресурсы и продукты сельского хозяйства без какой-либо компенсации, таким образом, увеличивая ее бедность и зависимость от СССР[19].

Правление Чаушеску

После смерти в 1965 году Георгиу-Дежа, тогдашнего премьер-министра Румынии, страну возглавил Николае Чаушеску, бывший сапожник, поднявшийся на самый верх государственного управления по партийной лестнице. Он считал, что Румынии нужно больше рабочих, чтобы ускорить индустриализацию и увеличить богатство и мощь. Чаушеску решил создать современную индустриальную экономику, обеспечивающую товарами весь коммунистический мир.

Вскоре после прихода к власти, Чаушеску стал известен на Западе как диссидент среди лидеров коммунистического блока, проявляющий независимость от советского влияния. Он прекратил активное участие Румынии в Варшавском договоре (хотя формально Румыния продолжала оставаться его членом) и осудил советское вторжение в Чехословакию в 1968 году. Стремясь использовать любую возможность вбить клин между Европой и Советами, президент США Ричард Никсон посетил Чаушеску в Бухаресте в 1969 году, и Румыния получила наиболее благоприятные условия в торговле со Штатами в 1975 году[20].

Чтобы осуществить свою мечту сделать Румынию лидером среди промышленно развитых коммунистических стран, Чаушеску начал грандиозную программу урбанизации, по которой людей массово переселяли из сельской местности в города. Они жили там в одинаковых квар-

тирах в одинаковых зданиях и работали на румынских фабриках. Деревни стирались с лица земли, чтобы освободить место для строительства новых агропромышленных комплексов. Работник, а не семья, становился основополагающей единицей общества, а государство вмешивалось практически во все аспекты семейной жизни[21]. При переселении в городское жилье, строившееся в разных регионах, семьи разлучались с родственниками. Даже супругов могли направить работать на разные, иногда далеко расположенные друг от друга производства[22].

Ко времени прихода Чаушеску к власти Румыния имела один из самых высоких показателей абортов и разводов в Восточной Европе и снижающийся уровень рождаемости[23]. Чтобы остановить эти процессы и увеличить человеческий капитал, Чаушеску реализовал ряд программ, направленных на рост численности населения. Эти программы начались в середине 1960-х годов с принятия закона (декрет 770/1966), в частности, запретившего аборты[24]. Закон, принятый в 1966 году (Декрет № 779), ограничивал разводы исключительными случаями. В течение следующих 24 лет Чаушеску пытался заставить женщин становиться «Героями Социалистического труда», имея четверых или пятерых детей[25]. Помимо запрета абортов и ограничения разводов правительство установило так называемые «пронаталистские» стимулы. Они предоставлялись государством работающим матерям. Семьям выплачивались деньги на содержание детей. Денежные пособия увеличивались по мере увеличения размера семьи. Пособия, выплачиваемые городским семьям, были больше, чем в сельской местности[26]. Правительство награждало многодетных женщин званием «матери-героини». Женщины с семью, восемью или девятью детьми награждались «Орденом Материнской

Славы»; «Материнская медаль» доставалась тем, у кого было пятеро или шестеро детей[27].

Чаушеску перепробовал целый ряд способов стимулировать рождаемость. Среди них наказание женщин за бездетность и обложение молодых пар «налогом на бездетность». Кроме того, законный возраст вступления в брак был снижен до 15 лет[28]. Примечательно, что государство пыталось активно контролировать репродуктивные права и жизнь женщин, включая повышение минимального возраста для абортов до 45 лет и ограничивая права на аборт женщинами, имеющими не менее пяти детей[29].

Чаушеску привлек гинекологов для работы в отделе Департамента государственной безопасности, который стал известен как «менструальная полиция». Они проводили допросы и гинекологические осмотры, забирая женщин прямо с рабочих мест или из учебных заведений. Это делалось для того, чтобы заставить беременных донашивать детей, а небеременных запугать и принудить к деторождению угрозами. В своих докладах о вмешательстве правительства в репродуктивную жизнь женщин Чаушеску рассказывал о расследованных выкидышах[30]. Если у женщин не было детей или, как представлялось полиции, они рожали недостаточно часто, их подвергали допросам и угрозам. Более чем через 10 лет после революции одна из женщин, помогавших нашему проекту (ей было тогда 32 года), с болью рассказывала об унизительном опыте осмотра и допроса менструальной полицией, когда она еще училась в средней школе.

Все эти меры были направлены на ослабление семьи как основной единицы общества. Родителям внушали, что государство вырастит их детей лучше, чем они сами[31]. Правительство привлекло профессиональных медиков и психологов, чтобы придать законный вид этим

попыткам убедить родителей передавать своих детей на попечение в огромные государственные учреждения.

Экономическая ситуация в 80-е годы была тяжелой, и Чаушеску ввел суровые ограничения, приведшие к значительному ухудшению условий жизни населения. Многие дети остались без надзора или были добровольно сданы родителями в учреждения[32]. Помещение туда ребенка во многих случаях считалось временной мерой: до тех пор, пока домашние не смогут сами его прокормить. Однако нередко родители сдавали детей в учреждения, надеясь, что государство вырастит их, даст им образование и сделает полноправными членами общества. Растить детей дома было трудно, поскольку связи с родственниками и расширенная семья были разрушены. Женщины работали, а яслей и детских садов было мало. К 80-м годам большинство молодых пар переселились в города, а их родители остались в сельской местности, так что они не могли больше рассчитывать на их помощь в уходе за детьми, а детские сады были недоступны, особенно для семей с низким доходом[33].

Институциализация детей в эпоху правления Чаушеску (1965—1989 годы)

Правительство приняло закон (№ 3/1970), определявший различные типы учреждений как для типично развивающихся детей, так и для детей с нарушениями развития[34].

Дома ребенка (румынское название Leagane — «колыбели») были предназначены для всех отказных (брошенных родителями) и осиротевших детей от рождения до 3 лет. Дети, оставленные при рождении в роддомах, переводились в эти учреждения в течение нескольких месяцев. Туда же помещались и дети, прожившие неко-

торое время в семье, но оставленные родителями до достижения 3 лет. После достижения 3-летнего возраста воспитанников переводили в государственные учреждения следующего этапа в зависимости от уровня их развития. В этом возрасте их осматривал педиатр и/или психиатр/психолог, и на этой «развилке» по результатам обследования их разделяли на две группы.

Мы опросили ряд врачей по поводу этого осмотра, но не смогли разглядеть никакой системы в этом процессе принятия решений. Дети, признанные физически и психически «нормальными», направлялись в дошкольные детские дома (румынское название детского дома casa de copii). Это были государственные учреждения для проживания детей от 3 до 6 лет. Они посещали государственные детские сады, а в самом учреждении за ними ухаживал персонал, работавший посменно. Оттуда, если все шло хорошо, их переводили в детские дома для детей школьного возраста (от 7 лет и старше), где они оставались до 18 лет. Здесь за ними также присматривали сотрудники, которые работали посменно, и воспитанники продолжали посещать государственные школы. Примерно 60% детей-сирот проживали именно в учреждениях этого типа[35].

В 3-летнем возрасте детей, признанных неспособными когда-либо пополнить ряды работников или имеющими особые физические или психические потребности, переводили либо в специализированные учреждения (gradiniβa — специализированные детские дома-интернаты для детей, признанных имеющими «излечимые» расстройства), либо в психоневрологические дома ребенка (institutul neuropshichiatric) — учреждения «для детей дошкольного возраста с «неизлечимыми» отклонениями». По достижении 7 лет некоторых переводили в психоневрологические интернаты для детей стар-

шего возраста, считавшихся «неизлечимо больными» (camin spital). В учреждениях и для дошкольников и для школьников с инвалидностью (camin spital и institutul neuropsychiatric) дети подвергались невероятной депривации. Питание их там было совершенно недостаточным, а смертность — высокой[36].

Правительство устанавливало подчиненность разных учреждений разным министерствам. Гринвелл (Greenwell) так описывает это разделение: «Детские дома (casi de copii) находились в ведении Министерства образования; психоневрологические интернаты (camine spital) были подчинены государственному секретариату по делам инвалидов; а специальные учебные и профессиональные учреждения находились в ведении Министерства труда»[37].

Дефектология

Политика разделения детей на тех, кто, по мнению государства, сможет стать полезным и продуктивным, и тех, кто не сможет, как и аналогичное деление инвалидов в других восточноевропейских странах, коренилась в советской науке дефектологии[38]. Разработанная в 1920-е годы, она определяла инвалидность как «болезнь», которая делала людей дефектными или ненормальными. Акцент здесь делался на внутренние аномалии — окружающая среда считалась не важной. То есть, если дети родились дефективными, нет никакого смысла оказывать им помощь, ведь они никогда не станут продуктивными (не смогут ничего производить). Выявление дефектов к 3—4-летнему возрасту позволило бы государству отделить ущербных детей от способных участвовать в производственной деятельности. Последние в большей мере заслуживали бы того, чтобы тратить на них ресурсы.

Безнравственная и ошибочная с научной точки зрения дефектология лежала в основе системы, построенной режимом Чаушеску.

Дефектология зародилась в то время, когда детерминистские модели детского развития были широко приняты в психологии как на Западе, так и в СССР. Считалось, что люди рождаются с определенными характеристиками и качествами, которые в большинстве своем в дальнейшем неизменны. Исследования, опровергающие этот подход, в то время были редкостью. Одним из исключений была работа Гарольда Скилса (Harold Skeels), проведенная в 1930-х годах в США. Она показала, что на самом деле дети могут восстановиться под воздействием определенного вмешательства, которое представляло собой перевод ребят, считавшихся умственно отсталыми, из детского дома к женщине, проживавшей в учреждении[39]. Хотя работа Скилса и оставалась незамеченной в Соединенных Штатах в течение последующих 30 лет, поскольку противоречила общепринятым на тот момент представлениям о развитии детей, подобные исследования в конечном счете помогли американским психологам понять важность раннего опыта и возможности программ помощи. Изменения в подходах к детскому развитию, произошедшие 30–40 лет назад, не коснулись Восточной Европы, что и привело к трагедии для ребят, проживавших там. Это подчеркивает потенциально разрушительные последствия научной изоляции, постигшей румынскую психологию после Второй мировой войны.

Учреждения для типично развивающихся детей

Особенности распорядка и ухода в домах ребенка зависели в том числе и от их размера. Дом ребенка № 1 в Бухаресте (до коммунистического режима и после —

центр Св. Екатерины), самый большой в Румынии, вмещал в 1998 году более 500 маленьких детей, а согласно сохранившимся отчетам десятилетием раньше там проживали 850 детей. Младенцы размещались в небольших комнатах по 12 человек и проводили большую часть дня, лежа в кроватках, при минимальной стимуляции и незначительном внимании к ним. Их регулярно кормили по строгому расписанию. Дополнительное время на руках у взрослого и другое социальное взаимодействие получали только те, кто был «любимчиками» кого-то из персонала.

В декабре 1998 года мы посетили это учреждение и увидели по 12 кроваток в комнате. В них младенцы от 6 до 8 месяцев, проснувшись, тихо и пассивно лежали на спине. Мы могли поймать их взгляд, но требовались значительные усилия, чтобы заставить их улыбнуться, а с некоторыми из них так и не удавалось этого добиться. Возраст этих младенцев соответствовал верхней границе того, что Дэниел Стерн (Daniel Stern) называл «периодом наиболее ясно видимого социального развития», и у всех у них были нарушения социального взаимодействия[40]. Малыши определенно имели очень мало возможностей (если вообще имели) для взаимодействия лицом к лицу с ухаживающим персоналом.

Соотношение числа воспитанников к числу сотрудников в таких учреждениях во времена Чаушеску варьировалось довольно широко, но в целом везде было ужасным. В некоторых местах на одного сотрудника приходилось 12 или 15 детей, в других могло быть еще больше. Работники не получали никакой необходимой подготовки, в их обязанности обычно входило обслуживание одной или нескольких палат в зависимости от возраста детей в них. Воспитанников переводили из грудничковых в малышовые палаты, как только они начинали ходить,

и в дальнейшем обычно содержали вместе с ровесниками.

Возможно, именно с большим числом детей, приходящихся на одного сотрудника, связана та отчужденная манера взаимодействия взрослых с ними, которую можно было наблюдать в этих учреждениях и десятилетие после падения режима Чаушеску. Например, во время прогулки в центре Св. Екатерины все 48 малышей из двух групп могли одновременно находиться на одной площадке. Трое или четверо сотрудников, отвечающие за них, болтали друг с другом, в то время как дети слонялись по площадке, раскачивались, лежа на одеялах, и, возможно, как-то взаимодействовали друг с другом. Игровое время в помещении в холодную или ненастную погоду выглядело еще более мрачно. 12, 15 или даже 20 детей 2—3-летнего возраста могли находиться в большой, преимущественно пустой комнате под надзором одного сотрудника, который либо был занят своим «любимчиком», либо просто наблюдал, лишь иногда вмешиваясь. Дети же либо не обращали внимания друг на друга, либо непродолжительное время сражались за обладание одной из немногих имеющихся игрушек.

Индивидуальная вовлеченность отсутствовала и в других видах активностей. Во время кормления в центре Св. Екатерины, например, группа малышей сидела в высоких стульях вокруг небольшого стола, а сотрудник по очереди протягивал им ложку с едой, зачерпывая ее из большой миски. Кормление в основном проходило в молчании. Зато купание, напротив, вызывало у детей громкий протест. Этот был процесс, организованный с конвейерной эффективностью и отчужденностью. Детей выстраивали друг за другом, один сотрудник их раздевал, другой обливал водой и яростно тер мочалкой с мылом, третий вытирал полотенцем. Большинство де-

тей все это время кричали. Даже несколько лет спустя, когда некоторые из них были переведены в приемные семьи, родители продолжали отмечать, что время купания оставалось особенно трудным. Иногда проходили многие недели, прежде чем купание переставало вызывать стресс у ребенка.

Учреждения для инвалидов

Специализированные и психоневрологические учреждения (gradinißе и camine spital) были во всех отношениях более суровы, чем детские дома и дома ребенка (casi de copii и leagane). Дана Джонсон сообщал, что за детьми в этих типах учреждений ухаживали хуже всего[41]. Их там кормили хлебом, жирной колбасой, потрохами и червивыми яблоками. Помещения часто не отапливались. Медицинский уход, образовательные и реабилитационные программы отсутствовали, санитарными требованиями пренебрегали так же, как и правилами личной гигиены. В Виделе мы наблюдали, как дети, сидевшие на корточках над пластиковыми горшками, опорожнив кишечник, просто натягивали пижамные штаны без какого-либо подтирания или подмывания. При этом они не обращались за помощью к персоналу, а взрослые не предлагали ее.

В одном учреждении у 52% детей была положительная проба на ВИЧ-1, и у 60% — положительная реакция на Гепатит В[42]. В учреждении, которое мы посетили в Бакау в 1998 году, по данным директора 100% детей были ВИЧ-инфицированы. Кроме того, по сведениям западных врачей, оказывавших помощь этим учреждениям вскоре после революции, у детей там наблюдалось недоедание, задержки роста, нелеченные раны и явные признаки физического и сексуального насилия[43].

В 1989 году среди детей в румынских учреждениях обнаружилась эпидемия ВИЧ-инфекции, носящая нозокомиальный характер (то есть передавалась во время медицинских процедур). Скорее всего, они заразились при переливаниях непроверенной крови и при проведении инъекций плохо стерилизованными шприцами. Переливание плазмы и цельной крови широко использовалось для различных целей у детей, проживавших в учреждениях, в том числе и просто для их «укрепления». Это и привело к эпидемии ВИЧ и острой вспышке гепатита В[44]. Коммунистическое правительство отказалось признать эпидемию, и в период, непосредственно предшествовавший падению Чаушеску, был зафиксирован резкий рост младенческой смертности, который связывали с «респираторными заболеваниями» или «эндокринными и метаболическими расстройствами». К 2000 году 60% всех случаев ВИЧ/СПИД у детей в Европе было в Румынии, и большинство этих случаев приходилось на детей и младенцев, содержавшихся в учреждениях[45]. Количество инфицированных детей оценивалось близким к 10 000. Как только Чаушеску был свергнут и масштаб проблемы признан, Румыния предприняла значительные усилия для лечения инфицированных детей и предотвращения новых случаев заражения. Медицинское сообщество страны в сотрудничестве с американскими государственными медицинскими организациями, включая Национальный институт здоровья (NIH), Центр по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) и Агентство США по международному развитию (USAID) организовали надлежащее лечение инфицированных детей. Эти программы оказались успешны. К августу 2003 года 452 ребенка прошли антиретровирусную терапию под амбулаторным наблюдением. Ежедневное поступление больных снизилось почти до нуля, детская смертность резко упала[46].

Тот факт, что огромное количество детей в этот период проживали в учреждениях, порождает тревожный вопрос: что знали люди об условиях, в которых росли эти дети? Вовсе не все учреждения располагались в сельской местности вдали от глаз общественности. Некоторые, такие, как центр Св. Екатерины, находились в самом центре столицы. Габриэла Коман (Gabriella Koman), возглавлявшая Национальное агентство защиты детей в 2000–2004 гг., говорит об этом так:

> «Я пришла в систему защиты детей в 1992 году, мало что зная о ней; думаю, что тогда никто не понимал масштабов кризиса и ни в чем не был уверен.... Потому что потом мы вместе с людьми из-за рубежа обнаруживали эти шокирующие фотографии из учреждений времен Чаушеску, а до этого мы ничего не знали...
> ...что касается детей, содержащихся здесь... Это не оправдание, конечно, но все же это как-то объясняет мотивацию тех, кто пришел в систему в этот период». (Г. Коман. Интервью. Январь 2011 года)

Система защиты детей во времена Чаушеску имела очень мало общего, собственно, с защитой и много – с поддержкой производительности румынской экономики. Средства на воспитание отказных детей выделялись с целью формирования из них продуктивных и преданных социализму граждан[47]. В конце концов именно это и было реальной целью дефектологии: отделить тех, кто мог что-то производить, от тех, кто не мог.

Исследование, которое Розенберг в 1992 году проводил в психоневрологических интернатах для детей старшего возраста с серьезными нарушениями (camin spital), обнаружило ужасные условия содержания и отсутствие должного медицинского ухода. Сотрудников было мало,

а те, что были, не имели никакой подготовки[48]. Даже через 6 лет после опубликования этого исследования наши собственные наблюдения в Виделе, Сирете и Бакау показали, что несмотря на все уже предпринятые усилия, еще многое предстоит сделать.

Защита детей после Чаушеску: 1989—2000 годы

Непосредственный отклик

После казни Чаушеску, когда обнаружилось, какую страшную систему «защиты детей» он организовал, перед румынами одновременно стояло 3 проблемы: 1) десятки тысяч институциализированных детей, 2) сохранявшийся высокий уровень отказов от детей, и 3) в долгосрочной перспективе — настоятельная необходимость разработки нового подхода к брошенным детям. За следующее десятилетие (1990—2000) произошло очень много изменений в положении воспитанников учреждений, изменилась ситуация с отказами от детей и международным усыновлением. На несколько лет число отказов и уровень институциализация в Румынии даже выросли, потому что крах коммунистического режима сопровождался усилением бедности и безработицы. Международное усыновление как одна из мер защиты детей в разное время то допускалось, то запрещалась[49].

В декабре 1989 года общее число воспитанников, живущих в учреждениях, составляло по разным оценкам от 50 000 до 170 000[50]. Документы того времени показывают картину значительной депривации. Младенцы проводили целый день в кроватках, а дети постарше жили в огромных комнатах по 10, а иногда и по 50 человек[51]. В докладе одной из НГО того времени сообщалось, что

«дети страдают от пренебрежения, недостатка питания, неудовлетворительных бытовых условий, отсутствия одежды, медицинского обслуживания, отсутствия стимуляции и образования. Дети-инвалиды живут в самых скверных условиях, страдая от дурного обращения и отсутствия программ помощи, многие из них ослаблены недостаточным питанием и болезнями»[52].

Большинство из тех, с кем мы беседовали, и тех, кто работал в системе защиты детей в то время, говорили нам, что они знали о существовании таких учреждений, но что понятия не имели, какое огромное количество детей попало в эту систему и в каких ужасных условиях они содержатся. Например, Габриэла Коман считает, что некоторые врачи и родственники тех, кто работал в учреждениях, должны были знать о жизни детей, но она уверена, что большинство румын были просто не осведомлены о «реальном положении» дел[53].

Свержение Чаушеску и установление демократического правления, к сожалению, не привели к прекращению отказов от детей. Младенцы и маленькие дети продолжали поступать в дома ребенка, и система законов, поддерживающая помещение ребенка в учреждение как решение для семей, находящихся в бедственном положении, продолжала действовать. Так что в течение десятилетия после свержения Чаушеску уровень институциализации детей в стране оставался высоким[54].

Это вовсе не значит, что новые румынские власти не откликались на выявленные случаи насилия или пренебрежения в отношении институциализированных детей. Самым первым откликом стало обеспечение содержащихся в учреждениях самыми необходимыми ресурсами, питанием, медицинским обслуживанием и социальной помощью. Правительство также приветствовало помощь от других стран и благотворительных организаций.

НГО из многих стран открыли офисы в Румынии и буквально завалили страну ресурсами. Усилия эти координировались слабо, результативность их никто не оценивал, но выявление чудовищных условий жизни детей в учреждениях привело к широкомасштабной помощи. И понятно, что почти сразу же Румыния захотела обеспечить усыновление этих детей.

Противоречия между национальным усыновлением, приемными семьями и международным усыновлением

Чтобы действительно понять дискуссию об отказных детях, развернувшуюся в следующее десятилетие после свержения Чаушеску, важно учесть многочисленные факторы, определявшие ее сложную динамику. Как и повсюду в Европе, в Румынии преобладали случаи родственного усыновления, а случаи усыновления людьми, не являющимися ребенку родственниками, были редки. Обычно бабушки и дедушки, дяди и тети, другие биологические родственники либо усыновляли осиротевших детей, либо просто помогали их растить. В средневековом обществе родство по крови, биологическая родственная связь имели первостепенное значение. И действительно, и в английском своде законов, и в кодексе Наполеона небиологическое усыновление либо не разрешалось, либо чрезвычайно затруднялось. Из-за этих ограничений для неродственного усыновления брошенных детей, церковь и создала систему приютов для подкидышей, где они могли бы проживать. Постепенно эти приютские учреждения распространились по всей Европе[55]. Так что и в Румынии усыновлять детей, не являющихся кровными родственниками, было делом необычным. Если добавить к этому, что дети, живущие в уч-

реждениях, часто считались не только несчастными, но и отчасти дефективными (и именно поэтому, в первую очередь, они и были туда помещены), то общая картина станет вполне понятной.

В Румынии не существовало системы приемных семей. Хотя помещение детей в такие семьи и не было незаконным, и даже в некоторых случаях поддерживалось в эпоху Чаушеску, семьи очень редко брали детей из учреждений. В административном отношении процедура была весьма трудоемкой и не располагала к распространению этой практики. После падения Чаушеску и широкого распространения сведений об условиях содержания детей в учреждениях Румынии многие агентства и частные лица приехали в страну с целью развития международного усыновления. Но и здесь, однако, возникло много проблем.

Усыновление брошенных детей

Учреждения для ухода за брошенными младенцами и детьми, чьи родители не могли о них заботиться, были созданы в соответствии с законом (№ 3/1970), который определял всю практику обращения с такими детьми. Когда ужасные условия, в которых они содержались, стали достоянием общественности, Румыния оказалась перед необходимостью быстро найти альтернативу для тысяч оказавшихся там детей.

Через 7 месяцев после революции 31 июля 1990 года румынское правительство одобрило президентский декрет, легализующий и децентрализующий международное усыновление. Закон № 11/1990 устанавливал порядок утверждения, разрешал международные усыновления и передавал ответственность за них от прези-

дента местным судам. Суды, однако, не имели правового обоснования для работы в только еще зарождавшейся системе защиты детей. В результате детей усыновляли самыми разными путями. Иностранные агентства по усыновлению работали в Румынии непосредственно с директорами учреждений. Занимающиеся благополучием детей НГО сотрудничали с судами, пытаясь выработать хоть какие-то процессуальные основы международного усыновления. Многие семьи приезжали в Румынию частным образом, встречались непосредственно с нуждающимися семьями и напрямую усыновляли биологических детей из них, как на черном рынке[56].

После принятия этого закона количество международных усыновлений резко возросло: с 30 до 5000 в год. В СМИ стали появляться истории о «рынках детей»[57]. В них рассказывалось, в частности, о семьях из США, приезжающих в Румынию, вступающих в контакт с «детскими брокерами» и посещающих учреждения, где главный врач показывал им младенцев, которых можно было бы усыновить. Расчеты производились наличными в свободно конвертируемой валюте, а либеральный визовый закон позволял этим семьям, которые часто плохо понимали, что этим малышам уже пришлось пережить, вернуться в США вместе со своими только что усыновленными детьми. В тот момент румынской истории, когда народ был беден, а что-то надо было срочно делать с тысячами детей, содержавшихся в учреждениях, международное усыновление в США и Великобританию выглядело чрезвычайно привлекательным.

Большое число международных усыновлений вызвало негативные отклики в СМИ и привлекло политическое внимание, заставив румынское руководство внести поправки в свою политику в отношении их. Ответом правительства стали поправки к закону № 11/1990. Новый

закон № 48/1991 часто называют «мораторием» на международные усыновления. Он запрещал усыновлять детей в частном порядке, устанавливал процедуры защиты семей и существенно ограничивал усыновление семьями из-за рубежа[58]. Этот мораторий продлился 9 месяцев.

Румынское правительство в этот период колебалось между ограничением международного усыновления и облегчением его. Был, в частности, принят закон (№ 47/1993), который упростил процедуру. Это достигалось установлением правового статуса «отказного» ребенка. Появление этого документа (Judicial Declaration for Abandonment) дало многим брошенным детям основание для законного усыновления[59]. Затем румынский парламент принял закон № 84/1994, целью которого было защитить интересы детей, их биологических родителей и будущих приемных родителей во время процесса международного усыновления и не допустить торговли детьми и других правонарушений. Закон устанавливал и необходимость официального признания усыновления обоими государствами. Несмотря на успехи в области международного усыновления, эти меры не привели к снижению уровня институциализации младенцев в Румынии. Отчасти это было связано со все еще не отмененным законом № 3/1970, который требовал от властей помещения отказных детей в учреждения. В 1994 году это оставалось основным способом решения судьбы детей из бедствующих семей. Даже когда ребенка усыновляли, оставалась вероятность того, что до этого он какое-то время проведет в учреждении[60]. Так что в течение всего этого периода многие дети по-прежнему попадали туда, несмотря на то, что количество усыновлений за рубеж росло. Бедность в середине 90-х оставалась повальной, а экономические условия тяжелыми. Зарубежные НГО работали с румынскими властями, стараясь помочь де-

тям. Нередко члены этих групп, помогая, проводили немало времени непосредственно в учреждениях.

Национальный комитет защиты детей (NCCP) был основан в 1993 году. Но и после его создания разные учреждения продолжали находиться в ведении разных министерств, а дети, оставшиеся без попечения, продолжали попадать туда[61].

В конце 90-х годов в разгар усилий международных НГО и румынского правительства по преодолению серьезного кризиса в области защиты детей, Кристиан Табакару и Франсуа де Комбре (Francois de Combret) основали SERA Румынии (Солидарность брошенных детей Румынии), которая позднее стала основным административным партнером проекта BEIP. Будучи генеральным директором SERA, Табакару решил ввести в Румынии приемные семьи как альтернативу институциализации. Он надеялся организовать их систему подобно тому, как это делается во Франции, где приемные родители являются государственными служащими, получают установленную государством зарплату, пенсию и другие льготы. Однако его первые усилия в организации системы приемных семей натолкнулись на бюрократические проволочки и неверие в то, что семьи могут заботиться о детях, которые жили в учреждениях.

Табакару понимал, что необходимо создать механизмы, посредством которых приемные семьи стали бы реальной, а не гипотетической альтернативой учреждениям. Как он объяснял:

> «Недостаточно указать в законе, что защиту ребенка можно обеспечить либо через приемную семью, либо через учреждения: если приемных семей просто нет, то детей будут направлять в учреждения, вот и все». (К. Табакару, интервью, апрель 2011)

Прошедшие в ноябре 1996 года выборы открыли возможности для существенных реформ. На смену социал-демократической партии Румынии, состоявшей в основном из бывших членов коммунистической партии, к власти пришли христианские демократы, правоцентристская партия.

Румынские власти приняли закон (№ 34/1998), по которому национальный комитет защиты детей был ликвидирован, а на его месте был создан Департамент по защите детства. Еще раньше, в марте 1997-го, первым Государственным секретарем по защите детей в Румынии стал Кристиан Табакару.

Две особенности отличали представление Табакару о системе защиты детей в Румынии. Во-первых, он считал, что дети должны расти в семьях, а не в учреждениях, а во-вторых, что решения по защите детей должны находиться в ведении местных органов власти. Гигантская бюрократическая машина, созданная для централизованного контроля деятельности учреждений, сочла эти взгляды чересчур радикальными — многие министерства национального правительства получали средства на содержание созданной индустрии учреждений.

Несмотря на это, Табакару удалось убедить ключевых государственных чиновников, что дешевле будет перевести управление делами по защите детей на местный уровень, чем продолжать эту работу централизованно. На местном уровне работники системы защиты детей могли комбинировать и максимизировать ресурсы, к тому же они были лучше информированы о нуждах семей. Он собрал и представил данные, доказавшие, что приемные семьи обойдутся государству дешевле, чем содержание учреждений[62]. И действительно, по данным Всемирного банка, в 1995 году в Румынии расходы на содержание од-

ного ребенка в учреждении равнялись средней заработной плате румынских рабочих[63].

Первоочередной задачей Табакару стало освобождение от прежней системы защиты детства. Согласно новому закону, реализующему его видение, приемные семьи были предпочтительнее институциализации. Помещение младенцев и маленьких детей в учреждения объявлялись теперь крайней и последней мерой. Государственные службы были переориентированы на оказание действенной помощи брошенным детям. Эти инициативы привели к децентрализации системы, и теперь местные власти, а не центральное правительство, брали на себя ответственность за устройство детей.

Работники службы защиты на местах, детально знакомые с каждым конкретным случаем, встречались для его обсуждения с социальным работником и рекомендовали либо поместить ребенка в приемную семью, либо вернуть биологическим родителям. С учетом этих рекомендаций местные власти принимали решение о том, какой вариант предпочтительнее[64].

Другой аспект закона № 108/1998 состоял в том, что младенцы и маленькие дети могли теперь быть усыновлены в более раннем возрасте. Биологические родители могли отдать ребенка на усыновление сразу после рождения, но им предоставлялось 30 дней, чтобы пересмотреть это решение. В законе описывалась процедура, по завершении которой могло произойти усыновление. Во-первых, местные власти должны были сообщить о появлении такого ребенка румынскому Комитету по усыновлению. После этого Комитет информировал другие окружные комиссии о необходимости поиска в Румынии приемной семьи (потенциальных усыновителей). Если поиск не приносил результата, для ребенка открывалась возможность международного усыновления. При таком

процессе оформление международного усыновления могло занять 3 месяца. В соответствии с этим законом (№ 108/1998) подлежали реформированию и учреждения. Дома ребенка становились местом временного содержания для детей всех возрастов и со всем диапазоном физических и интеллектуальных возможностей[65].

В законе также была предпринята попытка создания системы приемных семей, при которой румынские семьи могли бы брать в свои дома отказных или временно помещенных в учреждениях детей. Габриэла Коман так описывает огромные трудности с поисками и подготовкой кадров для этой системы в стране, никогда не имевшей подобной традиции:

> «Мы попытались использовать приемные семьи в качестве альтернативы помещению детей в учреждения и перевести в них детей, уже находившихся в учреждениях. Это оказалось особенно сложно для детей старшего возраста (12–13 лет) не только потому, что, скажем так, они прожили в учреждениях слишком долго, но и потому, что новые приемные семьи были не готовы к уходу за теми, кто провел в учреждениях более 10 лет... Это было нелегко». (Г. Коман, интервью, январь 2011 года)

Сопротивление нововведениям отнюдь не прекратилось с принятием нового закона. Можно даже сказать, что тогда-то оно по-настоящему только и началось. Скептицизм по поводу Табакару, беспокойство относительно приемных семей и сопротивление изменениям — все играло свою роль в борьбе за внедрение нововведений. Самые большие трудности были связаны, однако, с необходимостью устранения глубоко укоренившейся системы. Значительную часть бюджета министерств здра-

воохранения, образования и труда составляли средства, связанные с функционированием сиротских учреждений для детей по всей Румынии. В 1999 году в них работало 70 000 человек, а в сельской местности они нередко оказывались экономическим центром всей деревни[66]. Например, Табакару обнаружил, что учреждение в Вистрате заказывало неимоверное количество дров. Румынские зимы бывают суровыми, но, согласно вычислениям Табакару, если бы в Вистрате топили каждый камин в здании 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, 365 дней в году, им все равно понадобилось бы меньше дров, чем они заказывали. Копнув глубже, он обнаружил, что жители деревни использовали дрова, закупленные для учреждения, в своих домах, иначе они бы не могли их себе позволить[67].

В октябре 1999 года Табакару оставил свой пост в правительстве. К этому моменту он уже трансформировал систему, но вошел в конфликт с некоторыми румынскими официальными лицами как по бюджетным вопросам, так и по поводу его политики децентрализации защиты детства, в результате которой эта функция переходила от государства к местным властям. Кроме того, Европейскому союзу не нравилось благожелательное отношение Табакару к международному усыновлению. Так что первый секретарь правительства по защите детства вернулся на свой прежний пост директора SERA Румынии и в этой должности помогал запуску нашего проекта BEIP.

Международное усыновление: конфликт и выводы

Один из наиболее обсуждаемых и спорных аспектов защиты детства в Румынии в конце 90-х годов касался международного усыновления. Зная о широко распростра-

ненной коррупции в нем, но столкнувшись с серьезным бюджетным дефицитом, подрывавшим усилия по децентрализации контроля за учреждениями, Министерство по защите детства разрешило международное усыновление. НГО и агентства по усыновлению проявили готовность оказать финансовую поддержку инфраструктуре румынской системы защиты детей.

В соответствии с экстренным указом № 25 «По вопросам усыновления», изданным в 1997 г., средства, поступающие от агентств по усыновлению, направлялись на развитие системы приемных семей и их финансовую поддержку. Считалось, что эта стратегия позволит решить сразу 3 главных проблемы: 1) ответить на обвинения в том, что международное усыновление препятствует развитию инициатив внутри страны; 2) привлечь дополнительные ресурсы, необходимые для децентрализации управления и поддержки приемных семей; 3) преодолеть коррупцию, ставшую чумой международного усыновления после 1990 года. Закон требовал от агентств оплачивать Румынии услуги, оказываемые семьям и детям, в обмен на доступ к базе данных детей, которых можно усыновить. Эта оплата, вносимая в форме денег, товаров или услуг, поступала в адрес конкретных учреждений на местах. О ней следовало уведомить центральный орган, контролирующий усыновления (Румынский комитет по усыновлению). И уже он затем предоставлял агентствам, в зависимости от количества набранных ими баллов (пропорционального размерам их вклада), доступ к детям из базы данных для международных усыновлений.

Второй закон, написанный Табакару, № 87/1998, относился к условиям усыновления. Он определял требования к семьям, усыновляющим детей в Румынии, и упрощал процедуры усыновления как внутри страны,

так и за рубеж. Закон предписывал, что «если ребенка хотят усыновить одновременно жители Румынии и другого государства, предпочтение отдается первым». Международное усыновление не могло произойти, пока не сделана попытка найти румынских усыновителей. Несмотря на принятие закона о регулировании всех этих процедур, «торговля детьми» на черном рынке продолжалась до 2000 года. Румынский комитет по усыновлению ввел мораторий на международное усыновление 14 декабря 2000 года.

К 2001 году стало ясно, что установленная система накопления баллов не защищает от коррупции. Некоторые агентства по усыновлению использовали ее для получения большего числа детей для международного усыновления, однако внесенные ими средства на местах использовались не по назначению. В результате в 2001 году, в самом начале проекта BEIP, был введен еще один мораторий на международное усыновление. Он должен был позволить Румынии разработать дополнительные гарантии для детей, усыновленных за рубеж. Новое законодательство было разработано с участием иностранных экспертов и подано на рассмотрение в Совет Европы. Однако предложенные Румынией меры по реформированию системы международного усыновления не соответствовали его стандартам, и мораторий был продлен. Несмотря на запрет 2003 года, больше тысячи детей было усыновлено иностранными семьями[68]. Правительство утверждало, что это были исключительные случаи. Такое определение позволяло некоторым делам об усыновлении сохранять законный статус в период моратория. Эти сведения вызвали жесткую критику со стороны официальных представителей ЕС, вплоть до угрозы остановить переговоры о присоединении Румынии. Перспектива потерять возможность вступле-

ния в ЕС в конце концов привела румынское правительство к полному запрету международного усыновления в 2005 году[69].

Проблема международного усыновления и защиты детей обсуждалась в Румынии в течение 15 лет, с 1990 по 2005 год, на фоне роста противоречий между Соединенными Штатами и Европейским союзом. С одной стороны, Европейский союз принуждал Румынию к существенному ограничению или даже к полному прекращению международного усыновления несколько раз на протяжении этих 15 лет. Соединенные Штаты, с другой стороны, поддерживали его, поощряя эту практику и выражая сожаление о продлении моратория, а также о крайне ограничительном характере законодательства 2005 года, которое фактически положило конец усыновлению румынских детей за границу. И хотя другие западные страны, такие, как Италия, Франция, Испания и Израиль, куда румынские дети уже были усыновлены, поддерживали Соединенные Штаты, позиция ЕС оставалась неизменной.

В ответ на эти противоречивые давления румынское правительство меняло свою политику с тем, чтобы:

1) получать финансовую поддержку от различных международных организаций;
2) удовлетворить надежды страны стать членами НАТО и Европейского союза;
3) избежать значительных затрат на реформирование системы защиты детей во время трудного перехода государства от распределительной экономики к рыночной.

В результате предпринятые действия в отношении сиротских учреждений и международного усыновления были непоследовательны и противоречивы. В то

время, как правительство развивало альтернативные формы размещения брошенных детей, отношение его к международному усыновлению в период между 1989 и 2004 годами менялось в зависимости от позиций и давления со стороны Соединенных Штатов и Европейского союза.

Позиция ЕС состояла в том, что международное усыновление коррумпировано, мешает приемным семьям внутри страны и сводит на нет любые усилия по реструктуризации системы защиты детей. Докладчик парламента ЕС по Румынии баронесса Эмма Николсон, решительный противник международного усыновления, настаивала, что практика, принятая в Румынии, нарушает права детей:

> «За те 5 лет, что я провела в качестве наблюдателя Европейского парламента в Румынии, мне стало ясно, что многое из того, что происходило в международном усыновлении, было лишь прикрытием для гораздо более глубокой проблемы, которой является процветающая и прибыльная свободная рыночная торговля детьми. Международное усыновление сделало выгодным для преступных группировок принуждением и обманом заставлять нищих и не имеющих поддержки матерей отказываться от своих детей, которые затем фактически продавались западным парам под видом «усыновления». По мере расширения этой торговли росло и влияние преступных группировок в ее центре[70].

Соединенные Штаты, напротив, признавая проблему коррупции, предлагали усовершенствовать систему, а не накладывать мораторий. Правительство США решительно считало, что международное усыновление можно сохранять, не препятствуя ни воссоединению детей со

своими семьями, ни усыновлениям внутри страны. Оно призывало румын сосредоточиться на искоренении коррупции[71].

В конце концов позиция ЕС, приравнявшего румынское международное усыновление к рыночной торговле детьми, победила и определила решения румынских политиков. Ни у кого не было сомнений в исходе этой дискуссии. Вместе с шестью другими странами Восточной Европы Румыния вступила в НАТО в марте 2004 года, но еще не была принята в ЕС (присоединение произошло в 2007 году). Это обеспечивало ЕС мощные рычаги воздействия, и Николсон сделала своей миссией предотвращение международных усыновлений румынских детей:

«Я не сомневаюсь, что те люди на Западе, которые хотят, чтобы Румыния возобновила торговлю детьми, преследуют благие намерения. Но я твердо верю, что права детей приоритетны перед любыми конкурирующими правами взрослых. Например, право детей на счастье и безопасность важнее права бездетных пар иметь ребенка. Я не собираюсь извиняться за свою борьбу за прекращение этой мерзкой практики, если буду уверена, что будущее ребенка находится в центре интересов его биологической семьи, и я безоговорочно приветствовала принятие румынским парламентом закона о запрете международного усыновления»[72].

Учитывая широко распространенную коррупцию, позиция ЕС о запрете международного усыновления была понятна, но с точки зрения интересов детей убедительными были и аргументы США. В любом случае результатом полного запрета на международное усыновление стала ликвидация одного из элементов решения проблемы защиты детей в Румынии.

Хотя эта дискуссия и не была никак связана с нашим проектом, в фокусе которого были румынские семьи,

но, поскольку мы были из Соединенных Штатов, некоторые люди ошибочно полагали, что проект BEIP связан с международным усыновлением. Сама Николсон однажды сделала заявление, связавшее исследование BEIP с коррупцией в международном усыновлении. По мнению Габриэллы Коман, Николсон была убеждена, что наше исследование посвящено обследованию детей с целью международного усыновления, несмотря на то, что и до, и после официального расследования румынским чиновникам было ясно, что оно не имеет никакого отношения к нему. В следующей главе мы расскажем о созданной системе приемных семей, которая стала центральным звеном проекта BEIP.

Глава 4

Этические соображения

Чтобы преодолеть предубеждения тех, кто принимает политические решения, и заставить их признать необходимость того или иного вмешательства, нужны очень сильные основания. Даже если эксперты, основываясь на опыте или наблюдениях, утверждают, что данное конкретное вмешательство дает нужный результат (или дает лучший результат, чем альтернативные варианты), этого может быть недостаточно, чтобы убедить тех, от кого зависят изменения в стандартной практике, и им необходимо будет продемонстрировать положительные результаты исследования с хорошим дизайном и рандомизацией.

Франклин Миллер, «Рандомизированный контролируемый эксперимент как демонстрационный проект» (2009)

Трудно себе представить более уязвимую группу людей чем брошенные родителями маленькие дети, живущие в учреждениях. Опасность эксплуатации таких участников исследования, которые не могут защитить сами свои права и не имеют никого, кто заботился бы об их интересах на глубоко эмоциональном уровне, — была с самого начала главной заботой проекта BEIP. Мы немало написали об этических аспектах нашего исследования, к этому добавились и комментарии специалистов по биоэтике[1].

Этическими соображениями были пронизаны даже первоначальные обсуждения дизайна исследования в фонде Макартуров. Чем лучше мы понимали румынский контекст, тем более детально мы обсуждали эту проблематику по ходу разработки плана проекта.

Первые обсуждения в фонде Макартуров

В исследованиях, которые проводятся с приматами или грызунами, манипуляция и контроль независимых переменных (да и сам эксперимент) относительно легки по сравнению с проблемами, которые ожидают исследователей, работающих с людьми и особенно с детьми. Учитывая это, мы старались так построить работу, чтобы сочетать максимальную научную строгость с высокими этическими стандартами. Дизайн проекта в значительной мере формировался тем, каких маленьких детей мы собирались изучать — их возрастом и обстоятельствами жизни, временем, в течение которого мы сможем их отслеживать, и тем, насколько люди, под чьей законной опекой они находятся, разрешат нам общаться с ними.

Мы знали, как можно проверить влияние ранней институциализации на развитие мозга и поведения. Были, однако, веские причины, заставлявшие нас с самого начала включить исследование вмешательства в контекст нашего изучения влияния раннего опыта на развитие мозга и поведение. Во-первых, если бы подтвердилась наша гипотеза о том, что жизнь в учреждении ведет к нарушению типичного развития, то ценнейшее время на создание программы вмешательства было бы уже упущено. Почему же тогда, подумали мы, не планировать вмешательство с самого начала? Ведь вместо того, что-

бы просто наблюдать потенциально вредоносное влияние среды, можно попытаться повысить шансы детей на позитивные исходы. Результаты нашего исследования были бы тогда более значимы для клиницистов, которые часто сталкиваются с этой дилеммой, пытаясь помочь детям, имевшим ранний неблагоприятный опыт, восстановиться и адаптироваться.

Во-вторых, в связи с часто высказываемой озабоченностью по поводу эксплуатации этих уязвимых детей мы полагали, что будет лучше, если исследование принесет непосредственную практическую пользу хотя бы некоторым его участникам. При таком подходе выигрывали бы обе стороны: и исследователи, и участники проекта.

В-третьих, исследование с вмешательством было бы полезно и тем, кто заинтересован в развитии политики защиты детей в Румынии и за ее пределами. Кристиан Табакару ясно дал нам понять, что исследование влияния приемных семей было бы особенно привлекательным в связи с дебатами в стране о том, что лучше для брошенных детей — учреждения или приемные семьи.

В-четвертых, включение в исследование вмешательства предполагает наличие контрольной группы, позволяющей изучать эффект НЕвмешательства — важнейшей этической проблемы, которую мы обсуждаем подробно в этой главе. Если сравнить развитие детей при альтернативном и обычном подходах, то можно измерить улучшения, которые дает вмешательство.

И, наконец, с научной точки зрения, у исследования вмешательства есть возможность пролить свет на основные механизмы развития. В нашем случае воспитание в приемной семье могло привести к выводам о том, почему институциализация вредна для детей. По всем этим причинам исследование вмешательства казалось

как с научной точки зрения, так и с этической, предпочтительнее, чем то, которое просто регистрировало бы эффекты влияния институциализации на брошенных детей.

Выбор вмешательства

Выбранный нами дизайн для вмешательства — рандомизированное контролируемое исследования (RCT) — не лишен противоречий, поскольку речь идет об институциализированных детях. С научной точки зрения, это самый желательный способ изучения эффектов вмешательства и единственный путь, который позволил бы нам утверждать, что оно действительно причинно связано с результатами. Но идея рандомизации детей для помещения их либо в учреждение, либо в приемную семью заставила нас остановиться и подумать. В Соединенных Штатах в течение почти 100 лет помещение детей в приемные семьи было предпочтительным методом выбора формы заботы об осиротевших, оставленных и подвергавшихся жестокому обращению детях, а с 1960-х годов стало фактически единственным подходом. В литературе, казалось, устоялось мнение, что ранняя институциализация плохо влияет на детей.

Мы все видели фильмы Рене Шпица о детях, растущих в учреждениях, снятые в 1950-х гг. (http://www.youtube.com/watch?v =VvdOe10vrs4), и все мы заведомо считали, что детям лучше расти в приемной семье, чем в учреждении. В то же время мы не знали ни одной работы, в которой когда-либо использовался дизайн рандомизированного контролируемого исследования для сравнения этих подходов. И действительно, просматривая литературу в 1999 году, мы обнаружили лишь 7 исследований, опубликованных на английском языке,

сравнивающих воспитание маленьких детей в приемной семье с воспитанием в сиротских учреждениях. Во всех этих работах дети, помещенные в семью, развивались лучше[2]. Хотя многие из этих исследований имели значительные методологические недостатки, по крайней мере по стандартам конца XX века, было примечательным то, что в них были сделаны схожие выводы. И все-таки ни в одном из них не использовалась рандомизация. Таким образом, совсем не было никакого способа исключить возможность, что в предыдущих исследованиях дети с большей степенью нарушений остались в учреждениях, а более здоровые были помещены в семьи. И это вполне правдоподобно объясняло бы, почему они развивались лучше, чем оставшиеся в учреждениях. С позиций нашего этического подхода отсутствие RCT по этой проблематике делало организацию такого исследования еще более актуальной.

Этические дискуссии внутри проектной группы BEIP

Румынский контекст

Мы понимали, еще когда обсуждали дизайн исследования, что в Румынии нет согласия относительно того, следует ли продолжать воспитание детей в учреждениях или вместо него внедрять систему приемных семей (см. главу 3). В конце 1990-х и начале 2000-х годов Румыния столкнулась с растущим давлением со стороны Европейского союза и в меньшей степени со стороны Соединенных Штатов, требовавших разработки альтернатив содержанию детей в крупных учреждениях. Тем не менее даже среди сотрудников системы защиты детей в Румы-

нии были распространены недоверие к приемным семьям и стремление сохранить статус-кво.

В апреле 2001 года — едва мы начали работу — Чарльз Зина встретился за ужином с Себастьяном Кога, менеджером проекта BEIP, и с директорами 6 учреждений для маленьких детей в Бухаресте. Этот ужин был для нас способом поблагодарить директоров за выраженную ими готовность к сотрудничеству в исследовании, которое должно было скоро начаться. Директор Центра Св. Андрея, доктор Елена Тарса, очень гордилась и качеством работы своего учреждения, и вниманием, которым окружены там дети. Она стала руководить центром незадолго до падения режима Чаушеску в 1989 году и создала, как она считала, образцовое учреждение в районе № 1 в Бухаресте.

На протяжении всего ужина она утверждала, что приемная семья опасна для маленьких детей и что уход в учреждении, если он осуществляется надлежащим образом, предпочтительнее. Мы уже не в первый раз слышали эту аргументацию от человека, работавшего в системе защиты детей. Бывший посол США в Румынии Джеймс Росапип (James Rosapepe) отметил в своем заключительном докладе американскому правительству, что в Румынии многие руководители и сотрудники ведомства по вопросам защиты детей зачастую не понимают и не разделяют национальную стратегию разработки альтернатив содержанию детей в учреждениях[3]. Как и доктор Тарса, они верили слухам о жестоком обращении с детьми, педофилии и торговле органами в приемных семьях. Дополнительное оправдание системы учреждений для чиновников состояло в том, что выраженные нарушения развития, имеющиеся у многих детей, требуют специальных знаний, которыми владеют специалисты, но никак не «необученные» приемные родители.

Кроме того, некоторые были убеждены, что малень-

кие дети, находящиеся в этих учреждениях, уже «ненормальны». Как показано в главе 3, в эпоху Чаушеску детей уже в возрасте 3 лет однозначно разделяли на нормальных и неизлечимых (некурабельных). Те, кого сочли нормальными, оставались в типичных учреждениях, а «некурабельных» направляли в медицинские учреждения с совершенно ужасными условиями. Предполагалось, что эти малыши были дефективными еще до того, как их поместили в учреждение, а задержки развития и отклоняющееся поведение, которое они демонстрировали, появились скорее в результате дефекта, чем являлись следствием содержания в учреждении.

В действительности же абсолютное меньшинство детей имели серьезные генетические или метаболические синдромы, приводившие к инвалидности, что, вероятно, поддерживало эту точку зрения. Однако, по нашему мнению, представление о том, что совсем маленькие дети могут быть обречены на серьезные проблемы развития и что вмешательство не имеет смысла, отражает устаревшую научную модель, согласно которой развитие детей происходит относительно независимо от опыта. Мы же полагали, что всем детям было бы полезно расти в более чутком окружении, и у многих из них не было бы никаких или почти никаких проблем, если бы они воспитывались в условиях, более приближенных к нормальным.

В вопросе о наилучшей форме ухода за брошенными, осиротевшими или подвергавшимися дурному обращению детьми во всей Румынии была полная неопределенность, но особенно в Бухаресте, который с точки зрения реформ по защите детей отставал от некоторых других частей страны и через 10 лет после революции. Приняв решение — по крайней мере, предварительное — о RCT, мы перешли к подробному обсуждению других этических вопросов, связанных с проектом.

Не навреди

Одним из первых мы рассмотрели вопрос о том, как гарантировать, чтобы наше вмешательство (и исследование, призванное оценить его результаты) не противоречило принципу «не навреди», хотя бы в той мере, в какой мы могли контролировать потенциальные источники вреда. В качестве этого самого вмешательства мы быстро выбрали приемную семью как подлежащую изучению альтернативу помещению детей в учреждения, вместо того чтобы пытаться каким-то образом улучшать сами учреждения. И хотя помещение детей в приемные семьи тоже не вполне лишено рисков, у нас были все основания полагать, что жизнь в приемной семье менее вредна для детей, чем жизнь в учреждении. Все предыдущие исследования сходились на том, что у детей из приемных семей результаты лучше, чем у воспитанников учреждений. Кроме того, и с политической, и с научной точки зрения, жизнь ребенка в приемной семье радикально отличается от жизни в учреждении[4].

Принцип невмешательства

Еще одним способом снижения потенциального ущерба стал наш отказ от какого-либо вмешательства в текущие изменения в размещении детей из-за их участия в нашем проекте. Мы, конечно, планировали выводить детей из учреждений и помещать их в приемные семьи, но мы не хотели как-то иначе вмешиваться в их судьбу. То есть, если детей усыновляли или возвращали в родные семьи, мы ни в коем случае не мешали этому. Румынское законодательство было на этот счет очень четким; мы же приняли для себя эти этические принципы еще до того, как узнали о соответствующем законе.

Было лишь одно исключение из этого правила: мы стремились к тому, чтобы ни один ребенок, переведенный из учреждения, никогда туда не вернулся. Из-за ограниченного бюджета нашего исследования мы опасались, что после организации вмешательства, сбора данных и завершения проекта детей, помещенных в приемные семьи, могут снова вернуть в учреждения. Не допустить этого нам казалось очень важной частью доктрины «не навреди», хотя мы и не знали, насколько нам удастся контролировать эти вопросы. Мы попытались достичь такой договоренности с каждой из местных комиссий по защите детей в Бухаресте. Из 6 секторов с учреждениями для самых маленьких детей все, кроме одного, согласились с этим условием.

Несправедливое преимущество

Можно, конечно, возразить, что несправедливо предоставлять заведомо более богатый опыт (то есть помещение в семью) только половине детей, в то время как остальные продолжат жить в учреждениях, которые мы считаем плохими. Тем не менее мы рассудили, что ни один ребенок не должен удерживаться в учреждении по причине своего участия в исследовании. Фактически же, если бы наше исследование не было проведено, все дети продолжали бы жить как и прежде.

Минимизация рисков

Еще один аспект принципа «не навреди», особенно в отношении уязвимых групп людей, заключается в использовании мер и процедур, имеющих не более чем минимальный риск. Участие уязвимых групп населения в тестировании потенциально рискованных вмешательств

или инвазивных методов оценки, конечно, недопустимо. Правительство США определяет минимальный риск так: «когда вероятность и величина вреда или дискомфорта, ожидаемых от исследования, сами по себе не больше, чем те, которые обычно встречаются в повседневной жизни или при выполнении обычных медицинских или психологических обследований и тестов»[5]. Мы также постарались отобрать для использования хорошо нам знакомые и привычные техники.

Конечно, доктор Тарса и некоторые другие в Румынии считали само по себе помещение детей в приемную семью риском. Тем не менее это был законный метод защиты брошенных детей в Румынии. Он стал таковым за несколько лет до начала нашего проекта. Хотя СМИ регулярно сообщают о случаях насилия над детьми в приемных семьях в США, фактическая частота инцидентов низкая. Меньше 0,5% детей в приемных семьях подвергаются насилию или пренебрежению, и этот показатель ниже, чем примерно 1% детей по популяции в целом[6]. Мы не нашли никаких оснований полагать, что приемная семья создает риск больший, чем учреждение. Это позволило нам сделать вывод, что риски при помещении в приемные семьи не являются препятствием для проведения исследования.

Правило немедленной остановки

При испытаниях новых лекарств, если предварительные результаты указывают на их явно более высокую эффективность, чем у плацебо, исследование может быть остановлено и препарат может стать доступен для всех, даже если RCT формально не завершено. К сожалению, еще до начала проекта мы понимали, что правило прекращения исследования нам не подойдет из-за высокой

стоимости помещения детей в приемные семьи. У нас просто не было средств, чтобы быстро поместить 68 детей, рандомизированных в группу, оставшуюся в учреждениях, в приемные семьи.

Примерно 50% бюджета проекта BEIP, т. е. все средства, выделенные фондом Макартуров, пошло на поддержку приемных семей — зарплату 56 приемных родителей, расходы на детей и зарплату для 3 социальных работников, курирующих сеть приемных семей. Как будет показано ниже, когда наши первые данные стали демонстрировать преимущества для детей, помещенных в приемные семьи, мы решили использовать другой подход для преодоления неравенства двух этих групп.

Предвзятость исследователя

При работе над дизайном проекта нам нужно было защитить исследование от собственной предвзятости, насколько это вообще возможно. Измерение функционирования мозга, проведение электроэнцефалограмм, измерение вызванных потенциалов и магнитно-резонансной томографии, а также использование нейропсихологических шкал (например, CANTAB — Кембриджский нейропсихологический тест и автоматизированная батарея — см. главу 6) и биологических исследований (например, генетических) исключают возможность для предвзятости, поскольку эти данные не связаны с отчетами воспитателей или наблюдателей. При оценке показателей физического развития и проведении психологических тестов, таких, как обследование с использованием шкалы Бейли или шкалы Векслера для измерения интеллекта детей (WISC–IV), возможность предвзятости сохраняется всегда, хотя процедуры как самого тестирования, так и интерпретации результатов хорошо

стандартизированы. Еще более уязвимыми перед предвзятостью людей, проводящих исследования, являются рейтинговые оценки поведения, наблюдаемого во время лабораторных процедур, и отчеты тех, кто ухаживает за детьми. Если, например, исследователь знает, что наблюдает за ребенком, живущим в учреждении, или за тем, который живет со своей семьей, уже само это знание может влиять на восприятие и оценку его поведения. Особенно при проведении оценки привязанности, эмоциональной выразительности и взаимодействия, предвзятость исследователя потенциально может быть серьезной проблемой. Чтобы минимизировать влияние этого фактора, наблюдения записывались на видеопленку, а затем кодировались экспертами, которые не знали о принадлежности детей к той или иной группе, а в некоторых случаях не знали и о дизайне исследования. Этим усилиям способствовало правило, согласно которому все сотрудники учреждений во время всех процедур носили обычную одежду. Обученным специалистам, которые кодировали эти видеозаписи, сообщалось только, что они будут оценивать поведение маленьких детей дома и в группах. Так что они были так же «слепы», как и любые кодировщики любого исследования, использующего поведенческие методы оценки[7].

По многим из наших показателей мы получали отчеты от персонала учреждений и в ходе последующих наблюдений часто сравнивали их с отчетами приемных или биологических родителей (если дети были возвращены в свои родные семьи). Абсолютно надежной защиты от предвзятости персонала или родителей в отношении поведения и характеристик детей не существует. С другой стороны, когда это оказывалось возможным, мы сравнивали наши наблюдения и отчеты персонала по конкретным аспектам поведения (например, беспорядоч-

ное, неизбирательное поведение) и часто обнаруживали хорошее соответствие между этими двумя источниками данных. Это укрепило нашу уверенность в том, что отчетам тех, кто заботится о детях, можно доверять. Кроме того, рассматривая тенденции в данных по всем показателям, мы обнаружили, что там, где предвзятость полностью исключена (такие, как ЭЭГ), полученные результаты аналогичны тем, что мы видим в ситуациях с большей возможностью для ошибки (например, при проведении «незнакомой ситуации» — процедуры оценки поведения привязанности, описанной в главе 6)[8]. Мы удовлетворены тем, что результаты, до сих пор полученные в проекте BEIP, сходны по всем видам измерений, и уверены, что исследовательская предвзятость не повлияла сколько-нибудь серьезно на полученные нами данные.

Этическая оценка проекта BEIP

Специалисты по этике обычно оценивают обоснованность исследовательских проектов, используя конкретные показатели. Мы сгруппировали их в 5 категорий: социальная ценность, соотношение риска и пользы, информированное согласие, независимая оценка и вклад завершенного проекта в дальнейшее развитие системы. Несмотря на то, что эти категории в значительной степени пересекаются, каждая из них приводит к вполне самостоятельным выводам.

Социальная ценность

Широко распространено мнение, что первый этический критерий оценки исследования заключается в том, имеет ли оно общественную ценность[9]. Если оно не имеет ценности, то вовлекать в него людей неэтично, даже ес-

ли риски минимальны. Поначалу это, конечно, кажется очевидным, но быстро становится более сложным. Например, исследование не может стать этичным только по завершении; оно должно быть таковым еще в замысле[10]. Итак, как же мы могли судить о социальной ценности BEIP еще до того, как осуществили вмешательство? И кто должен счесть его ценным?

Справедливо будет спросить, знали ли мы заранее ответ на ключевой поставленный вопрос. В конце концов, мы же все не разделяли предвзятое отношение к преимуществам приемной семьи, да и литература, сравнивающая эти 2 типа вмешательства, показывала, что в 10 из 10 исследований дети в приемных семьях развивались лучше, чем в учреждениях. И хотя RCT в таком контексте никогда не проводились, они, возможно, были не только не нужны, но и нежелательны для оценки этих вмешательств[11]. Например, в районах, где людям не хватает продовольствия, было бы неэтично рандомизировать, каких детей кормить, а каких не кормить надлежащим образом[12].

Концепция клинического равновесия, которую некоторые специалисты считают минимальным этическим стандартом, относится к естественной неуверенности исследователей до проведения экспериментов относительно преимуществ одного вмешательства перед другим. В Соединенных Штатах было бы очень трудно найти специалистов по вопросам защиты детей или исследователей детского развития, которые сомневались бы в том, какой уход — институциальный или семейный — является наилучшим. Однако есть несколько ученых, активно выступающих за возвращение детских домов из-за их предполагаемых преимуществ по сравнению с помещением в приемные семьи[13].

Таким образом, даже в США нет полного единодушия в отношении оптимального размещения детей, остав-

шихся без попечения. В Румынии же вопрос об институциальном воспитании является еще более спорным.

Так был ли проект BEIP социально ценным? На наш взгляд, да, и этому есть несколько причин. Во-первых, надежность данных по вопросу о воспитании детей в учреждениях и приемных семьях была совершенно недостаточной и явно уязвимой с точки зрения предвзятости. С этической точки зрения проект было бы сложнее обосновать, если бы уже существовало значительное число рандомизированных контролируемых исследований, проведенных в разных странах мира и поддержавших бы приемную семью, а не институциализацию. Последствия таких выводов для политики и общественного здравоохранения имеют столь большое значение для миллионов детей на планете, растущих в учреждениях, что это требует прочной доказательной базы. Во-вторых, мы не предлагали проводить клинические испытания, которые лишали бы детей возможности воспитываться в приемных семьях.

Напротив, мы предлагали новое и многообещающее вмешательство в условиях, когда стандартом было институциальное воспитание. В-третьих, Государственный секретарь Румынии по вопросам защиты детей Кристиан Табакару считал, что это исследование не только приемлемо, но и необходимо, чтобы убедить других членов румынского правительства в том, что существуют альтернативы институциальному воспитанию.

А как же клиническое равновесие? Франклин Миллер и Говард Броуди (Franklin Miller and Howard Brody), на наш взгляд, убедительно показали, что «клиническое равновесие не является ни необходимым, ни достаточным» для проведения этичных рандомизированных контролируемых исследований. Они утверждают, что эта концепция путает стандарт отношений врач-пациент

с проведением клинических испытаний. Врач, лечащий пациента, обязан делать то, что лучше для этого отдельного человека. Исследователь несет ответственность перед обществом, которое может извлечь пользу из результатов этого исследования[14].

Рандомизируя детей в проекте BEIP, мы были вынуждены по необходимости позволить половине из них остаться в условиях, которые считали неоптимальными (т. е. в учреждении), но доказать, что они не оптимальны, без проведения исследования было невозможно. А без рандомизации наши данные не имели бы никакого значения ни для кого, кроме детей — непосредственных участников проекта.

Соотношение риска и пользы

С социальной ценностью связан баланс между рисками и преимуществами участия в исследовании. Каждый эксперимент содержит как риски, так и выгоду для участников, и исследователи обязаны обеспечить, чтобы выгода (реальная или потенциальная) перевешивала риски (реальные или потенциальные). Как мы оценивали потенциальные риски и преимущества участия в проекте BEIP?

Можно, конечно, спросить, почему мы проводили это исследование в Румынии, а не в Соединенных Штатах. Мы были приглашены туда, конечно, отчасти из-за политических дебатов в этой стране, но важным было и то, что мы были американскими исследователями, изучающими исключительно уязвимую популяцию в условиях молодой демократии. Важно, чтобы специалисты из более развитых стран не проводили исследования в менее развитых государствах лишь потому, что там можно воспользоваться нечеткими правилами или получить доступ к более незащищенным группам населения.

Во-первых, мы поехали в Румынию потому, что там в учреждениях содержались десятки тысяч брошенных детей. Исследование не могло быть проведено в Соединенных Штатах, потому что там крайне мало детей воспитываются в учреждениях. Хотя в США некоторое количество младенцев и детей младшего возраста и размещаются в местах «группового ухода», как правило, эта мера является краткосрочной, и число детей, попадающих туда, очень невелико. По данным Лиги социального обеспечения детей Америки, менее чем 1% детей США в возрасте до 3 лет живут в учреждениях. В это число входят и маленькие дети, требующие интенсивного медицинского ухода[15]. Согласно данным за 2004 год во всех 50 штатах, округе Колумбия и Пуэрто-Рико менее 1500 детей в возрасте до 3 лет были помещены в специальные учреждения (т. е. в группы по уходу, укомплектованные родителями, работающими неполный рабочий день), многие из них имели глубокую инвалидность. К тому же в Румынии в 2001 году было 205 учреждений с более чем 100 детьми, а в США не было ни одного[16].

Во-вторых, что еще более важно, проект BEIP был нацелен на помощь брошенным детям, воспитывающимся в учреждениях, но результаты исследования, должны были принести пользу и другим, не менее уязвимым. Полезность проводимого исследования для других групп населения, аналогичных непосредственным его участникам, соответствует рекомендациям, опубликованным Советом международных научно-медицинских организаций (CIOMS)[17]. Кроме того, должностные лица и защитники прав детей, такие, как Кристиан Табакару, задавались политическими вопросами, на которые можно было ответить только методологически обоснованным научным исследованием. Продемонстрировав, приводит ли выведение детей из учреждений в приемные семьи к успехам

в развитии, мы показали бы, необходимы ли срочные изменения румынской политики в этой области. Тогда правительство могло бы рассматривать экономические, психологические, медицинские и социальные риски и преимущества разных подходов. В частности, у нас была возможность представить доказательства, подтверждающие или опровергающие широко распространенное мнение о том, что «приютские дети» безнадежны или «неизлечимы».

Следует также учитывать, что мы не требовали ни для одного ребенка длительного нахождения в учреждении из-за участия в нашем исследовании. По причине румынского законодательства и нашего правила невмешательства дети, которые были усыновлены или возвращены в родительские семьи, в дальнейшем отслеживались, но их фактическое размещение никак не нарушалось участием в исследовании. К моменту завершения стадии вмешательства, т. е. по достижении детьми возраста 54 месяцев, всего 20 детей по прежнему жили в учреждениях, в то время как 45 уже находились в спонсируемых проектом приемных семьях, а еще 20 — в приемных семьях, финансируемых государством, которых совсем не было на момент начала исследования. 18 были возвращены биологическим родителям, 2 усыновили биологические родственники, и 16 были усыновлены не родственниками[18].

Когда ранние результаты проекта BEIP показали явные преимущества для детей в приемных семьях, мы были вынуждены пересмотреть «правило прекращения испытаний». Поскольку у нас не было ресурсов, чтобы сделать приемные семьи доступными для всех воспитанников учреждений, мы решили доложить о наших результатах тем, кто мог бы их использовать. Для этого мы организовали пресс-конференцию и пригласили сотруд-

ников соответствующих министерств румынского правительства принять в ней участие. На этой конференции, состоявшейся 13 июня 2002 года, тогдашний посол Соединенных Штатов в Румынии Майкл Гест (Michael Guest) представил наш проект и каждого из трех ведущих исследователей. На ней присутствовали и некоторые государственные чиновники, но мы не знали, как они реагировали. Габриэла Коман, Государственный секретарь по защите детей с 2000 по 2004 год, позже рассказывала нам, что она была очень хорошо осведомлена о нашем исследовании и его результатах[19].

В 2002 и 2004 годах мы организовали и профинансировали (при поддержке фонда Макартуров, Национального научного фонда и фонда Харриса) две национальные конференции в Бухаресте по проблемам развития детей, на которых представили наши предварительные выводы. Мы пригласили специалистов по здравоохранению и психическому здоровью, по защите детей из правительства и НГО, нейробиологов и государственных должностных лиц принять участие в этих конференциях и попросили многих из них выступить там. Помимо содействия развитию румынской системы по защите детей, конференции явились еще одним способом как можно быстрее познакомить с результатами проекта BEIP тех, кто мог бы наилучшим образом их использовать.

Организованные нами конференции имеют отношение к более широкому вопросу о пользе, а именно — для общества в целом. Если риски для участников низки, как это было в проекте BEIP (без этого исследования все дети продолжали бы жить в учреждениях), то преимущества от знаний, полученных в ходе исследования, становятся важным фактором. Хотя в течение десятилетия после свержения Чаушеску в Румынии был достигнут

значительный прогресс в разработке альтернатив для брошенных детей, тысячи еще оставались в учреждениях (по данным Европейского союза, в 2012 году около 8000 детей, многие из которых были инвалидами). Результаты проекта BEIP могут быть использованы для значительной части популяции детей, все еще находящихся в специализированных учреждениях в Румынии и, возможно, в других странах[20]. В мире миллионы брошенных детей, многие из которых воспитываются в учреждениях[21]. Политикам, озабоченным тем, как улучшить их положение в долгосрочной перспективе, следует внимательно присмотреться к исследованиям, сравнивающим различные формы помощи этим детям. Результаты проекта BEIP, с соответствующими кросс-культурными и контекстуальными поправками, имеют значение для институциализированных детей во всем мире.

Информированное согласие

Что касается информированного согласия, то важнейшие вопросы состоят в том, кто несет юридическую ответственность за детей, находящихся под опекой государства, и кто будет выступать от их имени. Меры по защите тех, кто не может дать согласие, предусматривают их участие только в исследованиях с минимальным риском и при условии, что результаты непосредственно отвечают интересам участников или популяции, из которой они выбраны. По критерию «справедливого выбора участника исследования», проект BEIP, на наш взгляд, соответствовал принятому стандарту[22].

Оставался, однако, вопрос, кто вправе дать согласие за детей? Лонгитюдные исследовательские проекты в области развития детей и RCT, такие, как проект BEIP, не имели прецедентов в Бухаресте к 2000 году, и внутри Ру-

мынии мы не смогли найти каких-либо установленных методов этической оценки. В то же время румынское законодательство определяло процедуры, которым мы должны были следовать. По закону дети, живущие в учреждениях, находятся под опекой государства. Законным представителем такого ребенка обычно выступала Комиссия по защите детей сектора/округа, в котором проживал ребенок (иногда мэр). Членами комиссии были специалисты из местного сообщества, назначаемые мэром. В их число обычно входили врач, секретарь мэрии, представитель Министерства труда, директор по вопросам защиты детей и представитель полиции. Комиссии, разумеется, были юридическими лицами, не имеющими никакого отношения к исследователям или исследованию. Так, на первом этапе они должны были дать согласие на участие конкретных детей. В соответствии с румынским законодательством комиссии каждые 3 месяца пересматривали вопрос о помещении конкретного ребенка, находящегося под опекой государства. На основе их рекомендаций дети, живущие в учреждениях или в приемных семьях, могли быть возвращены в свои родные семьи или усыновлены в Румынии. Участие в проекте BEIP не ограничивало и никоим образом не влияло на вывод детей институциальной группы из учреждений и их возвращение в биологические семьи, усыновление или помещение в государственную программу приемных семей, которая развивалась по мере продолжения проекта.

С самого начала комиссии требовали, чтобы мы по возможности получали отдельное согласие от биологических родителей детей, помещенных в учреждения. Интересно, что они требовали этого согласия не для того, чтобы дети могли участвовать в исследовании, а для того, чтобы они могли быть помещены в приемную се-

мью. Как отмечалось, у большинства детей, живущих в учреждениях Румынии, жив по крайней мере один из родителей. В этих случаях, хотя дети и находились под опекой государства, за родителями сохранялись некоторые права. Так, они могли потребовать институциализации своих детей, и при этом, в частности, не разрешить, чтобы правительство поместило их в приемные семьи. По словам Богдана Симиона, исполнительного директора SERA Румынии, это решение иногда основывалось на опасениях, что ребенок начнет «отдавать предпочтение» приемной матери. Для нас это лишь подчеркивало степень подозрительности, с которой приемная семья рассматривалась в начале исследования.

В качестве дополнительной защиты детей мы решили просить воспитателей учреждений (или приемных родителей) «одобрять» или соглашаться с конкретными мероприятиями и процедурами, проводимыми в ходе исследования. Мы полагали, что, поскольку эти воспитатели (приемные родители) знали детей лучше, психологически они были более заинтересованы в них, чем далекие государственные чиновники, бывшие фактически их законными опекунами. Так что лица, осуществляющие непосредственный уход за детьми в учреждениях, и приемные родители всегда могли отказаться от участия или прекратить любую деятельность или процедуру, которую они сочли бы слишком неприятной или нежелательной для ребенка. Например, несколько маленьких детей решительно протестовали против того, чтобы надеть шапочку с электродами для записи ЭЭГ и регистрации вызванных потенциалов. Научные сотрудники определяли, стоит ли продолжать процедуру, но воспитатели, сопровождающие ребенка, всегда имели решающее слово о ее прекращении, если ребенок испытывал стресс.

Ситуация была более ясной с детьми, живущими со

своими биологическими родителями, которые разрешили им участвовать в исследовании и дали согласие на конкретные процедуры. Однако первоначальные бланки согласия, которые мы разработали в сотрудничестве с Экспертными Советами (IRB) трех разных университетов, были быстро признаны чрезмерно длинными, формальными и, в конечном счете, неуместными в румынском контексте. Чтобы обеспечить действительно информированное согласие, комиссии запросили более короткие и четкие его формы, которые мы разработали и одобрили в Экспертных Советах в наших академических учреждениях.

Независимая оценка

Оценка проекта BEIP проводилась на нескольких различных уровнях. Тулейнский университет (Чарльз Зина); Университет Миннесоты, Бостонская детская больница и Гарвардский университет (Чарльз Нельсон); Университет Мэриленда (Натан Фокс) — каждое из этих учреждений имело соответствующий Совет, которым был рассмотрен и одобрен весь протокол. Наши румынские коллеги из SERA не смогли найти сопоставимую систему рассмотрения исследовательских проектов в Бухаресте на момент начала проекта, и в результате оно было одобрено местными комиссиями по защите детей в Бухаресте, а также IOMC, клинической организацией, находившейся в ведении румынского Министерства здравоохранения. Для наших румынских партнеров в SERA и IOMC было важно, чтобы исследование проводилось в соответствии с принципами, изложенными в Конвенции Организации Объединенных Наций о правах ребенка[23].

В ответ на запрос, сделанный одним из парламентариев Европейского союза о проекте BEIP, правитель-

ство Румынии в июне 2002 года учредило специальный комитет по вопросам этики в составе представителей научных кругов и государственных должностных лиц, знакомых с политикой в области детского развития и защиты детей. Эта группа посетила лабораторию BEIP и подробно рассмотрела все аспекты проекта, придя к выводу, что он является этически обоснованным. Совсем недавно мы работали с руководством Бухарестского университета, разрабатывая систему рецензирования экспертными советами по образцу университетов США.

Постпроектные обязательства

Многие считают, что у исследователей есть обязательства и после завершения проекта. По мнению CIOMS (1993 год), исследователи должны обеспечить, чтобы меры, вытекающие из их работы, были «разумно доступны» сообществу. Альтернативный этому подход, получивший название «Система справедливых льгот» (2002 год), предполагает, что польза от проекта для сообщества может принимать самые разные формы, в том числе такие, как оказание помощи по уходу, подготовка медицинского персонала, увеличение занятости и экономическое стимулирование, а также меры, принимаемые после исследования. Мы постарались выполнить наши постпроектные обязательства по нескольким направлениям с различной степенью успеха.

Основная идея при первоначальном планировании заключалась в том, что ни один ребенок, попавший в приемную семью, не должен был вернуться в учреждение. Отчасти это было связано с озабоченностью судьбами детей, а отчасти со стремлением внести долгосрочный вклад в систему их защиты в Бухаресте. С начала нашего проекта в апреле 2001 года и до официаль-

ного его завершения в 2005 году (когда младшим детям исполнилось 54 месяца) ни один ребенок не был возвращен в учреждения. Исключение составил один случай, когда пришлось экстренно поместить туда на 2 недели малыша в связи с внезапной кончиной его одинокой приемной матери. Когда социальный работник проекта BEIP узнала об этом, она немедленно нашла ребенку альтернативную семью. К моменту завершения нашего проекта районные органы власти в Бухаресте взяли на себя поддержку всех приемных семей, спонсируемых фондом Макартуров, которые приняли детей из учреждений. Это существенно увеличило число поддерживаемых правительством приемных семей в крупнейшем городе Румынии.

К сожалению, с тех пор, как проект закончился, обнаружилось некоторое количество отступлений от наших первоначальных соглашений. Несколько детей с серьезными задержками в развитии были помещены в учреждения для инвалидов, а в тех случаях, когда приемные родители серьезно заболевали, детей возвращали в ту или иную форму группового содержания. Во многих учреждениях для детей старшего возраста учащиеся посещают государственные школы «за пределами территории». Некоторые дети живут в «социальных квартирах», которые расположены в типичных жилых комплексах. С ними работают внештатные воспитатели, вместе там живут от 4 до 6 детей. Когда по мере вхождения детей в переходный возраст возникали более серьезные поведенческие проблемы, некоторых из них помещали в учреждения, аналогичные тем, что имеются в Соединенных Штатах (домам группового проживания или центрам стационарной помощи с проживанием).

Мы и партнеры в SERA активно защищали права этих детей, но ограниченность нашего влияния стала болез-

ненно очевидной. Адина Кодрес (Adina Codres), бывший директор цетра Св. Екатерины, в свое время крупнейшего учреждения для детей младшего возраста в Румынии, говорила, что глобальный финансовый спад середины-конца 2000-х годов сильно ударил по Румынии и привел к серьезным сокращениям расходов на защиту детей. Она, в частности, отметила, что Национальный комитет по защите детей в 2010 году был включен в состав Министерства труда, что означало как сокращение бюджета, так и ослабление полномочий[24]. Богдан Симион из SERA Румынии согласен с тем, что сокращение бюджета привело к снижению доступности приемных семей в Бухаресте[25]. В 2010 году, например, зарплаты приемным родителям были урезаны на 25%.

Помимо самого исследования, мы предприняли и другие попытки внести вклад в румынскую систему защиты детей. Например, наш румынский персонал во главе с Себастьяном Когой получил грант Агентства США по международному развитию (USAID) на организацию обучения по вопросам детского развития на всей территории Румынии. С 2004 по 2005 год они проводили тренинги для работников сферы защиты детей и других специалистов по всей Румынии по таким темам, как укрепление привязанности, поддержка языкового развития и управление проблемным поведением.

Последним, но важным наследием проекта стало создание в Бухаресте Института развития ребенка (IDC), который официально открылся 31 октября 2011 года. Проект BEIP получил грант от фонда Джона Д. и Кэтрин Т. Макартуров на создание (в сотрудничестве с SERA Румынии и, при необходимости, с различными государственными учреждениями) этого института, который по замыслу должен продолжить подготовку специалистов, проведение исследований и предоставление

услуг детям группы риска, являясь ресурсным центром для всей страны.

Мы надеемся, что IDC создаст самодостаточную, эффективную и устойчивую инфраструктуру, а также критическую массу местных специалистов, необходимых для удовлетворения меняющихся потребностей уязвимых групп детского населения страны. Идея в том, чтобы укрепить в Румынии знания о развитии ребенка для оснащения системы защиты детей, политиков и врачей современными моделями и подходами для работы с будущими потребностями. Еще одной целью IDC является предоставление румынскому сообществу охраны здоровья и благополучия детей надежной научной информации, необходимой для принятия правильных политических решений. Это включает широкое распространение соответствующих научных и учебных материалов, а также результатов новых исследований среди практикующих специалистов, родителей, ключевых должностных лиц, СМИ и широкой общественности. Конечная цель IDC заключается в том, чтобы обеспечить научно обоснованную фактическими данными помощь детям с особыми потребностями (в частности, после институциализации), усовершенствовать систему выявления детей группы риска и разработать стратегии эффективного раннего вмешательства, которые могли бы применяться по всей стране.

Заключение

Проект BEIP задумывался как структура, совмещающая научную и гуманитарную деятельность и обеспечивающая сбалансированность этих усилий. Мы с самого начала понимали сложность этических вопросов проекта,

заслуживающих основательного планирования. Знали мы и о том, что найдутся люди, которые сочтут некоторые аспекты проекта BEIP неприемлемыми по этим соображениям. Большинство специалистов по биоэтике (хотя и не все) откликнулись на исследование доброжелательно[26]. Поскольку мы никак не можем себе представить, что детям, принявшим участие в нем, было бы лучше, если бы оно не проводилось, мы удовлетворены тем, что оно было этически обоснованным и достойным проведения. Тем не менее нам хотелось бы, чтобы политические последствия проекта BEIP получили более полное признание как в Румынии, так и за ее пределами, особенно в той части, которая касается качества воспитания в приемных семьях, необходимого маленьким детям, пережившим тяжелые времена. Более подробно следствия проекта BEIP будут рассмотрены в главе 12.

Глава 5

Приемная семья как метод вмешательства

Государство не может растить детей. Но государство может многое сделать, чтобы помочь родителям в этом, а также выступить в качестве защитника и надежного гаранта для бедных и уязвимых детей, о которых, по каким-то причинам, не заботятся должным образом их семьи.

Хиллари Дайан Родэм Клинтон (3 марта 1996)

Проект BEIP был разработан для поиска ответов на ряд важнейших вопросов. Может ли тщательно спланированная программа приемного воспитания способствовать развитию детей, оставленных родителями в раннем возрасте и помещенных в учреждения? Повлияет ли на результат время этого вмешательства, т. е. возраст, в котором детей забирают из учреждения, или продолжительность самого вмешательства (время пребывания в приемной семье)? Выбрав приемную семью как метод вмешательства, нам необходимо было проверить все это в ходе Бухарестского исследования. Мы старались наилучшим образом обеспечить его высокое качество с учетом того, что в Румынии приемное воспитание было редкостью, рассматривалось с подозрением и не использовалось в местной системе защиты детей. Чтобы решить этот вопрос, мы опирались на опыт реализации

программ помощи детям, подвергающимся жестокому обращению, в Новом Орлеане[1]. Мы хотели создать программу приемного воспитания в Бухаресте, которая была бы приемлемой для всей Румынии: доступной, воспроизводимой и основанной на научном взгляде на детское развитие. Мы надеялись, что, если дело пойдет успешно, мы создадим альтернативу институциализации детей[2].

Как показано в главе 2, проект BEIP осуществлялся в период значительных изменений в организации защиты детей в Румынии. В середине 90-х годов было принято новое законодательство, однако многие регионы страны еще не ощутили на себе его последствий. Это позволяло нам представлять свои данные в ходе дискуссий между теми, кто выступал за радикальные изменения в системе, и теми, кто ратовал за более скромные. В этой главе мы внимательно рассмотрим ситуацию с приемными семьями для отказных детей в Румынии после падения Чаушеску на примере Бухареста и сравним эту ситуацию с тем, что происходило в других частях страны.

Хотя Румыния привлекла наибольшее внимание средств массовой информации своими проблемами в области защиты детей, аналогичные трудности существуют и в большинстве стран Восточной Европы и в России, а также во многих других странах мира[3]. Для оказания помощи в проведении реформ из ресурсов Европейского союза и особенно Соединенных Штатов были направлены миллионы долларов. Прогресс неоспорим, хотя проблемы и далеки от разрешения, а во многих случаях упорно не поддаются. В частности, до сих пор возникают споры при любом обсуждении современного состояния дел в области защиты прав детей в Румынии. И, хотя страна настойчиво движется по пути развития семейных подходов к устройству брошенных детей, конца этому пути пока еще не видно.

Приемное воспитание в Бухаресте

В эпоху Чаушеску приемное воспитание не было запрещено законом, но весьма редко использовалось для детей, оставленных родителями. Неформальное усыновление между родственниками имело место, но приемное воспитание, поддерживаемое государством, в 1990-е годы в Бухаресте было единичным. Фактически так было и по всей России и в Восточной Европе по нескольким причинам[4]. Во-первых, в странах, где значительная часть населения испытывает финансовые и жилищные трудности, многим семьям трудно даже представить себе возможность заботы о чужом ребенке. Отсутствие государственной поддержки только усугубляет эту проблему. Во-вторых, культуральные предрассудки в отношении детей, находящихся в учреждениях, и, в частности, по поводу цыган, живучи в Румынии до сих пор, тоже не способствуют развитию системы воспитания в приемных семьях[5]. В-третьих, слабая осведомленность общества о приемном воспитании оставляет семьи, которые могли бы заинтересоваться этим, недоступными для размещения детей. И, наконец, отсутствие традиции приемного воспитания или усыновления детей, не являющихся кровными родственниками, возможно, способствовало слухам о том, что в таких семьях процветает жестокое обращение с детьми, педофилия и торговля органами.

Хотя количество финансируемых государством приемных семей в Бухаресте в 2000 году было весьма ограничено, в 1990-е годы НГО, связанные с международным усыновлением, одними из первых стали создавать там приемные семьи. Некоторые из этих организаций способствовали воссоединению семей или усыновлению внутри страны (например, программы в Констан-

це и Бухаресте, поддерживаемые Holt International). Хотя большинство из них больше были заинтересованы в международных усыновлениях[6]. Они, как правило, выявляли брошенных детей, которые содержались в учреждениях, но могли быть законно усыновлены, и помещали их в приемные семьи. Затем — в сроки от нескольких недель до нескольких месяцев — детей усыновляли непосредственно из приемных семей. Два фактора способствовали существованию системы приемных семей, спонсируемой НГО[7]. Во-первых, в балльной системе, созданной Табакару (см. главу 3), НГО, материально поддерживавшие инфраструктуру защиты детей (например, путем финансирования приемных семей), получали доступ к данным о детях, которых можно усыновить за рубеж. Во-вторых, некоторые иностранные семьи предпочитали усыновлять детей из приемных семей, а не из учреждений. По этой причине время, проведенное ребенком в приемной семье, часто было коротким.

Система приемных семей в Румынии в то время формировалась по французскому образцу. Приемные родители, или «помощники, выступающие в роли матерей», принимались на работу в качестве штатных сотрудников округа (или сектора, как в Бухаресте) и получали зарплату и льготы. Это значительно отличается от положения приемных родителей в Соединенных Штатах, получающих лишь скромные субсидии на каждого ребенка.

По словам Богдана Симиона из SERA Румынии, другие районы страны начали поддерживать у себя приемные семьи раньше и более существенно, чем Бухарест[8]. Например, уже к октябрю 1998 года в отдаленном северном округе Трансильвании — Бистрице — приемные семьи стали реально доступной альтернативой инсти-

туциализации детей[9]. Через год после принятия нового закона, разрешившего усыновления, всего 6 приемных семей ухаживали за детьми, а 3 года спустя в округе насчитывалось 68 действующих лицензированных приемных семей. Еще 50 имели лицензию, но не имели детей из-за ограничений финансирования. По данным Марин Мик (Marin Mic), социального работника, которая в то время руководила защитой детей в округе Бистрица, число воспитанников, живущих в 4 учреждениях округа, снизилось с 850 до 220. Большинство оставшихся были дети и подростки с тяжелой инвалидностью. Количество же детей в приемных семьях увеличилось до 220[10]. Работа в Бистрице была результатом сотрудничества между окружным Департаментом защиты детей и НГО «Помощь румынским детям» (Fundatia Inocenti), где Мик теперь работает.

В отличие от Бистрицы, в Бухаресте после 1997 года ситуация с приемными семьями практически не изменилась. Казалось, что там все внимание было направлено на перераспределение ответственности между секторами. Точные цифры неизвестны, поскольку систематический сбор данных в то время отсутствовал, однако и через 3 года после принятия закона 1997 года о развитии системы приемных семей их количество в Бухаресте исчислялось единицами. По сути, приемные семьи в столице в то время не были частью системы защиты детей. Возможно, из-за того, что учреждения в Бухаресте были большими, а в некоторых случаях и старыми (в приюте Св. Екатерины, основанном в 1897 году, в какой-то момент размещалось около 1000 детей), они опасались перемен и не желали их еще сильнее, чем учреждения в регионах, особенно в таких отдаленных, как Бистрица. По словам Адины Кодрес, которая была директо-

ром центра Св. Екатерины с октября 1998 года по июнь 2000 год, врачи и воспитатели были хорошо осведомлены о спорах среди правительственных чиновников относительно преимуществ приемного воспитания перед институциальным, и, как следствие, многие опасались за свою работу[11].

Социальная работа в Бухаресте и в Румынии

Учитывая отсутствие системы приемного воспитания в Бухаресте, мы понимали, что, жизненно важным компонентом создания сети приемных семей будет набор и подготовка высококвалифицированных социальных работников для поддержки и наблюдения за детьми и семьями, участвующими в исследовании. Особенности социальной работы в Румынии делали достижения этих целей довольно трудными.

В марте 2001 года, когда Веронике (Вере) Проаспату было 25 лет, ей позвонила ее бывшая одноклассница Алина Росу. В январе Алина стала первым социальным работником проекта BEIP и теперь интересовалась, не захочет ли и Вера подумать о том, чтобы тоже стать социальным работником. У Веры был почти 2-летний опыт взаимодействия с воспитанниками детских учреждений в студенческие годы, когда она работала штатным сотрудником в 5-м секторе Бухареста. Будучи там социальным работником, она отвечала за обследование и консультирование детей и семей, а также представляла интересы детей на заседаниях комиссии. В ее обязанности входила разработка индивидуальных планов работы с детьми, включавших, где только возможно, и усилия по их возвращению в биологические семьи.

Несмотря на то, что Вера тогда еще была студенткой, ее взяли на эту достаточно сложную работу, потому что сектор 5 внезапно изменил требования к минимальному образованию социальных работников с 4 классов (начальная школа) на 8 (средняя школа). Им пришлось это сделать, поскольку закон, написанный Табакару в 1997 году, требовал, чтобы местные комиссии по защите детей взяли на себя ответственность за всех детей, родившихся на их территории. Раньше чиновники сектора 5 направляли оставленных родителями детей главным образом в учреждения сектора 1, однако теперь им приходилось справляться с этими детьми самостоятельно. Тогда и были привлечены к делу такие молодые социальные работники, как Вера. Им настоятельно рекомендовали стремиться — при малейшей возможности — к возвращению таких детей в семьи, поскольку расходы по уходу за ними теперь ложились на сектор 5.

Предыдущий опыт Веры с воспитанниками учреждений в сочетании с ее работой с беспризорниками в течение года по окончании колледжа сделал ее одним из самых опытных социальных работников в Бухаресте, которых мы могли нанять, запуская проект BEIP. Хотя социальная работа имеет в Румынии долгую и славную историю, Чаушеску закрыл все соответствующие факультеты в стране в 1969 году, исходя из того, что при коммунизме у людей не должно быть социальных проблем. И лишь 20 лет спустя, уже после революции, Школа социальной работы в Бухаресте, ныне являющаяся частью Бухарестского университета, возобновила свою деятельность[12]. Первые дипломы бакалавров в этой области после революции были выданы в 1994 году, а в течение следующих 5 лет университет добавил магистерскую программу, рассчитанную на полтора года. В 1999 году Школа социальной работы стала самостоятельным под-

разделением — факультетом социологии и социальной работы, отдельным от факультета психологии и педагогических наук. К 2000 году в Румынии насчитывалось 7 университетов с факультетами, которые выпускали 500 социальных работников в год[13].

Хотя число специалистов и росло, решение Чаушеску о закрытии социальной работы в 1969 году означало потерю целого поколения старших профессионалов. Еще на десятилетие после революции новые выпускники остались и без наставников, и без традиционных практик, которым они могли бы следовать. Как и психология, румынская социальная работа была оторвана на протяжении десятилетий от прогресса в этой области[14]. Среди профессоров, преподававших у Веры в программах бакалавриата и магистратуры в школе социальной работы, были социологи, врачи, экономисты, полицейские и даже психологи, но социальных работников не было, кроме одного руководителя практики.

Когда Алина Росу звонила Вере, пытаясь заинтересовать ее нашим проектом, мы считали, что штатные социальные работники, которые будут осуществлять вмешательство и в дальнейшем поддерживать приемные семьи, являются важнейшим ключом к успеху. Поэтому, несмотря на уникальность проблем, связанных с профессией социального работника в Румынии, мы стремились привлечь сотрудников, которые были бы полны энтузиазма, стремились к знаниям и были бы способны к инновациям. К счастью для нас, Вера приняла предложение, а третий социальный работник, Амелия Грациану, присоединилась к ним в июне 2001 года, завершив формирование этой команды. Все 3 новые сотрудницы воплощали в себе именно те качества, которые мы искали, и с энтузиазмом взялись за свои новые и сложные задачи.

Руководящие принципы для приемного воспитания

Когда мы выстраивали программу обучения и создавали структуру работы нашей команды социальных работников, мы знали, что в Бухаресте приемные семьи — редкость, а предпочтительной формой ухода за детьми являются учреждения. Поэтому при разработке проекта BEIP мы опирались на наш опыт работы с маленькими детьми в приемных семьях в Соединенных Штатах.

Анна Смайк (Anna Smyke) и Чарльз Зина с 1994 года работали в Новом Орлеане, в службе психического здоровья, целью которой было обеспечение комплексной программы помощи детям, подвергающимся дурному обращению[15]. В этой службе проводилась интенсивная работа с детьми и их биологическими (или приемными) родителями. Анна много взаимодействовала с приемными, пытаясь наладить их успешные отношения с детьми, оказавшимися на их попечении. Дети должны были прожить с ними примерно 18 месяцев, затем они либо возвращались домой, либо могли быть усыновлены. В результате она очень хорошо понимала проблемы, стоявшие на пути здоровых отношений и возникающие либо из-за ребенка, либо из-за приемных родителей, либо из-за уникальных совпадений их особенностей. И хотя у нее не было опыта работы с институциализированными детьми программы в Новом Орлеане, она была хорошо знакома с последствиями серьезного социального пренебрежения. Поэтому, при нашем активном участии и содействии, она сконструировала сеть приемных семей, а затем и курировала ее внедрение. Мы использовали руководящие принципы, вынесенные из опыта работы в Новом Орлеане и изученной литературы, в подготовке социальных работников проекта BEIP, а также в программе приемных семей, которую мы планировали создать.

Качество воспитания

Мы полагали, что ключом к успешному вмешательству с использованием приемной семьи является внимательная забота приемных родителей о маленьких детях, доверенных их попечению. Это значило, что к ребенку должны относиться как к личности и эмоционально вкладываться в него на протяжении длительного времени.

Важнейшим отличием системы приемных семей, которую мы стремились создать, от того, что мы знали по опыту США, была продолжительность пребывания: в Румынии приемная семья не обязательно была временным размещением. В США для каждого малыша, помещенного в приемную семью, штат требует создания «плана постоянного размещения», который должен быть реализован не позднее 18 месяцев с момента помещения ребенка в приемную семью. Это значит, что за 18 месяцев ребенок должен либо воссоединиться со своими биологическими родителями (в идеале потому, что они разрешили проблемы, которые привели их ребенка в систему), либо быть передан на усыновление, возможное после официального лишения родительских прав. Пребывание в приемной семье, таким образом, является в США относительно краткосрочным методом вмешательства. В Румынии же, напротив, службы защиты не испытывали никакого давления со стороны государства в разрешении проблемы опеки над детьми, а юридическое лишение родительских прав было, по нашему опыту, крайне редким, особенно после запрещения международных усыновлений.

По сути, мы выступали за то, чтобы приемные родители заботились о детях и их интересах так, как если бы это были их собственные. Данные наблюдений показывают, что качественное воспитание детей в прием-

ных семьях имеет важное значение для развития адаптивного поведения, хорошей эмоциональной регуляции и физического развития маленьких детей, подвергшихся дурному обращению[16]. Этот подход, ориентированный на предоставление ребенку обогащенного опыта, сделал отношения между приемными родителями и детьми центральным компонентом вмешательства в соответствии с современными исследованиями и практикой[17]. Это значило, что социальные работники должны были научиться думать об особенностях как родителей, так и детей, которые могут препятствовать, ограничивать или ослаблять близкие и любящие отношения между ними, а также освоить способы содействия улучшению этих отношений.

Адекватная поддержка

Мы также знали, что американские приемные родители чаще всего жалуются на отсутствие поддержки и помощи со стороны прикрепленных к ним социальных работников. Система социального обеспечения в Соединенных Штатах хронически недофинансируется, в результате чего число кейсов у каждого работника часто слишком велико, а бумажная работа занимает массу времени. Кроме того, по нашему опыту, работники служб защиты детей зачастую недостаточно подготовлены к установлению и поддержанию эффективных отношений с приемными родителями. Если социальный работник и родитель нравятся друг другу, все идет хорошо, а если нет, это повод для возникновения множества стрессов и конфликтов. Мы были полны решимости не оставлять эти жизненно важные отношения на волю случая и помочь социальным работникам понять, как быть отзывчивыми и как привнести терапевтический,

а не управленческий подход в их отношения с приемными родителями.

Мы также считали крайне важным оказать надлежащую поддержку социальным работникам проекта BEIP, участвовавшим в новаторском начинании, практически беспрецедентном для Бухареста. Мы запланировали, что они будут регулярно взаимодействовать с супервизором и консультантами из Соединенных Штатов. Это должно было помочь им сохранять качество подходов, адаптироваться к непредвиденным проблемам и чувствовать поддержку в решении сложных задач.

Комплексность

Уже на самом раннем этапе проекта мы поняли, что профессиональные ресурсы в области детского развития и особенно в области понимания поведения детей в Бухаресте были крайне ограничены в то время. При Институте здоровья матери и ребенка под руководством Алины Станеску (Alina Stanescu), известного в Бухаресте педиатра, существовала муниципальная клиника, в которую мы направляли детей с задержками речевого, двигательного и общего развития. Но найти специалистов в области психического здоровья, знающих особенности раннего детства, к которым мы могли бы направлять наших подопечных, не удалось. Это означало, что нашей команде придется создавать программы помощи для типичных проблем поведения и саморегуляции, часто встречающихся у маленьких детей, подвергшихся дурному обращению. Таких, как оппозиционное и агрессивное поведение, социальный уход в себя, трудности с приучением к туалету и засыпанием, нарушениями сна, отказом от еды или попытками прятать ее, гиперактивностью и беспорядочным поведением[18].

Культуральная сензитивность и возможность переноса моделей

Мы вполне понимали, насколько рискованной была бы попытка внедрить в Румынии модель приемного воспитания, принятую в Соединенных Штатах и не соответствующую культурным традициям Бухареста. И тут нам повезло: мы узнали об учебном пособии по уходу за приемными детьми, разработанном World Vision, которое было написано румынами и для румын на основе аналогичных руководств в Соединенных Штатах. Наши административные партнеры, SERA Румынии, имели многолетний опыт внедрения приемного воспитания в других областях страны. Мы сверили нашу модель обучения и консультаций с ними, а также с социальными работниками проекта, стремясь обеспечить культуральную уместность применяемых нами подходов.

Был и еще один важный вопрос — экономический, — связанный с неравенством зарплат в Румынии и в США. Мы хотели обеспечить приемным родителям такую зарплату, которая соответствовала бы значимости их работы. Однако в то же время по целому ряду причин эти зарплаты должны были быть разумными в румынском контексте. Во-первых, было бы неэтично экономически подталкивать родителей к участию в исследовании. Во-вторых, с практической точки зрения мы не хотели, чтобы люди «делали это только из-за денег», как иногда говорят о приемных родителях в США. Наконец, ко времени завершения проекта мы хотели создать нечто доступное, что можно было бы воспроизвести. В процессе консультаций с SERA Румынии и с чиновниками служб защиты детей мы постарались сделать так, чтобы заработная плата и другие компенсационные выплаты были справедливыми и соответствовали стандартам, принятым в Бухаресте.

Набор и обучение приемных родителей

Набор

Вера вспоминает о наборе как о первой серьезной проблеме в ее новой работе в проекте BEIP. Фактически жители Бухареста не имели представления о приемном воспитании, и это чрезвычайно осложняло выявление потенциальных приемных родителей. Мы использовали стратегии привлечения людей, похожие на те, что применяются в Соединенных Штатах: рекламу в газетах, раздачи листовок и рекламных материалов. Алина Росу дала несколько интервью на радио. Будущие приемные родители, для того чтобы получить такую работу, должны были сертифицироваться в местных комиссиях по защите детей. Этот процесс включал проверку уровня образования, предыдущего опыта работы, отсутствие зависимостей и криминального прошлого. На момент начала нашего проекта требуемый уровень образования был 8 классов (законченное гимназическое образование), но одна из приемных матерей была сертифицирована ранее, когда минимальным требованием являлось наличие 4 классов образования (окончание начальной школы). Социальным работникам проекта BEIP пришлось организовать группы для будущих приемных родителей, чтобы помочь им пройти через процесс сертификации в комиссиях городских секторов. Для большинства участников это было незнакомое, а нередко и страшноватое дело.

Эта работа на раннем этапе проекта помогла социальным работникам лучше понять приемных родителей, а в будущем — предвидеть соответствия между ними и приемным ребенком. Мы хотели найти таких людей, которым было бы комфортно с маленькими детьми, которые обладали бы эмоциональной отзывчивостью,

необходимой для интенсивного ухода за младенцем или малышом, проживавшим ранее в учреждении. Именно эти качества наша команда социальных работников пыталась оценить в процессе собеседований и наблюдений во время обучения.

Поскольку в Румынии приемные родители были штатными работниками, их стали называть «помощник, выступающий в роли матери». Во всех случаях в нашей программе официальными приемными родителями были женщины. Все они были этнические румынки; средний возраст их составлял 47 лет (от 29 до 65 лет). Большинство приемных матерей (29 из 53) были замужем и жили со своими супругами; 11 были вдовами, 9 — разведены и 4 никогда не были замужем. Некоторые матери занимались приемными детьми и раньше (12 из 53). Из них 8 имели опыт с 10 и больше детьми, а 2 из этих 8 — с 20 и больше. Этот их опыт, однако, был приобретен не в системе приемных семей, поддерживаемых государством, а в программах, созданных агентствами по международному усыновлению. Учитывая, что такие программы просуществовали всего 4 года, многие матери, через руки которых прошло немало детей, имели каждого из них на своем попечении очень недолго.

Через 10 лет после начала проекта Вера не смогла вспомнить каких-либо различий в обязательствах или навыках между приемными матерями, которые имели предыдущий опыт, и теми, кто его не имел. Большинство приемных матерей растили собственных биологических детей (42 из 53), как правило — одного (23 из 53). Из матерей, не имеющих родных детей, только одна обладала опытом работы в качестве приемной матери. То есть 9 женщин не имели опыта материнства. Все матери заявили о своей религиозности, и все, кроме одной, были православными христианками.

Обучение

Подготовка приемных родителей занимала 6 недель. Она включала в себя 22 часа обучения юридическим вопросам, таким как права детей, недавние реформы в области защиты румынских детей, а также права и обязанности приемных родителей. Еще 20 часов были посвящены развитию ребенка, включая сведения из детской психологии и педагогики, без упоминания теории привязанности, которая была краеугольным камнем нашего подхода. Наконец, еще 18 часов было выделено обсуждению трудного поведения, нарушениям в развитии, непослушанию и социальным трудностям и некоторым идеям о том, как со всем этим справляться.

Наша работа в Соединенных Штатах научила нас, что приемные родители часто обнаруживают свою недостаточную подготовленность и теряются, когда надо понять конкретного ребенка или откликнуться на его поведение. Хотя такие тренинги и могут быть в целом полезными, то, чему они научились в классе, не является качественной подготовкой к реальному воспитанию ребенка. В таких ситуациях социальный работник играет решающую роль, помогая родителям понять поведение ребенка и реагировать эффективно, а не импульсивно[19].

Дополнительное обучение приемных родителей в проекте BEIP

Приемные родители начинали навещать своих будущих детей, пока те еще жили в учреждениях. Это позволяло им получить представление о жизненном опыте ребенка и начать устанавливать с ним отношения. Для каждой семьи планировалось 3 встречи. По большей части они проходили в учреждении, но наши социальные работники всегда пытались устроить встречу, например, в парке

или на детской площадке. Однако большинство учреждений отказывали в проведении таких встреч вне их стен.

Эти посещения были также одним из способов оценить соответствие между приемным родителем и ребенком. Например, как и ожидалось, 4 приемные матери заявили, что не хотят брать в семью цыганского ребенка. Эти заявления были учтены, хотя одна из них все же согласилась принять ребенка неясной этнической принадлежности, и когда позднее подтвердилось, что ребенок — цыган, она решила оставить его у себя.

С самого начала социальные работники подчеркивали важность привязанности, означающей готовность приемных родителей вкладываться целиком в благополучие ребенка. То есть работать над пониманием его потребностей и подстраивать свои реакции в соответствии с ними. В то время для Бухареста требование относиться к ребенку, как к собственному, и быть полностью вовлеченными в его воспитание было весьма радикальным, впрочем, во многих других местах таковым оно является и сегодня.

Размещение детей

Непредвиденным препятствием при помещении детей в семьи оказался бюрократизм секторальных комиссий. Мы наивно полагали, что, поскольку наше исследование санкционировано национальным органом по защите детей и Министерством здравоохранения, у проекта есть деньги на оплату труда приемных родителей и есть законно сертифицированные приемные родители, процесс должен пойти быстро и гладко. Ничего подобного.

Заседания комиссии по защите детей сектора 1 проходили в кабинете директора, в административном здании центра Св. Екатерины. Мы не раз были свидетелями

весьма примечательного действа, которым оборачивались эти встречи. Все жители сектора 1, которые хотели или должны были предстать перед комиссией, являлись в назначенный день. Нужды у людей были самые разные: кто-то хотел узнать о временных пособиях (например, ежемесячное пособие или пособие на детский сад), получить справку об инвалидности, поместить своего ребенка в учреждение или сделать запрос на усыновление. Мы всегда могли определить день, когда назначено заседание, по тому, что около административного здания центра прогуливалось от 50 до 100 человек. Никому не было назначено конкретное время — все были в едином списке на день заседания и ждали, когда их вызовут; тогда им разрешалось предстать перед членами комиссии. Если их не вызвали в этот день, назначение переносилось на другой, и они снова должны были ждать.

Будучи наконец вызван, заявитель входил в большой кабинет, где члены комиссии сидели по 3 стороны большого стола в форме буквы П, лицом к тем, кто пришел к ним за помощью. Отгородившись от посетителей стопками бумаг, многие члены комиссии непрерывно курили, и несколько разговоров велось одновременно. Тусклое освещение и наполненный табачным дымом воздух создавали в помещении своего рода светящуюся мглу, усиливавшую ощущение нереальности происходящего. Заявитель садился перед этим «высоким» собранием и излагал свою просьбу.

Социальные работники проекта BEIP стали регулярными участниками этих собраний, терпеливо ожидая своей очереди, часто часами. Иногда им также не удавалось предстать перед комиссией в назначенный день. Когда их вызывали, они должным образом предъявляли все необходимые бумаги, но нередко оказывалось, что в этом месяце требования включают информацию или документацию, о которых даже не упоминалось месяц

назад. Иногда дополнительных документов требовали сами члены комиссии, а иногда социальные работники сектора, часто присутствовавшие на этих заседаниях, предлагали запросить их. Это вело к дополнительным задержкам. Интересно, что все комиссии требовали согласия биологических родителей на помещение их ребенка в приемную семью в проекте BEIP (если их местонахождение было известно), однако для участия в самом исследовании их согласия не требовалось. Считалось, что, будучи законным опекуном ребенка, комиссия сама может дать согласие на его участие в исследовании без консультации с биологическими родителями. Мы рассудили, что, боясь приемной семьи, они стремятся обеспечить себе дополнительную защиту. Вера вспоминает, как трудно было убедить некоторых членов комиссии в том, что мы не «продаем» румынских детей за границу.

Все это сильно задерживало перевод детей в семьи. В среднем этот процесс занимал немногим более 2 месяцев (от одного дня до 6 месяцев в отдельных случаях). Первые четверо детей были переданы семьям 11 апреля 2001 года. Одна девочка, первоначально по результатам рандомизации определенная в приемную семью, так в нее и не попала, поскольку ее свидетельство о рождении оказалось подделкой. Полиция рекомендовала комиссии внимательно следить за ребенком, и они решили оставить ее в учреждении.

Как правило, каждая приемная семья брала одного ребенка, но 4 группы братьев и сестер были помещены в семьи вместе, а еще 6 приемных матерей согласились заботиться о 2 детях. Пятеро детей, по результатам рандомизации помещенные в приемные семьи, так и не были переданы приемным родителям. Трое из них были возвращены в свои биологические семьи сразу же после первичного обследования, а еще двое были вскоре усыновлены государственными приемными родителями. Та-

ким образом, первоначально 53 приемных семьи были наняты для ухода за 68 детьми (см. таблицу 5.1).

Таблица 5.1. Размещение детей в приемных семьях

Приемные матери (53)	Дети в FGG (68)
4 матери опекают 4 пары сиблингов 6 матерей согласились принять по 2 ребенка каждая 43 матери опекают по 1 ребенку каждая	8 детей 12 детей 43 ребенка 5 детей, рандомизированных в группу FGG и не попавших в приемные семьи (2 усыновлены и 3 воссоединены с биологическими семьями сразу после первоначального обследования)

Поддержка приемных семей

Финансовые проблемы

Как уже отмечалось, Румыния приняла французскую систему приемного воспитания, в рамках которой один из родителей становится наемным работником. Следуя опыту и советам SERA Румынии, сначала мы платили каждому официально назначенному приемному родителю в среднем 200 ронов (RON — румынская валюта до введения евро; в 2001 году 200 ронов были примерно эквивалентны 77 долларам США). Также выплачивалось ежемесячное пособие в размере 50 ронов (примерно 19 долларов) и немного доплачивалось за образование и предыдущий опыт в качестве приемного родителя. В 2001 году минимальная заработная плата (до отчислений) в Бухаресте составляла 133,3 рона в месяц, а средняя — 422 рона в месяц. Месячная зарплата приемных родителей с 2 приемными детьми была в 1,5 раза больше, чем у тех, кто ухаживал за одним ребенком, а пособие удваивалось.

Помещая ребенка в приемную семью в 2001 году, социальные работники обычно предоставляли кроватку, немного одежды и коляску. По мере необходимости семьи также обеспечивались лекарствами для детей и др.

Педиатрическая поддержка

Для обеспечения необходимой медицинской помощи детям — участникам проекта мы заключили контракт с педиатром в Бухаресте. Формально врач также всегда был доступен для детей из группы, оставшейся в учреждениях. Хотя во главе таких учреждений и их подразделений обычно стояли врачи, однако на деле дети редко (если вообще когда-либо) встречались с педиатром. В приемных же семьях, особенно на начальном этапе вмешательства, каждую неделю педиатр консультировал детей от 1 до 4 раз очно или по телефону. Позже по мере развития проекта количество обращений снижалось.

Забота о маленьких детях, переживших институциализацию: программа помощи

Мы понимали, что перед приемными родителями, которым доверили заботу о детях, переживших институциализацию, встанут весьма значительные проблемы. Поэтому в программу проекта BEIP закладывалась всесторонняя поддержка как для приемных родителей, непосредственно работающих с детьми, так и для социальных работников, помогающих им. Каждый социальный работник проекта BEIP отвечал примерно за треть участников исследования. После помещения ребенка в семью они навещали приемных родителей. Первоначально семьи посещались еженедельно. По прошествии нескольких месяцев, если ребенок нормально адаптировался,

семью посещали раз в 2 недели, а по прошествии года пребывания ребенка в семье — раз в месяц. Целью этих частых контактов было облегчить детям, пережившим институциализацию, переход в семьи, своевременно выявлять возникающие проблемы и вовремя принимать необходимые меры. В течение всего времени проекта приемные родители и сами могли при необходимости обратиться за помощью к социальным работникам.

Трудности в поведении детей

Большинство детей успешно перенесли переход от институциального ухода к семейной заботе, но некоторым все же понадобилась дополнительная поддержка. В таблице 5.2 сведены проблемы, выявленные у этих детей (по отдельности или в разных сочетаниях). Например, на раннем этапе размещения общей проблемой для приемных родителей была «громкость» детей. Многие приемные родители жили в больших многоквартирных домах, наследии времен Чаушеску. Дома эти строились без достаточной звукоизоляции, поэтому шумное и беспокойное поведение детей было для приемных родителей особой заботой.

Социальные работники помогли родителям понять, что переход из учреждения в домашнюю среду является для ребенка значительным изменением жизни, и ему необходимо некоторое время для адаптации. Мытье и купание в учреждениях было особенно нелюбимым для детей делом, поскольку обычно их совершенно безразлично терли и обливали, нисколько не заботясь о том, как они при этом себя чувствуют. Поэтому неудивительно, что приемным родителям пришлось очень постепенно превращать купание в веселое занятие, потихоньку снижая чувствительность детей к тому, что было связано у них

с тяжелыми воспоминаниями. Когда в семьях возникали трудности, социальные работники проводили с ними больше времени и навещали их чаще.

Таблица 5.2. Трудности поведения детей (по первым отчетам приемных родителей вскоре после помещения детей в семьи)

Регуляторные	Развитие	Поведенческие	Эмоциональные	Социальные	Другие
Сон Прием пищи Туалет	Когнитивные задержки Языковые задержки Моторные задержки	Гиперактивность Громкость Возбужденность Оппозиционность	Зажатость Тревожность Внезапный плач	Неосмотрительное поведение Отстраненность Агрессия	Моторные стереотипии

Проблемы приемных родителей

Индивидуальные особенности детей — это одно, но социальные работники также стали замечать много различий среди приемных родителей. Некоторые звонили часто, чтобы обсудить своих детей, другие — редко. У некоторых были, похоже, вполне адекватные ожидания в отношении развития их малышей, у других — нет. Родители, у которых раньше уже были приемные дети, часто скучали по малышам, усыновленным за границу. Некоторые приемные матери, особенно те, что постарше и поопытнее, занимали оборонительную позицию, не желая учиться у нашей команды. Например, одна учительница-пенсионерка утверждала, что, вырастив собственных детей и обучив за годы работы сотни чужих, она знает о детях все. Ей дали двоих маленьких приемных детей, и она немедленно взялась приучать их к горшку. Социальный работник рекомендовал ей дать детям, не достигшим еще и 3 лет, хоть немного времени, чтобы привыкнуть. При-

емная мать обиделась на то, что кто-то не согласен с ее подходом. Дети, не реагирующие на ее усилия, также вызывали ее недовольство. Несмотря на неоднократные попытки социальных работников найти с ней общий язык, она так и не смогла прийти к сотрудничеству с нами в решении проблем. Один ребенок, находившийся на ее попечении, был возвращен биологическим родителям, а другой, по взаимному согласию, переведен в другую приемную семью проекта BEIP.

Пытаясь помочь приемным родителям в решении их проблем, социальные работники нередко проводили с ними многочасовые индивидуальные консультации. Кроме того, при помощи своих руководителей они создали добровольную группу взаимной поддержки приемных родителей. Несколько матерей тяжело переживали расставание с детьми, находившимися на их попечении раньше: детей часто усыновляли внезапно и быстро, не оставляя никакой возможности подготовиться к разлуке. Несмотря на некоторое беспокойство по поводу конфиденциальности содержания встреч группы, приемным матерям, похоже, было полезно и обсудить свой личный опыт, и поддержать друг друга. Группа, по-видимому, помогала приемным родителям понять, что их проблемы не уникальны, что сходный опыт есть и у других. Они также слышали от других родителей конкретные примеры управления поведением, которые могли быть полезны и для их приемного малыша.

Трудности системы

Несмотря на реформы в области защиты детей, продолжала процветать бюрократия. Постоянным источником стресса для нашей команды были переговоры с официальными социальными работниками отрасли. По словам

Веры, они были «сосредоточены на бумагах, а не на детях». Представление о «благополучии и интересах ребенка», которое чрезвычайно важно, хотя и не всегда последовательно применяется в американских департаментах, занимающихся благополучием детей, для социальных работников сектора было совершенно чуждым. У них совсем не было ощущения срочности принятия необходимых мер, они были полностью заняты формальностями процесса и, как казалось, не собирались ни на шаг отступать от правил и положений. Со временем, как отмечали социальные работники проекта BEIP, их профессиональные отношения улучшились, особенно после того, как работники сектора приняли участие в двух крупных конференциях, организованных нами в Бухаресте. Тем не менее, несмотря на улучшения в индивидуальных контактах, социальные работники проекта BEIP практически не замечали, чтобы в системе что-то менялось.

Работа с биологическими родителями

Хотя проект BEIP задумывался в основном для внедрения приемных семей, не все наши дети остались в них: некоторые были усыновлены, а некоторые возвратились в свои родные семьи. Наши социальные работники консультировали, поддерживали и оказывали педагогическую помощь биологическим родителям, вернувшим своих детей. Они были знакомы с большинством из них, ведь им пришлось немало потрудиться, разыскивая их и получая согласие на перевод ребенка из учреждения в приемную семью. Примечательно, что в некоторых случаях родители говорили, что даже не знают, где находятся их дети. Многие были рады получить информацию о них. Если секторальные комиссии решали, что де-

тей можно вернуть в семью, мы по мере необходимости оказывали помощь по воссоединению. К тому времени, как детям исполнилось 8 лет, 31 ребенок был возвращен в свою биологическую семью.

Помимо типичных проблем, связанных с перемещением детей из одних условий в другие, Вера вспоминает нежелание многих приемных родителей обсуждать с детьми, что с ними происходит. Наши социальные работники всячески побуждали их объяснять этим малышам простым и ясным языком, где они были до того, как стали жить с ними, и почему. Такого рода обсуждения должны были помочь детям понять их положение, не так сильно бояться новых внезапных изменений и узнать свою историю.

Консультирование, супервизия и поддержка социальных работников проекта

Когда начинался наш проект, супервизия как профессиональный процесс была практически неизвестна в Румынии. Некоторые авторы различают «административный контроль», при котором проверяющие следят, чтобы те или иные действия или мероприятия проводились в соответствии с установленными правилами, были должным образом задокументированы и т. д., и «рефлексивную супервизию», направленную на поддержку специалиста в понимании его собственного поведения и поведения его клиента[20]. Руководитель, который, по идее, не так непосредственно вовлечен в рабочие процессы, как специалист-практик, но обладает более значительным опытом, не только обеспечивает поддержку и руководство, но и поощряет стремление к пониманию чужого поведения и рефлексию собственных откликов на него. На прежних местах работы наши социальные работники сталкивались лишь с адми-

нистративным контролем, и именно эту модель они принесли в проект BEIP. Мы же внедряли другую, которая предполагала сочетание рефлексии, наблюдения и консультирования. Мы ожидали, что работа с приемными родителями будет своеобразной и сложной, и были полны решимости помочь нашей Бухарестской команде выработать достаточную устойчивость к стрессам.

Руководителем и консультантом для наших социальных работников стала Анна Смайк из Университета Тулейн, специалист в области прикладной психологии и психологии развития с многолетним опытом работы с маленькими детьми в приемных семьях и их родителями. Анна участвовала в разработке программы нашего вмешательства с самого начала и курировала его внедрение в течение первых 4 лет проекта.

Она начала со встречи с командой в Бухаресте; затем еженедельно проводила видео- или телефонные консультации с сотрудниками. Поначалу это были занятия о раннем детском развитии, привязанности и трудностях, с которыми сталкиваются приемные родители, но постепенно обсуждения приобретали более конкретный характер, фокусируясь на определенных случаях. Большая часть ее контактов с социальными работниками происходила посредством еженедельных видео- или телефонных консультаций.

В июне 2003 года, примерно через 2 года после начала проекта, к команде присоединилась Валери Вайда-Джонстон (Valerie Wajda-Johnston), клинический психолог из Университета Тулейн. Она тоже начала свою работу с личной встречи с группой, а затем продолжила еженедельными видео- или телефонными консультациями. Этот второй уровень супервизии был добавлен, чтобы обеспечить дополнительную помощь в разработке и реализации поведенческих программ с семьями в работе со сложным поведением среди приемных родителей. Как

и в случае с Анной, эти встречи начинались с более формальных презентаций по темам, представляющим интерес для команды, но постепенно все чаще превращались в разбор конкретных случаев. Обсуждалось, в частности, что может помешать успеху предлагаемых мер, насколько подходящими оказались конкретные рекомендации, как можно модифицировать или заменить предложенное решение проблемы.

Трудности консультирования и супервизии

Эффективная коммуникация между группой и консультантами складывалась нелегко. Хотя знание английского языка было для наших социальных работников обязательным условием приема на работу, это вовсе не означало, что им комфортно обсуждать по-английски незнакомые темы, включающие абстрактные психологические конструкты. Поначалу мы попытались организовать супервизии по телефону, но это еще больше осложнило процесс установления рабочих отношений. Помог переход к видеоконференциям и превращение этих встреч в обычное дело — наши социальные работники постепенно привыкали общаться по-английски на профессиональные темы.

Необходимо было также выявить и преодолеть психологические барьеры. Хотя наши сотрудники были любознательны и стремились учиться, но и они, казалось, поначалу неохотно представляли свои «кейсы» — даже в неформальном общении — Анне или Валери во время сессий супервизии. Особенную сдержанность они проявляли в отношении собственных реакций на рабочие ситуации. Постепенно стало понятно, что проблема состоит в отсутствии доверия. Наших социальных работников беспокоила цель этих консультаций и наблюдений. Они задавались вопросом, не является ли супервизия в дей-

ствительности замаскированной оценкой их работы, а не способом оказать помощь в понимании клинических затруднений. Они опасались, не может ли то, что они рассказывают, как-то повлиять на их положение на работе.

Другая проблема заключалась в том, что многие идеи и приемы, обсуждавшиеся руководителями с социальными работниками, были им совершенно незнакомы. Иногда команда не чувствовала уверенности в применении идей, которых они никогда не видели на практике. Но при ограниченности их собственного опыта и в отсутствии моделей такого рода в обучении или практической работе у сотрудников не было иного выбора, кроме как пробовать различные подходы, опираясь на собственную интуицию и опыт своих супервизоров.

Как только эти проблемы были выявлены, группе стало легче их обсуждать и преодолевать. Например, социальные работники осознали, что нежелание приемных родителей быть открытыми с ними и обращаться за помощью было похоже на их собственную первоначальную закрытость во время консультационных сессий с их супервизорами.

Результаты в области защиты детей

В этой книге значительное внимание уделяется результатам проекта BEIP (главы 7–11). Они прежде всего сфокусированы на ребенке и показывают, в какой степени конкретные аспекты функционирования мозга могут быть скорректированы путем изменения опыта детей. Здесь же мы хотим показать еще один тип результатов, имеющих самое непосредственное значение для тех, кто связан с системами защиты детей.

Обеспечили ли приемные семьи лучшую заботу о детях, чем учреждения? Да, качество ухода было значительно лучше для детей в приемных семьях, чем в учреждени-

ях по измерениям и в 30, и в 42 месяца. Условия в приемных семьях были неотличимы по качеству от условий в родных семьях детей, никогда не подвергавшихся институциализации[21]. Кроме того, мы хотели, чтобы жизнь в приемных семьях была безопасной и стабильной для малышей, ранее подвергшихся институциализации и серьезной депривации. В течение 4 лет внедрения проекта мы не выявили ни одного случая жестокого обращения или пренебрежения. Более того, 84% детей оставались в своих первоначальных приемных семьях до завершения этапа вмешательства (как правило, до достижения ребенком возраста 54 месяцев). За это время произошло 9 экстренных переводов. Трое детей были переведены от двух разных приемных матерей, которые заболели. Одна приемная мать внезапно умерла. Две попросили забрать у них детей, поскольку не смогли справиться с их особыми потребностями. Одного ребенка перевели в другую семью, где уже находился еще один ребенок от тех же биологических родителей (сиблинг). Одна приемная мать решила устроиться на другую работу. И еще одного ребенка пришлось перевести из-за того, что он и родители не подошли друг другу. Все эти дети остались участниками нашего исследования.

Как показано в главе 3, мы организовали передачу программы приемного воспитания, созданной при поддержке нашего проекта, местным органам управления секторов Бухареста, как и договаривались в начале. Поскольку в то время Румыния находилась на этапе перехода от институциального ухода к приемным семьям, местные органы власти нанимали на работу приемных родителей проекта BEIP и использовали своих социальных работников для мониторинга потребностей этих семей. Приемные семьи, финансируемые из средств проекта BEIP, передавались под управление местных румынских властей по завершении вмешательства, когда ребенку

исполнялось 54 месяца. Таким образом, процесс передачи занял около 3 лет из-за разницы в 2,5 года между самым старшим и самым младшим детьми в исследовании. К тому времени, когда им исполнилось 8 лет, 35 из первоначальных 56 приемных родителей продолжали воспитывать детей проекта BEIP.

Нынешнее положение дел с приемными семьями в Румынии

Многое изменилось с тех пор, когда мы начинали свою работу в Румынии в 1999–2000 годах. По словам Кристиана Табакару, 30 000 приемных родителей в Румынии сейчас объединены в профессиональный союз — невообразимая для большинства из нас перспектива в середине 1990-х годов, когда Табакару задумывал и создавал реформу законодательства[22]. Учреждения более не являются главным способом попечения о брошенных младенцах. Фактически, в 2004 году правительство Румынии приняло закон 272/2004 (раздел 2, Размещение, статья 60), который прямо запрещает помещение ребенка в специализированные учреждения до достижения им возраста 2 лет, если только ребенок не имеет тяжелой инвалидности. Предпочтение, отданное приемным семьям в Бухаресте и по всей Румынии, дает пример удивительной системной трансформации всего за 15 лет, заслуживающий самой высокой оценки.

В то же время статус приемных семей в Румынии сегодня, когда мы пишем эту книгу, все еще вызывает тревогу. Мировой экономический спад 2008 года и позднее привел к серьезному сокращению бюджета страны. Некоторым приемным родителям урезали зарплату на 25%, и в январе 2011 года отмечалось, что 1000 человек уволились по этой причине[23].

Габриэла Коман, бывший Государственный секретарь Румынии по вопросам защиты детей, а ныне директор Национального центра поиска пропавших и сексуально эксплуатируемых детей в этой стране, опасается, что положение в области защиты детей может значительно ухудшиться, если экономическая ситуация не выправится в ближайшее время. Она отмечает, что в январе 2011 года уволилось значительное число приемных родителей, а правительство заморозило прием на работу и обучение новых.

Важнейший вопрос с нашей точки зрения заключается в том, дает ли подход основанный на «найме приемных родителей на зарплату» устойчивость для такой страны как Румыния, которая испытывает значительные экономические трудности. Альтернативой является система субсидий, которая используется в США и многих других странах. Конечно, большинство людей согласятся с тем, что защита детей недостаточно финансируется и в Соединенных Штатах. Поэтому возможно, брошенные и подвергающиеся жестокому обращению дети нигде не являются влиятельными избирателями.

Уроки проекта BEIP состоят не только в том, что приемное воспитание лучше, чем в учреждениях. Хотя мы уверены в том, что это правда. Скорее они заключаются в том, что высококачественная, ориентированная на ребенка программа приемного воспитания, которая фокусируется и на оказании помощи приемным родителям, действует на детей лучше, чем обезличенная система учреждений. Мы обеспокоены сообщениями социальных работников проекта BEIP о том, что система защиты детей в Бухаресте по-прежнему, по их мнению, зачастую в большей степени определяется бюрократическими процессами, чем потребностями детей. Разумеется, эта ситуация вряд ли уникальна для Румынии, и до того, когда она изменится, многое еще предстоит сделать.

Глава 6

Опасность проживания в учреждении для развития ребенка

Среди сотрудников сфер образования и детской психологии признано, что дети, проведшие всю свою жизнь в детских учреждениях, представляют собой особый тип, отличающий их в самых разных аспектах от детей, выросших в условиях обычной семейной жизни.

Анна Фрейд и Дороти Берлингем (1944)

В 2010 году до 8 миллионов детей в мире проживало в разного рода стационарных учреждениях. В зависимости от страны и контекста причины институциализации могут быть различны: от некоторых отказались при рождении из-за социального и религиозного давления (например, нежелательная беременность и религиозные ограничения на аборты), другие пострадали от бедности или пренебрежения (или от физического и сексуального насилия). Но большинство становятся сиротами в результате войн или эпидемий. Хотя учреждения для детей существуют в большинстве стран, неудивительно, что они более распространены в регионах крайней нищеты и в странах, переживших войну или эпидемию (ВИЧ, например).

В США и Великобритании учреждений для типично развивающихся детей младшего возраста практически нет. В начале XX века психологи этих стран выявили две проблемы, изменившие отношение общества к институциализации как приемлемому способу защиты детей. Первая из них связана с психоаналитическими подходами к пониманию развития личности, ставшими весьма влиятельными в 1-й половине XX столетия. Вместе с ними пришло понимание важности взаимодействия матери и ребенка как основы для последующего социального развития. К середине века Джон Боулби, английский детский психиатр и психоаналитик, убедительно доказал, что материнская депривация в раннем возрасте может приводить к возникновению психопатологии. В своей статье «Сорок четыре несовершеннолетних вора», Боулби приводит истории детей, попавших в учреждения вследствие совершенных правонарушений. Отмечая ранние невзгоды в их жизни и особо выделяя материнскую депривацию (либо ранний отказ от ребенка, либо пренебрежение со стороны матери), он приходит к выводу, что этот опыт ставит под угрозу развитие личности ребенка[2].

В то же время в Соединенных Штатах другой детский психоаналитик, Уильям Гольдфарб, публикует серию статей о детях, воспитывающихся в учреждениях. В его работах описано атипичное социальное и личностное развитие, которое он приписывал материнской депривации[3]. Во время Второй мировой войны Анна Фрейд наблюдала за социальным поведением детей-сирот, спасенных от Холокоста и живших в Великобритании. Ее наблюдения за их атипичным социальным поведением укрепили растущее среди психоаналитиков мнение, что разлука с матерью в раннем возрасте наносит ущерб развитию социальной состоятельности даже при наличии

адекватного физического ухода и взаимодействия со сверстниками[4]. Наблюдения Анны Фрейд вскоре были дополнены исследованиями американского психоаналитика Рене Шпица, который описал последствия длительного пребывания младенцев в больницах. В снятом им драматичном фильме представлены поведенческие доказательства негативных последствий для маленьких детей, оставленных в условиях рутинного больничного ухода. Шпиц ввел термин «госпитализм» для описания последствий отсутствия стимуляции и социального взаимодействия для младенцев, которые долго содержались в учреждениях без контакта с матерями[5].

Вскоре после Второй мировой войны, оставившей сиротами или беспризорными огромное число детей, Всемирная организация здравоохранения заказала Джону Боулби доклад о последствиях институциализации для психического здоровья детей. В нем подчеркивалось пагубное воздействие институциализации и, в частности, отсутствия матери на социальное развитие и психическое здоровье детей. Этот доклад существенно повлиял на социальную политику и политику в области психического здоровья, особенно в Соединенных Штатах и Великобритании[6].

Второй проблемой, выявленной психологами в середине XX века, было существенное влияние институциализации на когнитивное и моторное развитие. Специалисты, изучавшие детей, пытались определить, какие особенности окружающей среды формируют обучение в ранние годы жизни и, напротив, какие результаты получаются, если пренебречь этими основными моделями стимуляции. Полученные данные свидетельствовали о том, что у детей, выросших в учреждениях, налицо задержки моторного и когнитивного развития. Одно из исследований, проведенное в Соединенных Штатах, по-

казало, что перевод младенцев из детских учреждений в дома вместе с женщинами, имеющими интеллектуальные нарушения, приводил к резкому улучшению двигательных и когнитивных навыков, что, несомненно, являлось результатом повышенного внимания («обогащенного опыта»), которое дети получали от своих новых воспитателей[7]. По иронии судьбы, осиротевшие младенцы, попавшие в учреждения, использовались университетскими кафедрами экономики домашних хозяйств в Соединенных Штатах в качестве «экспериментальных детей». Такие университеты, как Корнелл, привозили детей в кампусы, где студенты тренировались в уходе за ними[8]. Конец этой практике был положен в начале 1960-х годов.

А во 2-й половине XX века приобрела большую значимость еще одна сфера знаний, на этот раз из области нейронаук. Изучая влияние приобретаемого индивидуумом опыта на функционирование и развитие мозга, нейрофизиологи ввели различение между изменениями, «ожидающими опыта» для их запуска, и изменениями «зависящими от опыта», то есть теми, которые варьируются в зависимости от качества опыта (см. главу 1)[9].

Изменения, «ожидающие опыта», начинаются только в результате определенных ощущений или переживаний, общих для всех представителей вида (например, световые паттерны, комплексные звуки, последовательная забота и уход). Психологи описали в 1960-х годах некоторые виды стимуляции и опыта, представлявшиеся важными для типичного развития и обучения младенцев и детей и включавшие в себя вестибулярную, кинестетическую и тактильную стимуляцию, а также последовательное и стабильное социальное взаимодействие. (Последовательным и стабильным можно считать взаимодействие, включающее в себя хорошо скоординиро-

ванную очередность в процессе общения между родителем и младенцем)[10]. Младенцы и дети младшего возраста, находящиеся в учреждениях, развиваются в условиях, где этот ожидаемый опыт отсутствует, что потенциально создает слабый фундамент для развития мозга в первые годы жизни.

Изменения, зависящие от опыта, также важны в контексте институциального воспитания. Например, некоторые исследователи полагают, что неизбирательное поведение может быть адаптацией к условиям социальной депривации, когда дети ищут контакта с другими людьми везде, где могут. Тем не менее есть явные свидетельства, что дети, демонстрирующие высокий уровень неизбирательного поведения во время пребывания в учреждениях, подвержены повышенному риску психиатрических расстройств 2–4 года спустя[11].

Таким образом, результаты исследований, показавших значительное влияние проживания в учреждении на физическое, социальное, интеллектуальное и психическое здоровье детей младшего возраста, подняли важные научные и политические вопросы. Какие факторы, виды стимуляции или организация жизни необходимы для типичного развития детей раннего возраста? Как эти факторы могут быть реализованы в контексте ухода за младенцами и маленькими детьми, оставшимися без родителей? На каком этапе жизни необходимо обеспечивать эти условия и для каких целей? Могут ли такие изменения быть осуществлены в условиях учреждений или же для физического и психического здоровья детей необходим перевод из этого окружения? Эти вопросы определяют контекст исследования, проводимого в проекте BEIP, и многие из них активно обсуждаются до сих пор. В этой главе мы рассмотрим существующие исследования о влиянии институциализации на раннее развитие.

Особенности ухода за детьми в учреждениях

Исторические описания сиротских приютов и развития воспитывающихся в них детей рисуют мрачную картину институциальной изоляции[12]. И действительно, учитывая имеющиеся свидетельства (а их было особенно много после Второй мировой войны), неудивительно, что движение в защиту детей как в Соединенных Штатах, так и в Великобритании практически совершенно ликвидировало учреждения для младенцев. В 1962 году Салли Прованс (Sally Provence) и Роуз Липтон (Rose Lipton), описывая одно из учреждений в США, рассказывали о том, что дети проводят большую часть времени в своих комнатах, находясь в кроватках почти целый день и ночь, и люди контактируют с ними главным образом для чисто практических целей, таких как смена подгузников и кормление. Дети одного возраста содержатся вместе, за ними ухаживают работающие посменно сотрудники, которые переодевают и купают их, но не имеют времени для игр или социального общения. Кормят детей стандартным количеством молочной смеси из бутылочек, в которые по мере взросления детей добавляется протертая пища. Хотя иногда до 20 детей одного возраста находятся вместе, они мало взаимодействую друг с другом и редко бывают на свежем воздухе или вне учреждения[13].

Нехватка персонала и большая текучесть кадров серьезно ограничивали для малышей возможности побыть у взрослого на руках или получить опыт конструктивного взаимодействия с воспитателем[14]. За одним ребенком могло ухаживать по очереди до 30 человек, работающих в утренние, вечерние и ночные смены[15]. Прованс и Липтон отмечают, что в комнатах обычно ужасно тихо, не-

смотря на присутствие стольких младенцев. Видимо, потому, что никто не реагировал на них, младенцы научились не плакать, когда расстроены. Другие дети оказались невосприимчивы к слуховым стимулам, опять же потому, что они не имели для них смысла[16]. Ухаживающие за детьми кормили их, меняли подгузники, вынимали из кроваток, но ничто из того, что они делали, не сопровождалось подлинным взаимодействием[17]. Каковы же были последствия для когнитивного, языкового и социально-эмоционального развития этих детей? Младенцу нужно окружение, которое предоставит ему разнообразие стимулов и взаимодействие с отзывчивыми воспитателями. Но что происходит, когда эти основные ожидания не оправдываются?

Окружность головы, рост и вес

Начнем с влияния институциализации на физический рост. Отношения между ранней институциальной депривацией и замедленным ростом были подробно изучены в исследовании детей, усыновленных из Румынии в Англию (проект ERA)[18]. Первоначальные данные выглядели драматично: у многих из этих детей наблюдалось более 3 стандартных отклонений от нормы развития по окружности головы (показатель, тесно связанный с размером мозга) на момент их въезда в Великобританию. Наиболее резко это эффект был выражен у детей, испытавших самую длительную депривацию. С момента усыновления в раннем детстве и до подросткового возраста это отставание у всех детей сокращалось. К 11 годам размер головы был почти нормальным в группе с менее чем 6-месячной депривацией. Однако у тех, кто испытал более длительные ее периоды, окружность головы

по-прежнему была значительно ниже нормы развития. Исследователи также изучали влияние пониженного питания по индексу веса на момент поступления в учреждения. Пониженное питание определялось как 1,5 или больше стандартных отклонений ниже возрастной нормы в Великобритании. Многие дети (хотя и не все) имели показатели ниже этого значения[19].

Когнитивное развитие

Влияние институциализации на когнитивное развитие детей за прошедшие годы задокументировано во множестве публикаций. Эти отчеты можно разделить на 3 группы: в 1-й обсуждаются дети, живущие в учреждениях; во 2-й дети из учреждений сравниваются с усыновленными или возвращенными в свои биологические семьи в той же стране; и в 3-й дети из учреждений сравниваются с усыновленными за границу. В одном из метааналитических обзоров, обобщившем данные 75 исследований по всем трем типам, показано, что дети, живущие в учреждениях, имеют более низкие значения IQ, чем их типично развивающиеся сверстники[20]. Авторы обзора обнаружили, что институциализированные дети, обследованные в возрасте до 4 лет, показывают худшие результаты, чем дети, обследованные позже. При измерении IQ существенное значение имел возраст при поступлении в учреждение. Дети, помещенные в них до года, показывали более низкие результаты, чем попавшие туда в более позднем возрасте. Авторы не обнаружили в целом значительного эффекта от продолжительности пребывания детей в учреждениях. Различия между учреждениями в соотношении числа воспитателей к числу детей также не сказывались сколько-нибудь заметно на

показателях IQ. Даже разница между наиболее благоприятным соотношением числа воспитателей к числу детей (максимум 3 ребенка на одного воспитателя) и соотношением 10:1 в других сиротских учреждениях не приводила к существенным различиям[21].

Таким образом, хотя влияние институциального ухода на IQ и подтверждалось со всей определенностью, причины его, за исключением возраста поступления в учреждение, метаанализ выявить не смог. Отчасти эти результаты являются следствием больших различий в условиях содержания детей в рамках этих 75 исследований, а также в причинах помещения их в учреждения. Однако это указывает на пробелы в нашем понимании влияния институциализации на IQ у маленьких детей. В следующем разделе представлен наш обзор 3 типов исследований, описанных выше, и выделены те пробелы в знаниях, которые затем были заполнены в исследовании проекта BEIP.

IQ детей, живущих в учреждениях

Более 50 лет назад Уэйн Деннис (Wayne Dennis) и Пергруи Наджарян (Pergrouhi Najarian) описали значительно более низкие показатели IQ у 49 ливанских детей, живших в детском доме (сиротском приюте), по сравнению с выборкой местных детей. Эти результаты были неоднократно подтверждены другими исследователями[22].

Ближе к нашим дням, вскоре после краха режима Чаушеску, провели исследование маленьких детей, живших в учреждениях Румынии. Были обследованы 25 детей, живших в leagan в Тимишоаре, городе к северо-западу от Бухареста. Результаты измерения интеллекта показали, что все до единого дети имели тяжелейшие задерж-

ки развития, и ни один из них не соответствовал уровню возрастной нормы. Результаты 20 из 25 детей были более чем вдвое ниже уровня их хронологического возраста. Авторы показали отсутствие корреляции между оценкой по шкале Апгар (оценка общего состояния ребенка, сделанная через несколько минут после рождения) и оценкой по шкале Бейли (шкалы развития младенца по Бейли служат для стандартизированной оценки развития ребенка и нормированы по возрасту). Не было корреляции и между длительностью пребывания ребенка в учреждении и его баллами по шкале Бейли[23]. Эти выводы перекликаются с результатами упомянутого выше метаанализа об отсутствии связи между длительностью пребывания ребенка в учреждении и IQ.

В одном из недавних исследований, проведенном в 2010 году, изучались дети, живущие в учреждениях Украины[24]. Авторы сравнили когнитивное развитие ВИЧ-инфицированных детей, проживающих в учреждениях, с неинфицированными, также проживающими в учреждениях, а также с ВИЧ-инфицированными детьми, живущими со своими семьями, и с обычно развивающимися детьми, живущими в родных семьях. Их данные свидетельствуют о том, что институциализация в большей степени, чем ВИЧ-инфекция, была причиной крайне низких показателей IQ. Как ВИЧ-инфицированные, так и неинфицированные дети, живущие в учреждениях, имели IQ от 60 до 70 (значительное отставание), в то время как ВИЧ-инфицированные дети, живущие со своими семьями, имели средний IQ 79, что было лучше, чем у неинфицированных институциализированных детей, имевших средний IQ 69[25].

Ряд исследований с детьми, живущими в учреждениях, включал разнообразные попытки создания программ помощи, при том что дети оставались в учреждениях.

Одно из таких исследований, завершенных в Румынии в 2005 году, включало 2 попытки вмешательства, осуществленные в доме ребенка в Яссах: одно в 1991–1992 годах и второе в 1993–1994 годах. Результаты обеих попыток показали значительное влияние программы помощи на социальное поведение и IQ. Вмешательство, похоже, задерживало снижение IQ, но не обеспечивало достаточно значительного его повышения, чтобы показатели догнали контрольную группу, состоявшую из обычных местных детей[26].

В 2008 году российско-американская группа по изучению детских домов (Санкт-Петербург, Россия; Соединенные Штаты Америки) измеряла IQ детей (по большей части имевших особые потребности) в учреждениях России. Исследователи осуществили 2 различные программы вмешательства. Одна из них включала обучение персонала особенностям ухода за детьми в раннем детстве, с особым вниманием к необходимости теплых, заботливых, отзывчивых и поддерживающих развитие взаимодействиям. Вторая программа, примененная наряду с обучением персонала, предполагала структурные изменения в условиях ухода за детьми. Прежде всего уменьшение размера группы с 12 до 6 детей, назначение двух основных воспитателей в каждую группу так, чтобы они были доступны каждый день, сокращение переводов детей в другие группы или к другим воспитателям, а также установление определенных промежутков времени, когда воспитатели должны были находиться с детьми. Параллельно исследователи наблюдали за детьми в третьем учреждении, где никакие изменения не проводились. Таким образом, организовывалось либо только обучение сотрудников учреждения, либо обучение дополнялось структурными изменениями, либо вообще все оставалось, как было, т. е. без вмешатель-

ства. Авторы обнаружили, что группа «обучение плюс структурные изменения» продемонстрировала заметные и значительные улучшения IQ по сравнению с группой «только обучение», а также с группой «без вмешательства». Изменение физического контекста и подготовка воспитателей к работе положительно сказались на IQ детей, находящихся в доме ребенка. Однако и здесь показатели детей в группе наиболее интенсивного вмешательства не соответствовали результатам контрольной выборки обычных детей. В целом изменение условий в учреждении оказывает определенное позитивное воздействие на коэффициент умственного развития. Хотя множество факторов, в частности, возраст поступления в учреждение и продолжительность пребывания в нем, не были должным образом изучены.

IQ детей, усыновленных внутри страны или возвращенных родителям

Исследования детей, которые были усыновлены внутри страны, в которой они родились (так называемое внутригосударственное усыновление), или были воссоединены со своими биологическими семьями, дают неоднозначные результаты в отношении IQ. В Великобритании Барбара Тизард (Barbara Tizard) обследовала группы ранее институциализированных детей, помещенных в приемные или возвращенных в родные семьи, сравнивая их с детьми, оставшимися в учреждениях, и с контрольной группой местных детей[27]. В возрасте 4 лет 24 из 65 детей, первоначально зачисленных в исследование, были помещены в приемные семьи, и 15 возвращены своим кровным матерям[28]. Дети, усыновленные в раннем возрасте, имели баллы по тесту интеллекта Векслера (WPPSI; см. главу 7) примерно на один стан-

дартный показатель (15 баллов) выше, чем дети аналогичного возраста, воссоединившиеся со своими матерями. Несмотря на это различие, обе оценки находились в пределах среднего диапазона, что свидетельствует об отсутствии у этих малышей серьезного когнитивного отставания[29]. К 8 годам дети, усыновленные до 4,5 лет, набрали значительно больше среднего как по IQ, так и по уровню чтения, чем дети, усыновленные позже[30]. Это достижение сохранилось и позднее, когда они были снова обследованы в возрасте 16 лет[31]. Жизнь в учреждении не имела разрушительных долгосрочных последствий, описанных в некоторых прежних исследованиях, о чем свидетельствует нормальный интеллект детей (средний IQ в возрасте 16 лет у детей, усыновленных до 4 лет: 114; средний IQ в возрасте 16 лет у детей, усыновленных после 4 лет: 102)[32]. Примечательно, однако, что описанные здесь учреждения имели группы меньшего размера, лучшее соотношение числа детей к числу воспитателей и лучшее материальное обеспечение, чем в румынских учреждениях, изученных в проекте BEIP.

Кроме того, прирост IQ оказался разным в зависимости от того, куда были помещены дети, взятые из учреждений. Наибольший был отмечен у детей, помещенных в приемные семьи в возрасте от 2 до 4,5 лет, причем он сохранялся в течение следующих 12 лет. Важно отметить, что не была проведена рандомизация детей перед передачей в приемные или воссоединением со своими биологическими семьями, так что результаты следует рассматривать в этом контексте. Они несколько расходятся с данными приведенного выше метаанализа и, несомненно, отражают влияние прошлого детей и качества институциальной среды.

Проведенное в Греции исследование 62 детей, усыновленных после того, как они провели первые

1–1,5 года своей жизни в учреждениях, показало менее позитивные результаты[33]. Дети были повторно обследованы в возрасте 4 лет, и результаты сравнили с типично развивающейся контрольной группой того же возраста. Они показали, что усыновленные дети имели более низкие показатели IQ по сравнению с контрольной группой (среднее значение в усыновленной группе 100, среднее в контрольной 110). Интересно отметить, что эти IQ усыновленных детей были связаны с их IQ во младенчестве, предположительно потому, что у детей в этом исследовании не оказалось достаточно времени, чтобы «догнать» когнитивную норму (в отличие от исследования Тизард, где ранее институциализированные дети в более старшем возрасте, по-видимому, догоняют норму по IQ).

IQ детей, усыновленных за границу

Усыновление детей из-за рубежа давно является для бездетных родителей на Западе основным способом завести ребенка. Однако международное усыновление окружено всякого рода противоречиями и слухами вроде заполонивших Интернет историй о торговле детьми. Неудивительно, что в этом направлении устройства детей-сирот в семьи политика играет огромную роль. Например, 10 лет назад семьи из США усыновили более 20 000 детей из-за рубежа, тогда как в 2012 году их число не достигло и 10 000.

За последние 20 лет ряд исследовательских групп воспользовались ростом международного усыновления[34]. Практически все исследования, проведенные в отношении усыновленных за рубежом детей, показывают их отставание по IQ при поступлении в приемные семьи. Однако большинсвто исследований фиксируют,

что дети догоняют возрастную норму по IQ. В одном из таких исследований сравнивались девочки, удочеренные из Китая, с детьми, усыновленными из приемных семей в Нидерландах[35]. Исследователи обнаружили, что китайские дети сначала демонстрировали значительное отставание, но со временем догнали своих сверстников из приемных семей. Действительно, в обзоре этих исследований Маринус ван Айзен-Дорн (Marinus van IJzendoorn) и Фемми Джуфер (Femmie Juffer) обнаружили, что дети, помещенные в семьи, в отличие от сверстников, остающихся в учреждениях, догоняют ровесников по IQ[36].

В Румынии после свержения режима Чаушеску были проведены 2 лонгитюдных исследования. Одно Элинор Эймс (Elinor Ames) и ее коллег, а другое — Майкла Раттера (Michael Rutter) и коллег. И те, и другие проследили за жизнью румынских детей после усыновления из учреждений. Исследование Эймс охватывало 3 группы: 46 детей, которые провели в учреждениях по крайней мере 8 месяцев; 46 никогда не институциализированных и не усыновленных детей, родившихся в Канаде; и 29 детей, усыновленных из Румынии рано, до достижения ими 4-месячного возраста. На момент усыновления у всех детей старше 4 месяцев констатированы задержки развития. При последующем наблюдении (через 3 года после усыновления) эти дети продолжали иметь значительно более низкие показатели IQ по сравнению с двумя другими группами. Дети, усыновленные из учреждений после 2 лет, имели самый низкий IQ — средний балл 69. 56% были признаны не готовыми к школьному обучению, соответствующему их возрасту, по сравнению с 17% усыновленных из учреждений до 4 месяцев[37]. У детей, усыновленных позднее, показатели IQ были тем ниже, чем дольше ребенок находился в учреждении. Эти

результаты говорят об особенно пагубных последствиях институциальной среды в Румынии в 1990-х годах, а также о важности раннего усыновления.

Аналогичные результаты докладывает англо-румынская исследовательская ассоциация (ERA), изучавшая детей, усыновленных из Румынии в Великобританию в возрасте до 42 месяцев, и следившая за ними до 11 лет[38]. Используя для сравнения группу детей, родившихся и усыновленных в Великобритании в возрасте до 6 месяцев, они обнаружили у румынских приемных детей значительное отставание когнитивного развития на момент въезда в Великобританию. При обследовании в возрасте 4 лет румынские дети, усыновленные до достижения 6-месячного возраста, продемонстрировали значительные успехи, в то время как дети, усыновленные позже, по-прежнему отставали в своем когнитивном развитии[39]. К 6 годам дети, усыновленные до 6-месячного возраста, уже не отличались от контрольной группы по своим когнитивным показателям, и обе группы имели показатели значительно выше, чем у детей, усыновленных после 6 месяцев. Аналогичные результаты получены в возрасте 11 лет. Однако только у поздно усыновленных детей наблюдался значительный рост когнитивных показателей между 6 и 11 годами. Возможно, это указывает на более позднее начало наверстывания упущенного у этих детей[40]. Эти впечатляющие исследования предоставили большое количество бесценных данных о когнитивных эффектах ранней институциализации.

Проблема интерпретации результатов в таких исследованиях, как у Эймс и ERA, — это возможная предвзятость выбора детей для усыновления и отсутствие информации об их предшествующем опыте. Другими словами, вполне возможно, что дети, которым посчаст-

ливилось попасть в семьи, как-то отличались от тех, кто остался в учреждениях. Они могли иметь лучшее здоровее, быть активнее и дружелюбнее, привлекательнее выглядеть и т. д. Показательный пример в этом отношении — исследование Тизард, упомянутое выше, показавшее, что рыжих детей реже выбирают для усыновления, чем не рыжих[41].

В целом условия тяжелой психосоциальной депривации, подобные тем, что существовали в учреждениях Румынии, оказывают значительное влияние на когнитивное развитие детей раннего возраста. Имеющиеся данные показывают, что, хотя очень раннее и недолгое воздействие таких условий не имеет долгосрочных последствий, пребывание детей в учреждениях после достижения ими 6-месячного возраста приводит к долгосрочному снижению интеллекта. Различия между исследованиями, по-видимому, объясняются разницей в условиях содержания детей в учреждениях разных стран, а также возрастом, в котором дети поступают в учреждение, и продолжительностью их пребывания там.

Исполнительные функции

Хотя IQ рассматривается как показатель общего интеллекта, психологи понимают, что он не отражает специфику когнитивных процессов, важных в решении задач и в повседневном функционировании. Другими словами, он в действительности отражает смесь различных когнитивных процессов. С другой стороны, исполнительные функции включают в себя ингибиторный контроль, рабочую память и переключение внимания и хорошо известны как компоненты адаптивного функционирования[42].

Сет Поллак (Seth Pollak) и его коллеги обследовали память, внимание и другие исполнительные функции у детей, ранее проживавших в учреждении, с помощью двух хорошо проверенных тестовых батарей, разработанных в Кембридже: CANTAB — компьютеризованная серия нейропсихологических тестов и NEPSY — нейропсихологическое обследование. Дети с длительной историей институциализации, усыновленные за границу в возрасте от 8 до 10 лет, выполняли тесты памяти, зрительного внимания и обучения хуже, чем усыновленные раньше или дети из контрольной группы. Чем больше времени провели дети в учреждениях, тем хуже они выполняли тесты на ингибиторный контроль, зрительное внимание и зрительную память/обучение. Эти результаты проясняют некоторые специфические последствия ранней депривации и подтверждают гипотезу о том, что дети, имеющие длительный опыт ранней институциализации, демонстрируют специфические паттерны нарушений важных когнитивных процессов, связанных с решением задач и комплексным социальным познанием[43].

Раттер и его коллеги изучили связь между институциальной депривацией, исполнительными функциями и теорией психического в выборке проекта ERA[44]. Усыновленные из Румынии дети показывали отставание по шкалам исполнительных функций, а также в развитии теории психического. Причем наиболее сильные последствия наблюдаются среди тех, кто провел в условиях депривации более 6 месяцев. В контексте предложенного Раттером синдрома пережитой институциализации отставание в обеих областях были связаны с «квазиаутичным поведением», привязчивостью и невнимательностью/гиперактивностью.

В целом все те немногие исследования обнаружили у детей из учреждений отставания во всех выборках.

Они, в свою очередь, имеют значительные последствия для повседневного функционирования и развития социальных когнитивных процессов, таких как теория психического, а также основных процессов внимания.

Развитие языка

Отставание языкового развития отмечается как у детей, проживающих в учреждениях, так и у усыновленных из них[45]. Младенцы, живущие в учреждениях, издают меньше звуков и имеют меньше типов вокализации в возрасте от 2 до 4 месяцев, по сравнению с живущими в семьях[46]. Недостаток взаимодействия и имитации со стороны воспитателей в сочетании с ограниченной представленностью зрелого языка в окружении (проще говоря, дети в приютах гораздо меньше слышат речь) указываются в качестве факторов ранней дифференциации по языковым навыкам. Приемные дети, проведшие в учреждениях первые 3 года жизни, имеют больше проблем речевого развития, чем воспитывающиеся в приемных семьях[47].

Язык и как средство взаимодействия, и как средство поддержки развития основных когнитивных навыков делает задержку в этой области особенно важной[48]. Речь также является существенным фактором развития у ребенка навыков саморегуляции. Дети формируют свой язык в среде, где представлены и стимуляция, и непредвиденные обстоятельства[49]. Поэтому неудивительно, что в исследованиях детей, усыновленных в Соединенные Штаты из Восточной Европы, задержки развития языка и речи выступают в качестве одной из главных проблем[50]. Основы для развития языковых навыков, такие, напри-

мер, как действия по очереди, формируются задолго до того, как ребенок произнесет свое первое слово. Случайные реакции со стороны воспитателя являются неотъемлемой частью этого процесса. Когда ребенок издает звуки, а воспитатель откликается, малыш становится партнером в языковом опыте. В условиях учреждений у измученных воспитателей, ответственных за переодевание целой палаты детей, просто не находится времени, чтобы откликнуться на попытки малышей пообщаться с ними. В результате младенец прекращает попытки общения[51]. Один за другим, разные авторы показывают, что и дети, живущие в учреждениях, и дети, выведенные оттуда в другие формы ухода, как правило, имеют различные речевые и языковые трудности, больше в экспрессивной, чем в рецептивной сфере, но тем не менее с задержками в обеих. В некоторых исследованиях констатировалось языковое отставание на 70% и больше, и этот уровень сохранялся, даже если дети были помещены в приемную семью в дошкольном возрасте[52].

Как ни странно, в последнее время не так много исследований прямо посвящено изучению языкового развития детей. Отчасти это объясняется тем, что дети, усыновленные за границу, осваивают язык своего недавно обретенного дома, и их когнитивные способности неразрывно связаны с их языковыми навыками. Кроме того, у детей младшего возраста наблюдается большая пластичность в обучении языку, что обусловливает их способность освоить новый язык в приемной семье. Тем не менее те же нейронные цепи и области мозга, что поддерживают освоение языка, непосредственно вовлечены в процессы познания, так что влияние ранней депривации на познание, возможно, распространяется и на язык.

Привязанность и социально-эмоциональное развитие

Наибольшие отклонения обнаруживаются у ранее институциализированных детей в социальном и эмоциональном поведении. Особенно ярко это проявляется в отношениях привязанности. Скорее всего, так происходит из-за практически полного отсутствия у детей, растущих в учреждениях, социально важного взаимодействия с другими людьми в ранние годы жизни. А ведь оно является абсолютной необходимостью для образования нужных связей в тех областях мозга, которые отвечают за типичное социальное поведение. Человеческий детеныш рождается в мире, где окружение должно включать чуткую и отзывчивую заботу и наличие социальных взаимодействий между людьми. Поэтому учреждения представляют собой серьезную проблему с точки зрения возможностей приобретения опыта, необходимого для социальной адаптации. В течение первого года жизни младенцы формируют отношения с рядом взрослых, которые заботятся о них и создают безопасную, любящую интерактивную среду. Отношения привязанности между маленьким ребенком и тем, кто о нем заботится, требуют достаточного и продолжительного взаимодействия между ними, чтобы ребенок научился искать утешения, поддержки и заботы именно у данного взрослого. Поскольку возможности для таких взаимодействий в учреждениях ограничены, приходится ожидать, что дети, выросшие в таких условиях, не смогут сформировать привязанности.

Во многих исследованиях, посвященных детям, растущим в учреждениях, повторяется ряд тем, касающихся привязанности и социальных отношений. К ним относятся и неспособность детей к формированию глубоких

и близких отношений со своими приемными родителями и неизбирательное поведение, демонстрируемое детьми по отношению к взрослым. Эти тенденции наблюдаются у детей и живущих в учреждениях, и после того, как они покидают их, иногда спустя много лет жизни с приемными родителями в стабильной семейной среде.

Первые исследователи детей, живущих в учреждениях, сообщали об особенностях социального поведения и разделяли их на 2 вида: экстернализация (например, неуместное обращение и взаимодействие со взрослыми) и интернализация поведения (например, отчуждение и тревожность). В некоторых работах отмечалось, что дети, испытавшие тяжелую депривацию, не могут формировать глубокие и интимные отношения даже после усыновления в теплую семейную среду.

Качество привязанности между воспитателем и младенцем измеряется тем, как ребенок реагирует на разлучение и воссоединение с воспитателем. Обычно в исследованиях используется процедура, которая называется «незнакомая ситуация» (см. главу 10). Она представляет собой серию расставаний и воссоединений младенца и воспитывающего его взрослого. Дети по-разному реагируют на них в зависимости от опыта общения. При наличии организованной безопасной привязанности ребенок ищет близости с воспитателем при воссоединении и быстро успокаивается, когда тот его утешает. Если привязанность организованная, но небезопасная, ребенок либо избегает воспитателя при воссоединении, либо проявляет безутешное горе или гнев, и его трудно успокоить. Кроме того, младенцы могут показывать так называемую дезорганизованную реакцию на расставание и воссоединение. Это обычно выражается в нарушенных стратегиях привязанности (поиска близости) и бес-

порядочных или неверно направленных движениях, застывании или бесцельном блуждании. Важно отметить, что обычно младенцы формируют либо организованную безопасную привязанность, либо организованную небезопасную привязанность. Дезорганизованная привязанность более вероятна у младенцев, подвергавшихся пренебрежению, включая крайнюю психосоциальную депривацию.

В ранних исследованиях Гольдфарба, Прованс и Липтон (Goldfarb, Provence & Lipton) описывается модель поверхностных эмоциональных реакций детей в учреждениях по отношению к воспитателям: уход в себя, тревога и «чрезмерное дружелюбие»[53]. В исследованиях Тизард и Риз обнаружилось, что среди 26 постоянно живущих в учреждении детей у большинства наиболее серьезно нарушена привязанность. 10 из этих детей описаны как «чрезмерно дружелюбные», то есть они подходили к незнакомым взрослым так же часто, как и к знакомым. Сдержанность по отношению к незнакомым взрослым у этих детей отсутствовала, иногда они даже выражали протест против расставания с незнакомцами. Они всячески искали внимания и были неразборчивы в поисках утешения. Привязанность детей к другим людям казалась поверхностной, так как для них все взрослые были как будто бы взаимозаменяемыми[54].

По выборке младенцев, воспитывающихся в греческом учреждении, Паньотта Ворриа (PanyiottaVorria) с коллегами сообщали, что большинство из них (65%) имели «дезорганизованную» привязанность к своим воспитателям[55]. Джаффер (Juffer) и коллеги использовали стандартизированную процедуру оценки привязанности у детей, усыновленных во младенчестве из других стран в Нидерланды. Большинство из них (74%) сформировали безопасную привязанность к 12 месяцам, в то вре-

мя как 22% имели дезорганизованную привязанность, и выборка не отклонялась от нормативных групп по классификации. Эти рано усыновленные дети (средний возраст на момент прибытия составлял 11 недель) имели относительно благоприятное прошлое: дети Шри-Ланки были на попечении своих матерей вплоть до усыновления, а корейские и колумбийские дети жили в учреждениях, поддерживаемых западными организациями[56].

В 3 исследованиях изучались модели привязанности у детей дошкольного возраста, усыновленных из румынских учреждений. В них Шэрон Маркович (Sharon Marcovitch) с коллегами обнаружили безопасную привязанность лишь у 30% маленьких детей, усыновленных из Румынии (по сравнению с 42% детей контрольной группы, которые родились в Канаде и не имели опыта институциализации), и небезопасную у 42% (по сравнению с 10% в контрольной группе). Ким Чизхолм (Kim Chisholm) сообщает, что у детей, усыновленных из Румынии, небезопасная привязанность наблюдается чаще (63%), чем у детей, родившихся в Канаде (42%). Кроме того, более 21% усыновленных из Румынии проявляют атипичные модели небезопасной привязанности в отличие от отсутствия таких у канадских детей. Наконец, Томас О'Коннор (Thomas O'Connor) с коллегами обнаружил, что в возрасте 6 лет, после усыновления в Великобританию из румынских учреждений, 51% детей демонстрируют небезопасную привязанность иногда в сочетании с другими проявлениями по сравнению со всего 17% детей, усыновленных в Великобритании (и никогда не живших в учреждениях). Кроме того, 36% детей, усыновленных из румынских учреждений, по сравнению с 13% усыновленными в Великобритании, демонстрировали ненормативное поведение при разлуке и вос-

соединении, вплоть до крайних форм эмоционального перевозбуждения, взволнованности, дурашливости, смущения и чрезмерной игривости, характерных для гораздо более раннего возраста[57].

Психопатология

Подобно исследованиям привязанности к воспитателям, наблюдения постинституциальной детской психопатологии выявляют аналогичные отклонения. Наиболее последовательные выводы касаются дефицита внимания/гиперактивности[58]. Уильям Гольдфарб первым предположил, что дети, имевшие опыт институциализации и переведенные в приемную семью примерно в возрасте 36 месяцев, с большей вероятностью проявят экстернализованное поведение, такое как агрессивность, гиперактивность и деструктивность. Они также с большей вероятностью будут испытывать трудности с пониманием чувств и потребностей других людей и формированием привязанностей. Дети, прожившие в учреждениях первые 3 года жизни, устойчиво демонстрируют более высокие уровни проблемного поведения — от трудностей с питанием и сном до агрессивного поведения, гиперактивности и выраженной чрезмерной зависимости от взрослых, проявляющейся в постоянном требовании внимания[59]. Майкл Раттер и его исследовательская группа (англо-румынское исследование усыновленных детей — ERA) также выявили проблемы дефицита внимания и гиперактивности. В частности, дети, усыновленные в Великобританию по достижении 6 месяцев, демонстрировали то, что Раттер назвал синдромом институциальной депривации, который включает невнимательность и гиперактивность, когнитивные

нарушения, неизбирательное дружелюбие, низкий IQ и квазиаутичное поведение. Описания детей в проекте ERA подтверждают данные о тревожности, гиперактивности и трудностях с вниманием – проблемах, которые, как было показано, являются достаточно устойчивыми моделями поведения с долгосрочными последствиями[60]. Раттер утверждает, что это сочетание особенностей поведения не наблюдается в других обстоятельствах и, повидимому, является результатом ранней психосоциальной депривации. Например, он показал, что паттерны гиперактивности, а также трудности с вниманием среди ранее находившихся в учреждениях детей связаны с проблемами в установлении и поддержании избирательной привязанности[61]. Опять-таки этот институциальный синдром напоминает описание поведения, данное много лет назад Гольдфарбом. Он писал, что в возрасте 6 лет дети, проведшие в учреждениях первые 3 года жизни, проявляли большую гиперактивность, тревожность и трудности с вниманием, чем их сверстники, выросшие исключительно в приемных семьях (как следовало из отчетов социальных работников, знающих этих детей)[62]. Аналогично, Лоури (Lowrey) отметил закономерность гиперактивности, в частности, при переводе детей из учреждений в приемные семьи. По сообщению Тизард и Риз, приемные дети менее отвлекаемы и беспокойны, чем дети, оставшиеся в учреждении или воссоединившиеся со своими семьями[63].

Помимо важности проблем внимания и гиперактивности и их связи с неизбирательным социальным поведением, Раттер также сообщает, что частью синдрома институциализации является квазиаутичное поведение. Он и его коллеги обнаружили, что 6% детей из выборки ERA соответствовали диагностическим критериям аутизма и еще 6% имели легкие, часто изолированные,

признаки и расстройства. Учитывая, что большинство детей были помещены в учреждения сразу или вскоре после рождения и их процент, кажется, что это не связано с ошибками выборки. Скорее опыт институциализации привел к фенотипу, похожему на аутизм. Интересно, что ко времени повторного обследования в возрасте 6 лет большинство детей в этой выборке значительно прогрессировали и больше не соответствовали критериям аутизма, хотя некоторые продолжали демонстрировать нетипичное поведение. Поскольку дети так резко отреагировали на более благоприятную окружающую среду, Раттер и его коллеги описали синдром как «квазиаутичное поведение». «Уязвимость отдельных детей, подвергшихся институциализации, которая могла привести к такой клинической картине, и процессы, посредством которых заботливое окружение корректирует такую симптоматику, еще предстоит выяснить»[64].

Результаты нейровизуализации у институциализированных детей

Одним из подходов к пониманию механизмов влияния институциализации на поведение является изучение нейральных коррелятов когнитивного и социального функционирования детей. Проект BEIP стал первым исследованием, в котором изучалось функционирование мозга у институциализированных маленьких детей. После BEIP проводились похожие исследования строения мозга и его функционирования у детей, ранее проживавших в учреждениях. Мы кратко рассмотрим их в этом разделе.

В нескольких недавних исследованиях с помощью метода позитронно-эмиссионной томографии, или ПЭТ,

изучались отличия в метаболизме глюкозы в различных областях головного мозга. МРТ (магнитно-резонансная томография) использовалась для изучения размеров и целостности мозговых структур (структурной визуализации), диффузионно-тензорное МРТ-сканирование (ДТ МРТ) – для оценки целостности и распределения волокон, соединяющих различные области мозга, а их отклик на задания, позволяющие оценить когнитивные и эмоциональные процессы, изучался с помощью функциональной МРТ (фМРТ).

ПЭТ – это радионуклидный томографический метод, при котором человеку вводят радиоактивно помеченное вещество, например, глюкозу или кислород. Оно поступает в мозг, причем наиболее активные в данный момент области поглощают больше вещества. В процессе радиоактивного распада испускаются позитроны, и ПЭТ-сканер может определить, где именно в головном мозге они возникли. Таким образом, можно точно определить, какие именно области мозга в данный момент наиболее активны. Проблематичность использования этого метода связана, в частности, с необходимостью введения в кровоток радиоактивного вещества, которое затем абсорбируется в разных областях мозга. В противоположность ПЭТ, МРТ является неинвазивным методом, в котором магнитное поле и импульсное низкочастотное электромагнитное излучение используются для изменения ориентации атомов в организме. Эти изменения затем выявляются на возникающих изображениях, показывающих состояние обследуемых структур в организме (так же, как при использовании МРТ для получения изображения колена или плеча). Новейшие методы позволяют получить и изображение структур мозга, используя этот подход. Эти структуры включают то, что называется серым веществом (нейроны коры) и белым

веществом (миелинизированные тракты аксонов, соединяющих разные части мозга). Кроме того, предлагая различные задания людям, помещенным в МРТ-сканер, исследователи могут визуализировать изменения кровотока в разных частях мозга и, следовательно, изучать функциональные изменения в его деятельности.

Провести каждое такое исследование было нелегко. Все они требовали сложного и дорогостоящего оборудования и новейших методов обработки данных. Участники исследования часто поступают из разных стран (например, из Китая, России, Румынии) и различаются по этнической принадлежности, полу и продолжительности пребывания в учреждениях. Тем не менее эти исследования вполне информативны в попытках выявить и структуры мозга, участвующие в когнитивном и социальном поведении, и нарушения.

В одном из первых исследований, посвященных изучению влияния ранней институциализации на развитие мозга, Гарри Чугани (Harry Chugani) и его коллеги использовали ПЭТ-сканирование при обследовании 10 детей, усыновленных из румынского учреждения. Средний возраст детей на момент обследования составлял 8 лет, почти все они были помещены в учреждение до 18 месяцев и в среднем провели там более 3 лет до усыновления. Этих детей сравнивали с группой здоровых взрослых и группой 10-летних детей с рефрактерной эпилепсией. Авторы сообщали, что у усыновленных наблюдалось значительное снижение метаболизма в отдельных участках префронтальной коры головного мозга (например, орбитофронтальной коры) и височной доли (например, в миндалине). Это, конечно, области, обычно связываемые с высшими когнитивными функциями, памятью и эмоциями. Нейропсихологическое тестирование показало, что усыновленные дети имеют умеренные ней-

рокогнитивные нарушения, в число которых входят импульсивность, дефицит внимания и социальных навыков. Поскольку это были самые первые данные по визуализации, касающиеся детей, ранее находившихся в учреждениях, они широко освещались в популярных СМИ. И не зря: результаты производили сильное впечатление. Однако следует проявлять осторожность, делая далекоидущие выводы из этих данных, учитывая, что выборка была небольшой и крайне избирательной (и в том, кому из детей было разрешено покинуть учреждение, и в том, на кого было получено согласие на введение в кровь радиоактивного изотопа)[65].

Эта же группа исследователей провела повторное обследование той же группы детей, на сей раз изучая коннективность белого вещества с помощью МРТ[66]. Они обнаружили его снижение в области крючковидного пучка мозга у детей, переживших раннюю депривацию, в сравнении с контрольной группой. Крючковидный пучок обеспечивает главное средство сообщения между зонами мозга, участвующими в более высоких познавательных и эмоциональных функциях (миндалины и фронтальные доли). Это наблюдение привело авторов к заключению, что взаимодействие между зонами мозга значительно ослаблено ранней институциализацией. Меньшее количество связей может вести к дефициту/задержкам в ингибиторном контроле, регуляции эмоций и других функциях, которые ими контролируются.

В своем третьем исследовании Чугани и его коллеги снова использовали МРТ в сочетании с **трактографическим** пространственным картированием (TBSS — Tract Based Spatial Statistics), высокочувствительным методом анализа нейровизуальной информации. Они применили его для оценки отсроченных изменений белого вещества у детей с ранней депривацией в анамнезе. 17 детей

с историей институциализации с рождения и последующего усыновления сравнивались с 15 типично развивающимися семейными детьми. Они прибыли из различных учреждений Восточной Европы и Юго-Восточной Азии. Было установлено, что у них снижена организация участков двусторонних крючковидных и верхних продольных пучков, причем степень дезорганизации белого вещества устойчиво связана с продолжительностью времени пребывания в учреждениях. Авторы полагают, что это может лежать в основе синдрома дефицита внимания/гиперактивности, ранее описанного Раттером и его коллегами как часть институциального синдрома. В совокупности работы Чугани и его коллег позволяют предположить, что дети, пережившие раннюю институциализацию, страдают метаболическими, структурными дефицитами и нарушениями связности в областях мозга, которые, как считается, причастны к высшим познавательным функциям и регуляции эмоций[67].

Методы МРТ для изучения детей, живущих в Соединенных Штатах после усыновления из разных стран мира, использовались до сих пор в 3 исследованиях. П. М. Бауэр (P. M. Bauer) и его коллеги применяли структурную визуализацию при обследовании 31 ребенка, живущего в приемных семьях на Среднем Западе. Дети были в основном из учреждений Восточной Европы (12 из Румынии, 12 из России, 5 из Китая и 2 из других европейских стран). Их средний возраст на момент усыновления составлял 31 месяц, а средний возраст на момент обследования — 11 лет. Дети, пережившие институциализацию, имели меньшие объемы верхне-задней доли мозжечка, а также сниженную память и исполнительные функции по сравнению с типично развивающимися детьми из контрольной группы. Структурные различия в мозжечке опосредовали связь между историей жизни

в учреждении и когнитивными показателями. Это одно из немногих исследований, в котором показано, что мозжечок может изменяться под действием раннего опыта и что он связан с когнитивными функциями высшего порядка. Мозжечок — это структура, находящаяся глубоко в мозге и участвующая в управлении моторными функциями и базовыми процессами обучения. Тот факт, что опыт ранней депривации может влиять на него, помогает объяснить дефицит внимания и познавательных функций, наблюдаемый у детей, живущих в учреждениях.

Ним Тоттенхэм (Nim Tottenham) и его коллеги опубликовали результаты 2 исследований, использующих методы нейровизуализации. В них участвовали дети, пережившие институциализацию и усыновленные из Азии и Восточной Европы. Изучались структурные различия головного мозга этих детей и сравнивались с типично развивающимися из контрольной группы[68]. Результаты первого исследования не показали разницы в объеме коры головного мозга или серого вещества между различными группами детей. Хотя у поздно усыновленных объем миндалевидных тел головного мозга был больше по сравнению как с усыновленными в более раннем возрасте, так и с типично развивающимися детьми из контрольной группы[69]. Во втором исследовании они обнаруживают большую активность миндалевидного тела в группе детей, переживших институциализацию, в ответ на стимулы, вызывающие страх. Сделано предположение, что активность миндалевидного тела головного мозга связывает раннюю институциализацию и особый паттерн зрительного контакта (дети, пережившие институциализацию, показывают меньше фиксации взгляда на лице человека)[70]. В сочетании с результатами первого исследования эти данные указывают на важность подкорковой структуры и ее очевидную чувствитель-

ность к депривации у детей. Важно отметить, что в обоих исследованиях визуализация проводилась спустя годы после того, как дети покинули учреждения и были усыновлены в стабильные семьи в Соединенных Штатах, что подчеркивает влияние раннего опыта на объем и активность миндалевидного тела головного мозга.

Каково значение этих результатов изучения миндалевидного тела? Эта структура находится глубоко внутри мозга и участвует в распознавании угрозы и незнакомых событий или людей. Также она участвует в обработке эмоциональной информации, поступающей от лиц других людей, и особенно в научении страху. Миндалевидное тело играет роль в обработке эмоционально значимой информации как с точки зрения формирования эмоциональных воспоминаний, так и с точки зрения поведения, вызываемого эмоциональными или угрожающими стимулами, через активацию других областей коры головного мозга[71]. Как базовая структура, участвующая в фундаментальных реакциях на стимулы (обнаружение новизны, приближение, уход в себя), она играет значительную роль во многих типах социального и когнитивного поведения. Следовательно, нарушения в деятельности и структуре миндалевидного тела в результате пережитого раннего опыта оказывают значительное влияние на более зрелые и сложные социальные и когнитивные процессы.

В недавней статье по результатам англо-румынского исследования ERA сообщается об использовании МРТ для изучения структуры миндалевидного тела у постинституциализированных детей. Исследование выявило существенное уменьшение объема серого и белого вещества у усыновленных детей по сравнению с контрольной группой. После коррекции результатов по объему мозга у усыновленных детей обнаружилось относительное

увеличение объема миндалевидного тела по сравнению с контрольной группой, особенно в правом полушарии. Объем левого миндалевидного тела существенно коррелировал с продолжительностью пребывания в учреждении. Чем дольше ребенок находился в учреждении, тем меньше был объем левого миндалевидного тела[72].

Как видно из этого краткого обзора исследований головного мозга детей, переживших институциализацию, полученные выводы весьма разнообразны. Некоторые исследователи обнаруживают увеличение размера миндалевидного тела наряду с сокращением объема серого и белого вещества, в то время как другие находят связи между размером структур мозга или их функциями и продолжительностью институциализации. Вариативность результатов, скорее всего, зависит от неоднородности опыта, контекстов и продолжительности воздействия депривации в различных выборках, а также от малых размеров этих выборок в некоторых случаях. Тем не менее полученные данные дают важные ориентиры для размышлений о влиянии раннего опыта на развитие мозга и понимания механизмов, посредством которых он воздействует на когнитивное и социальное поведение.

Глава 7

Познание и язык

> За младенцами, проживающими в учреждениях, ухаживает множество людей. Это приводит к фрагментации и непоследовательности ухода. Считается, что это затрудняет ребенку осознание себя и своего окружения, что в свою очередь оказывает тормозящее влияние на обучение в целом.
>
> Салли Прованс и др. Младенцы в учреждениях (1967, с. 18–19)

И клинические наблюдения, и научная литература указывают на то, что у детей, помещенных в детские учреждения в раннем возрасте, происходит снижение когнитивных способностей, возникают сложности с развитием языка и речи. Это снижение зависит от продолжительности пребывания в учреждении: чем дольше ребенок проживает в нем, тем оно значительнее.

В проекте BEIP мы оценивали познавательные и лингвистические способности детей до рандомизации, а затем на всех последующих этапах. Мы использовали комбинацию стандартизированных методик измерения интеллектуальных функций (например, тестов психического развития и IQ тестов) и экспериментальных нейропсихологических подходов, которые позволили бы сделать выводы о конкретных когнитивных функциях

(например, об ингибиторном контроле) и их отношении к цепям мозга (см. перечень использованных методик в таблице 7.1).

Коэффициент интеллекта

IQ — это показатель интеллекта, использующийся в течение уже многих лет в качестве стандартной оценки различий между группами индивидуумов. То, что сейчас считается стандартным IQ-тестом, было впервые разработано Альфредом Бине (Alfred Binet), который вместе с Теодором Симоном (Theodore Simon) опубликовал тест Бине-Симона для определения интеллектуального возраста ребенка. Льюис Терман (Louis Terman), профессор психологии Стэнфордского университета, переработал его (теперь он называется тестом интеллекта Стэнфорд-Бине), а определение коэффициента интеллекта (IQ) стало наиболее широко используемым способом оценки развития детей и взрослых[1].

Дэвид Векслер (David Wechsler) в 1939 году разработал еще одну версию теста IQ, учитывающую множество аспектов интеллекта, таких как пространственные способности и вербальное понимание (позже ставшую известной как шкала интеллекта Векслера). Сейчас существует несколько версий теста интеллекта Векслера, в том числе для дошкольников (WPPSI), для старших детей (WISC) и взрослых (WAIS).

Как правило, тесты IQ нормируются для больших популяций индивидуумов. Средний балл IQ равен 100 со стандартным отклонением 15. Это означает, что большинство людей (70%) набирают от 85 до 115 баллов по IQ-тесту. Тест Векслера существует и для детей старше 3 лет.

Таблица 7.1. Методики, использованные для оценки когнитивного, языкового и нейропсихологического развития

Область оценивания	Методики	График обследований					Источник данных
		Базовое	30 мес.	42 мес.	54 мес.	8 лет	
Когнитивное развитие	Шкала развития младенцев Бейли	X	X	X			Обследование ребенка
	Шкалы Векслера для оценки интеллекта дошкольников и младших школьников				X		Обследование ребенка
	WISC-4					X	Обследование ребенка
Языковое развитие	REEL		X	X			Обследование ребенка
	Рейнелл		X	X			Обследование ребенка
	Задания на взаимодействие детей					X	Транскрипт речи ребенка
	Задания на взаимодействие со взрослым			X			
Нейропсихологическое развитие	Медведь-Дракон				X		Обследование ребенка
	Пространственное упорядочение					X	Обследование ребенка
	Да-Нет-Да					X	Обследование ребенка
	Негативность к ошибкам	X	X	X			Обследование ребенка
	Фланкер-тест					X	Обследование ребенка
	CANTAB					X	Обследование ребенка

Для оценки развития детей в возрасте до 3 лет используются стандартизированные методики наблюдения за младенцами. Одна из самых популярных из них была разработана психологом Нэнси Бейли (Nancy Bayley). Шкала Бейли для оценки развития младенцев измеряет показатель, называемый коэффициентом развития интеллекта (Mental Development Index — MDI), который может варьироваться в диапазоне от 50 до 150. В проекте BEIP детям, получившим баллы ниже 50, был присвоен балл MDI 49. Для каждого ребенка был рассчитан коэффициент развития (Developmental Quotient — DQ): эквивалентный возрастной балл/хронологический возраст x 100 = DQ, что позволило провести анализ по всей выборке.

Еще до рандомизации мы провели тестирование детей, живущих в учреждениях, по шкале психического развития Бейли. Во время последующих встреч после помещения половины участников в приемные семьи мы продолжали использовать этот метод оценки, поскольку он подходит до возраста 48 месяцев[2]. Когда детям исполнилось 54 месяца, мы перешли на дошкольную версию теста IQ Векслера, а при тестировании в возрасте 8 лет использовали WISC–IV[3]. Анализ показателей IQ выявил их стабильность по возрасту и типам тестов для типично развивающихся популяций.

Базовое обследование выявило средний MDI 66 у институциализированных детей и MDI 102 в контрольной группе[4]. Средний коэффициент развития DQ институциализированных детей был 74, а детей из контрольной группы — 103. Это почти на 2 стандартных отклонения ниже среднего для детей того же возраста. При базовом обследовании в период от 6 до 30 месяцев была отрицательная корреляция между возрастом и MDI. То есть чем старше ребенок (и, следовательно, чем дольше он находился в учреждении), тем ниже был его DQ. Данные

институциализированных детей указывали на серьезные задержки интеллектуального развития.

Мы также изучили различия в качестве ухода в учреждениях, где жили дети. Для этого использовалась методика Observational Record of the Caregiving Environment — ORCE (Наблюдение за окружающими, осуществляющими уход за ребенком), ранее примененная Национальным институтом детского здоровья и развития человека (NICHD)[5]. Она состоит из нескольких шкал, в которых фиксируются конкретные акты ухода за ребенком. Также проставляются баллы, оценивающие качество поведения воспитателя по отношению к ребенку. Среди особенностей поведения, отраженных в этих баллах были общий позитивный аффект, позитивный физический контакт, позитивный отклик на вокализацию/разговор ребенка и др. Мы обнаружили, что чем лучше уход в конкретном учреждении, тем выше IQ ребенка. Тем не менее очень низкие показатели детей из учреждений подчеркивали масштабы последствий тяжелой депривации для когнитивного развития даже в этом раннем возрасте.

Сразу после базового обследования дети были рандомизированы в 2 группы исследования. Таким образом, их возраст при определении в ту или иную группу не был одинаковым. Некоторым детям было всего 6 месяцев, а другие уже отметили свой второй день рождения. Затем каждого обследовали по достижении ими 30, 42 и 54 месяцев. Это означало, что, например, при обследовании в 30 месяцев дети, попавшие в приемную семью в возрасте 28 месяцев, могли пробыть там только 2 месяца, в то время как другие, переданные в приемную семью в 8 месяцев, провели бы там 22 месяца (см. рис. 2.3). Тесты Бэйли-II использовалась при базовом обследовании, а также в 30 и в 42 месяца[6].

По данным IQ, собранным в этих трех возрастных точках (30, 42 и 54 месяца) нас интересовали 2 вопроса. Во-первых, есть ли эффект от вмешательства? То есть превзошли ли дети, помещенные в приемные семьи, оставшихся по результатам рандомизации в учреждениях? Во-вторых, влияет ли возраст помещения в приемную семью или продолжительность пребывания в ней на коэффициент интеллекта?

Изучение средних показателей IQ для приемной и институциальной групп в каждом возрасте показало, что дети, помещенные в семьи, превзошли своих сверстников, оставшихся в учреждениях в условиях депривации. Это была, конечно, очень хорошая новость, подтверждавшая к тому же эффективность нашего вмешательства во всех возрастах. Но все же дети, попавшие в приемные семьи, значительно отставали от типично развивающихся детей Бухареста. Это могло указывать как на пренатальные риски, которым они подверглись, так и на присущие им семейные факторы риска, и на «относительно» поздний возраст помещения в приемную семью или ограничения самого вмешательства.

Затем мы рассмотрели взаимосвязь между возрастом помещения в приемную семью и IQ при каждом обследовании, а также между продолжительностью вмешательства и IQ. Мы обнаружили, что только возраст помещения, но не продолжительность пребывания в приемной семье, положительно связан с показателем IQ в каждый момент обследования (см. рис. 7.1). То есть возраст при выходе из учреждения и поступлении в приемную семью был более важным фактором, чем время, проведенное в ней. Конечно, оба этих фактора тесно связаны друг с другом. Тем не менее, когда мы исследовали, что было бы более мощным предиктором IQ, ответ был — возраст при помещении в семью. Действительно, в рамках рас-

пределения возрастов в нашей выборке мы определили критический момент, до которого дети, помещенные в приемные семьи, превосходили своих сверстников, проживающих в учреждениях, а уже после него различия между живущими в семье и в учреждении становились совсем небольшими.

Возраст, разделявший детей по DQ, оказался равен 24 месяцам. Если ребенку на момент помещения в приемную семью было меньше 24 месяцев, то в каждом из трех возрастов, в которые проводились обследования (30, 42 и 54 месяцев) он или она с большей вероятностью превосходил детей, которые на момент помещения в приемную семью были старше 24 месяцев. Этот факт

Рис. 7.1. Средний коэффициент развития (DQ) детей, рандомизированных для помещения в приемные семьи как функция их возраста при помещении в семью. Отметим, что DQ – показатель Шкалы Бейли, аналогичный IQ.

заставляет предположить наличие сензитивного периода для восстановления когнитивных функций. То есть дети, помещенные в семью после достижения 24 месяцев, больше напоминают детей живущих в учреждении, а те, что попали в семьи до этого возраста, догоняют никогда не находившихся в детских домах. Отметим однако, что, несомненно, эта граница, проходящая в возрасте 24 месяцев, частично зависит от возраста детей, включенных в нашу выборку, а частично от распределения по возрастам внутри нее. Например, Майкл Раттер и группа ERA обнаружили, что дети, усыновленные из Румынии в возрасте до 6 месяцев, полностью восстановили свои интеллектуальные функции. То есть различий между этой и контрольной группами не было. Мы обнаружили эффект вмешательства и его длительности при обследовании в 54 месяца у детей, помещенных в приемную семью до достижения ими возраста 24 месяцев. Но хотя дети, помещенные в приемные семьи раньше, показывали лучшие результаты, чем переведенные в них позже и оставшиеся в учреждениях, их средние баллы по уровню IQ все же несопоставимы с типичными для контрольной группы[7].

Следующий этап обследования детей в нашем проекте проводился в 8 лет[8]. В этот раз мы использовали тест WISC–IV, позволявший получить для каждого ребенка общую оценку IQ по совокупности нескольких субшкал, каждая из которых оценивала свой элемент интеллекта, например, кратковременную память. Кроме того, оценивались скорость обработки информации, вербальное понимание, перцептивное мышление и рабочая память.

Наш первоначальный подход заключался в стратегии проведения анализа результатов в соответствии с назначаемым вмешательством (ITT, intent to treat). При этом данные детей, изначально рандомизированных ли-

бо в приемные семьи, либо в учреждения, и в дальнейшем анализировались так, как если бы дети по-прежнему оставались в этих группах. Будучи по существу консервативным, такой подход к анализу данных имел преимущество. Он послужил серьезным тестом нашей гипотезы о том, что ранний жизненный опыт больше влияет на результаты ребенка, чем последующий. Используя этот подход, мы не обнаружили различий ни по субшкалам, ни по общему IQ между двумя группами. Общий показатель IQ детей, переданных в приемные семьи, был 81,5, а для детей, оставшихся в учреждениях, — 76,2.

Оказалось, что показатели IQ детей в приемных семьях оставались стабильными с течением времени, а оценки детей, рандомизированных в группу «уход, как обычно», начали догонять. Отметим, что, как и прежде, баллы обеих групп были значительно ниже средних баллов по контрольной группе детей. Кроме того, эффект возраста помещения в семьи, который мы выявляли в 30, 42 и 54 месяца, больше не был очевиден.

Что же произошло с различиями по IQ между детьми в приемных семьях и учреждениях? Здесь есть несколько возможных объяснений. Во-первых, первоначальное повышение уровня IQ, которое мы наблюдали в раннем детстве (к 54 месяцам), могло быть быстрым, но неустойчивым последствием перевода ребенка из учреждения в семью. Во-вторых, отсутствие различий в группах в возрасте 8 лет могло быть следствием изменений в образовательном контексте детей, участвовавших в исследовании. То есть как приемные, так и дети, живущие в учреждении, начали ходить в школу в возрасте семи лет. Следовательно, увеличение среднего уровня IQ у последних могло компенсировать отсутствие более раннего повышения IQ в выборке приемных детей. В-третьих, отсутствие различий в возрасте 8 лет могло предвещать

последствия для латентных различий (то есть тех, которые могут возникнуть позже в результате раннего вмешательства, но не проявляются в детстве). Такая картина не является редкостью в американских исследованиях, посвященных программам помощи детям из семей низкого социально-экономического статуса (SES)[9]. В-четвертых, мы можем рассмотреть вопрос различий между ранним уровнем IQ и данными в возрасте 8 лет в контексте рис. 2.2, где показаны изменения в статусе детей обеих групп в течение первых 8 лет проекта. Эта схема показывает, что из 68 детей, оставшихся в учреждении, только 14 все еще находились там. Остальные были воссоединены со своими биологическими родителями, помещены в государственные приемные семьи (не существовавшие на момент начала исследования) или усыновлены румынскими семьями. Аналогичным образом из 68 детей, выбранных для перехода в приемные семьи, 31 ребенок все еще находился в этих семьях, в то время как другие дети были либо усыновлены, либо воссоединились со своими биологическими семьями.

Таким образом, в ходе нашего исследования в жизни многих детей произошли большие изменения между 4,5 и 8 годами.

Мы решили продолжить поиск закономерностей в результатах IQ, сравнивая данные детей по их реальному месту пребывания. Другими словами, вместо того чтобы использовать метод ITT, мы проанализировали влияние текущего жизненного контекста на IQ в возрасте 8 лет. Нас интересовало, покажут ли дети, первоначально переданные в приемные семьи проекта BEIP и оставшиеся в них, лучшие результаты, чем дети, оставшиеся в учреждениях или переданные в приемные семьи, поддерживаемые государством. Ответ оказался, безусловно, положительным. Дети, оставшиеся в приемных семьях проекта BEIP, име-

ли более высокие баллы, чем две другие группы по трем из четырех субшкал (вербальное понимание, скорость обработки и рабочая память) и более высокий общий IQ. В качестве дополнительного подтверждения обнаружилось, что дети, помещенные в приемные семьи проекта и оставшиеся в них, справлялись с тестами лучше, чем те, что по тем или иным причинам выбыли из этой группы. Эти два набора данных ясно показывают преимущества стабильной, позитивной семейной среды для результатов по IQ. И если первоначальный рост IQ был обусловлен нашим вмешательством, то сохранение этих эффектов вмешательства было результатом того, что ребенок длительное время оставался в стабильных условиях.

Затем мы решили использовать лонгитюдный характер наших данных для поиска паттернов в показателях IQ в обеих группах (выведенных в приемные семьи — FCG и оставшихся в учреждениях — CAUG). В каждой группе обнаружились две очевидные траектории по времени. Одна из них относилась к детям, имевшим стабильные, но низкие показатели во всех возрастах, другая — к тем, кто имел более высокие показатели, но тоже стабильные с течением времени. Мы изучили предикторы этих различных траекторий и обнаружили, что в группе FCG надежная привязанность и позитивный, отзывчивый уход в возрасте 42 месяцев предсказывали высокую и стабильную картину IQ. Кроме того, сильные языковые навыки в возрасте 42 месяцев способствовали этим стабильным высоким показателям. Однако мы не смогли обнаружить предикторов для паттернов в группе CAUG, за исключением слабых языковых способностей в возрасте 42 месяцев, связанных со стабильно низким уровнем IQ.

Эти данные привели нас еще к одному любопытному наблюдению. Изучая показатели детей, продолжавших жить в учреждениях в течение этих 8 лет, мы обнаружи-

ли прогрессирующее снижение IQ с возрастом. Насколько нам известно, это первое в истории лонгитюдное исследование показателей умственного развития у детей, живущих в учреждениях, и оно доказывает его снижение с течением времени. Это подчеркивает влияние институциализации на интеллектуальное функционирование детей и еще раз подтверждает тот факт, что чем дольше дети находятся в учреждении, тем ниже их IQ.

Нейропсихологическое функционирование в 8 лет

IQ является бесценным показателем общих интеллектуальных способностей ребенка и достаточно хорошо отражает академические успехи детей. Однако, поскольку BEIP был задуман как проект, направленный на изучение зависимости развития мозга от опыта, мы посчитали необходимым провести также измерение и когнитивных функций, которое позволило бы нам сделать обоснованные выводы о базовой архитектуре мозга. Нас особенно интересовали задания, связанные с функционированием префронтальной коры головного мозга (PFC), поскольку она является основной областью локализации исполнительных функций (ИФ).

Исполнительные функции (ИФ) представляют собой набор навыков и способностей, включающий рабочую память, планирование, когнитивную гибкость, ингибиторный контроль и внимание к выполняемому действию[10].

Исследования с приматами показывают, что префронтальный кортекс и связанные с ним системы могут быть особенно уязвимы в отношении раннего опыта и жизни в неблагоприятных условиях[11]. Кроме того, поскольку развитие префронтальной коры происходит медленно

и остается незавершенным до середины/конца подросткового возраста, эта область может оставаться особенно чувствительной к зависящей от опыта точной настройке[12]. Конечно, в случае институциализированных детей, такая настройка может иметь негативные последствия для развития. И действительно, судя по сообщениям других исследователей институциализированного детства (см. главу 6), а также по нашим собственным данным по IQ, нам стоило опасаться того, что дети в проекте BEIP будут подвержены риску целого ряда когнитивных нарушений, особенно связанных с памятью и исполнительными функциями. Что касается памяти, хорошо известно, что ранний негативный опыт или стресс могут повысить уровень глюкокортикоидов (например, кортизола) в крови, что в свою очередь может искажать структуру гиппокампа[13]. Как известно, повреждение гиппокампа связано с нарушениями памяти[14]. Соответственно, мы предполагали, что дети с опытом институциального воспитания будут подвержены риску возникновения проблем с памятью.

Имеющаяся литература об исполнительных функциях не оставляет сомнений: дети, в чьей жизненной истории было проживание в учреждении, как правило, хуже справляются с тестами на исполнительные функции, чем остальные[15]. И хотя мы знаем о биологической основе исполнительных функций меньше, чем о памяти (то есть мы еще не знаем, какие именно молекулярные и биологические влияния ухудшают функционирование префронтальной коры), имеющиеся данные свидетельствуют о том, что и в этой области следует ожидать дефицита.

Далее в этой главе мы обсудим ряд тестов на исполнительные функции, которые могут быть использованы с детьми дошкольного возраста. Однако изучать их у детей в возрасте до 5 лет трудно по объективным причинам[16]. Тем не менее мы провели несколько простых те-

стов с участниками проекта в возрасте 54 месяцев и более сложные тесты при обследовании в 8 лет. В частности, нас интересовали следующие вопросы: будут ли дети, имеющие ранний опыт жизни в учреждении, хуже выполнять тесты на зрительную память и исполнительные функции, чем контрольная группа детей? Во-вторых, будут ли лучше справляться с этими тестами те, кто направлен в приемную семью, чем их сверстники, оставшиеся в учреждениях? И наконец, был ли сензитивный период, который повлиял на результат, у тех, кто живет в приемных семьях и чья память и исполнительные функции улучшаются?

Основываясь на исследованиях предшественников и наших собственных результатах с более ранним возрастом (включая IQ), мы ожидали обнаружить нарушения в планировании поведения, в ингибиторном контроле, а также в обучении и памяти среди детей с историей ранней институциализации по сравнению с контрольной группой. Учитывая то, что известно о длительном процессе развития префронтальной коры, мы ожидали, что группа FCG (дети, переведенные в приемные семьи) покажет улучшения в исполнительных функциях по сравнению с группой CAUG (хотя и не думали, что группа FCG будет выполнять задания одинаково с группой NIG). Однако мы были менее уверены в эффектах возраста помещения в семьи и времени пребывания там. Что касается памяти, учитывая известную пластичность гиппокампа и окружающей коры (благодаря которой обучение и память возможны на протяжении большей части жизни человека), мы ожидали, что группа детей из учреждений (CAUG) покажет гораздо худшие результаты, чем две другие. И одновременно, что группа детей в приемных семьях (FCG) покажет резкое улучшение памяти, хотя опять-таки мы не делали прогнозов по возрасту помещения в семьи и времени пребывания там.

Чтобы проверить эти гипотезы, в 54 месяца мы использовали методику «Медведь-Дракон», позволяющую оценить одну из форм ингибиторного контроля. В 8 лет, мы применяли две методики в сочетании с анализом вызванных потенциалов. Первая непосредственно оценивает ингибиторный контроль (так называемая методика «Go-No-Go»), а вторая — мониторинг ответа (фланговая задача). Мы также заимствовали некоторые задания из автоматизированной батареи нейропсихологических тестов, которые ранее широко использовал Чарльз Нельсон[17]. Ниже мы обсудим каждую из этих методик отдельно.

Ингибиторный контроль в возрасте 54 месяцев: Медведь-Дракон

Способность ребенка подавлять доминантную двигательную реакцию развивается в дошкольном возрасте и считается основой для адаптивного социального поведения, а также поведения, необходимого для обучения. Доминантная реакция есть тенденция повторять двигательный акт, который уже использовался в задании раньше. Примером может служить такой опыт: требуется много раз подряд нажимать на левую из пары кнопок, и вдруг потребовалось нажать на правую. В литературе, посвященной влиянию на детей проживания в учреждении, дефицит внимания и гиперактивность описываются в качестве распространенного явления. Потому нам было интересно оценить уровень ингибиторного контроля у детей в дошкольный период. Мы использовали задачу, предложенную Гражиной Кочанской (Grazyna Kochanska), психологом, специалистом по развитию из Университета Айовы. Это адаптация детской игры «Саймон говорит»[18].

В задании «Медведь-Дракон» используются куклы медведя и дракона. Ребенок проинструктирован, что он должен делать все, чего требует медведь (например, дотронуться до носа), и игнорировать требования дракона. Дается 20 попыток, 10 с медведем и 10 с драконом. Мы считали количество правильных ответов в обоих видах испытаний и обнаружили, что институциализированные дети следовали указаниям медведя, показывая, что они понимают правила, хотя и не подавляли ответы на требования дракона.

Дети из приемных семей выполняли это задание значительно лучше, хотя и не так хорошо, как дети того же возраста из контрольной группы. Таким образом, представляется, что дети, оставшиеся в учреждениях (группа CAUG), демонстрируют самый слабый ингибиторный контроль, дети из контрольной группы (NIG) — самый высокий, а дети из приемных семей (FCG) находятся где-то посередине. Этот последний вывод соответствует нашим результатам по всему спектру измерений: во многих случаях помещение в приемную семью дает толчок развитию ребенка, хотя и не позволяет ему догнать детей, никогда не проживавших в учреждениях (NIG). Во всяком случае, это не происходит в возрасте до 8 лет.

Ингибиторный контроль в 8 лет (Go-No-Go)

Ингибиторный контроль, играющий важную роль в процессе обучения, а также в двух элементах школьного успеха (когнитивном — способность сидеть за столом и, не отвлекаясь, делать свою работу; и социальном — способность подавить желание сказать что-нибудь обидное другому), представлял для нас особый интерес, учитывая высокий уровень СДВГ (синдром дефицита вни-

мания и гиперактивности), который наблюдается среди институциализированных детей (см. главу 11).

Ингибиторный контроль — это способность сдерживать непосредственную реакцию на потенциально отвлекающие стимулы. Он постепенно усиливается в детстве, и это улучшение устойчиво связывают с развитием префронтальных кортикальных нейронных цепей[19].

У детей, проведших ранние годы в учреждениях, отмечаются нарушения регуляции поведения по широкому спектру исполнительных функций, имеющих отношение к ингибиторному контролю. Более того, здесь имеют особое значение факторы времени: младенцы, проведшие меньше времени в учреждении, лучше справляются с заданиями на ингибиторный контроль, чем дети, прожившие там дольше[20]. С дефицитом ингибиторного контроля связаны слабые достижения в школьном образовании в позднем детстве и низкие академические результаты у детей, живущих в системе группового ухода[21]. В США такие дети, будучи усыновлены, также больше подвержены риску отставания от их сверстников в школе, и им с большей вероятностью потребуется индивидуальный план обучения и дополнительные образовательные услуги[22]. Эти данные свидетельствуют о том, что окружение, в котором ребенок живет в раннем возрасте, оказывает устойчивое влияние на последующее развитие нейронных систем, участвующих в ингибиторном контроле.

При обследовании в 8-летнем возрасте мы использовали хорошо известную методику оценки ингибиторного контроля — задание Go-No-Go. Мы регистрировали время реакции, точность нажатия кнопок и связанные с событиями потенциалы[23]. Процедура начинается с многократного предъявления ребенку одного и того же стимула с инструкцией в каждом случае нажимать определенную кнопку (например, во всех случаях — «Go»).

Цель состоит в том, чтобы побудить ребенка реагировать каждый раз и быстро, чтобы у него сформировалась тенденция нажимать определенную кнопку (то, что психологи называют «доминантным откликом»). Затем мы предлагали ребенку чередующуюся последовательность стимулов Go и No-Go. Здесь нужно было нажимать кнопку, когда ребенок видит определенный стимул, и не нажимать, когда он другой. В нашем случае 70% попыток были «Go» — задания, в которых дети видели все буквы алфавита, кроме «X», и 30% — «No-Go», когда они видели «X» и не должны были нажимать кнопку.

В целом дети группы CAUG были менее точны и показали более длительные задержки вызванных потенциалов (замедленный нейронный отклик) по сравнению с детьми из группы FCG или контрольной группой NIG. Однако дети и в группе CAUG, и в FCG испытывали затруднения при выполнении заданий «No-Go». Это следует из одной определенной компоненты вызванных потенциалов — P3, — которая служит показателем сосредоточенности на задаче. По сравнению с группой CAUG приемные дети также показали лучшие значения компонента вызванных потенциалов, отражающих мониторинг ошибок — так называемая негативность, связанная с ошибками (ERN), и позитивность, связанная с ошибками (Pe). То есть они лучше контролировали свою работу и были более чувствительны к ошибкам.

Фланговая задача и Go-No-Go

Как уже отмечалось, двумя навыками исполнительных функций, которые могут быть особенно тесно связаны с риском психопатологии у детей, проживавших ранее в учреждениях, являются ингибиторный контроль и мо-

ниторинг ответа. Первый мы измеряли методикой Go-No-Go.

Мониторинг ответов (также называемый мониторингом ошибок) — это оценка собственных действий после их совершения. Этот особый навык работает в тандеме с другими навыками исполнительных функций, такими как ингибиторный контроль, сигнализируя о необходимости исправления поведения для достижения целей задания. Мы измеряли его методами Go-No-Go и фланговой задачи (см. ниже). Включение ингибиторного контроля и мониторинга ответов осуществляется префронтальной корой и передней поясной извилиной коры (ACC)[24].

Основным компонентом вызванных потенциалов, относящимся к мониторингу ответов, является негативность в отношении ошибок (ERN)[25]. По времени зависящий от отвечающего субъекта, ERN генерируется в передней поясной коре и считается оценочным сигналом к действию[26]. В исследовании усыновленных из-за границы детей М. М. Ломан (M. M. Loman) и его коллеги обнаружили, что и дети из приемных семей, и дети, всегда жившие в своих родных семьях, имели значительно более высокую нейронную реактивность по ERN по сравнению с ранее подвергшимися институциализации[27].

Фланговая задача оценивает способность детей реагировать на главную цель в окружении отвлекающих стимулов. В этом задании целевые стимулы состояли из стрелок, направленных вправо или влево. Дети должны были как можно быстрее и правильнее определять направление средней стрелки (вправо или влево), нажимая соответствующую кнопку. Конгруэнтные задания состояли из стимулов в одном направлении (> > > > > или < < < < <), тогда как в неконгруэнтных заданиях главная цель в ряду раздражителей была направлена в сторону, противоположную фланговым раздражителям (< < > < <

или > > < > >). Тест состоял из равного числа конгруэнтных и неконгруэнтных заданий, предъявляемых в относительно случайном порядке двумя блоками по 80 заданий (всего 160). В процессе выполнения теста мы записывали ЭЭГ, а затем связали его показатель со временем нажатия кнопки испытуемым, чтобы определить ERN.

Здесь обнаружилось кое-что интересное[28]. Дети из обеих экспериментальных групп (CAUG и FCG) показали нейронную реактивность по ERN, аналогичную детям из контрольной группы. Тем не менее величина ERN опосредовала отношение между институциализацией и результатами только для группы приемных детей. Дети из приемных семей, которые контролировали свою работу (то есть имели большие амплитуды ERN), демонстрировали меньше социоэмоциональных проблем по сравнению с приемными детьми, имевшими меньшие амплитуды ERN (т. е. хуже контролировавшими свою работу).

В совокупности эти результаты подтверждали гипотезу о том, что институциальный уход приводит к снижению эффективности ингибиторного контроля и контроля ошибок, а также о том, что помещение в приемные семьи может способствовать их восстановлению, по крайней мере, в рамках этого задания.

CANTAB — Кембриджская нейропсихологическая батарея

Показав, что воспитание в учреждении оказывает негативное влияние на ингибиторный контроль, мы решили выяснить, не может ли оно оказывать подобное влияние и на другие исполнительные функции. Для этого мы воспользовались тестами Кембриджской ней-

ропсихологической батареи CANTAB. Она представляет собой набор из более дюжины тестов, многие из которых заимствованы из экспериментальной литературы по нейропсихологии человека (например, пациентов с болезнью Альцгеймера) и экспериментальных животных. В результате, в отличие от обычной нейропсихологической батареи, используемой в клинических условиях, многие задания CANTAB имеют прицельную нейронную специфику. То есть исследования показывают, какие мозговые цепи участвуют в выполнении этих заданий. Все задания батареи CANTAB выполняются на сенсорном экране монитора, в виде игры, и не требуют от ребенка особенно сложных моторных или языковых способностей, что особенно удобно для работы с маленькими детьми[29].

Мы сосредоточились на следующих заданиях батареи CANTAB:

1. *Моторный скрининг-тест* — позволяет исследовать визуальные и моторные трудности, а также трудности понимания. Мигающий крестик появляется на экране в разных местах, а детям предлагается прикоснуться к нему как можно быстрее. Фиксируются точность и задержка ответа.

2. *Задержка в соотнесении с образцом.* В этом классическом тесте памяти ребенку показывают некий образец, а затем он должен выбрать, какой из четырех подобных образцов точно соответствует исходному объекту. Делается множество попыток; в некоторых первоначальный образец убирают, прежде чем предъявить тестовые стимулы, в других тестовые стимулы предъявляются с некоторой задержкой после образца. Фиксируются точность и задержка ответа.

3. *Обучение парными ассоциациями.* Это классический тест зрительной памяти и обучения новому. На экране показывают набор полей, некоторые из которых содержат простые рисунки (шаблоны). После небольшого перерыва, ребенок должен указать, где какой рисунок был расположен. Если ребенок ошибается, задание повторяют. Если он выполняет задание верно, ему показывают все большее число полей и рисунков. Фиксируются число завершенных этапов, число попыток и количество ошибок.
4. *Кембриджский чулок (SOC).* В этом задании на пространственное планирование ребенок должен скопировать рисунок, показанный на экране, перемещая цветные круги, по одному за раз, используя наименьшее количество ходов (см. рис. 7.2). Фиксируется число задач, решенных за минимальное количество ходов. Также фиксировались время задержки ответа и среднее значение сделанных перемещений. В верхней части рисунка 7.2 показано, как должен выглядеть конечный результат, и задача ребенка — воспроизвести этот шаблон, перемещая шарики, которые появляются на нижней панели. Перемещать можно только шарик, появляющийся поверх другого шарика. Время, необходимое ребенку для планирования каждого хода, в сочетании с количеством ходов служат основными зависимыми переменными. Задания возрастают по трудности до 5-ходовой задачи.
5. *Пространственная рабочая память.* Здесь мы оцениваем способность ребенка сохранять пространственную информацию и манипулировать элементами рабочей памяти, находя жетоны, скрытые в боксах (квадратах) на экране. Ребенку говорят, что после того, как он найдет

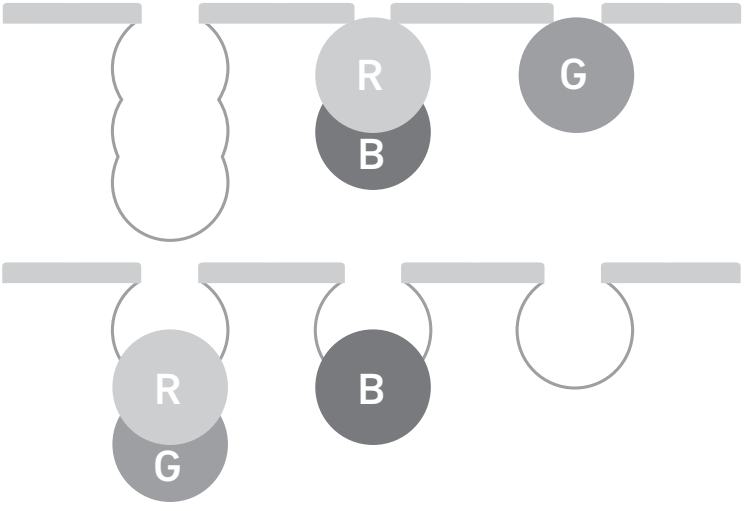

Рис. 7.2. **Тест «Кембриджский чулок» на пространственное планирование.** Ребенку дается задание повторить рисунок, показанный в верхней части экрана, манипулируя шариками в нижней части экрана. Перемещать можно только шарик, появляющийся поверх другого шарика. Здесь показан пример двухходовой задачи, которую можно решить, поместив красный шарик поверх голубого, а затем переместив зеленый шарик в крайнее правое положение (R=красный; B=голубой; G=зеленый).

жетон в коробке, в ней уже больше не будет никаких жетонов. По мере развития теста ребенку предъявляется все большее число коробок и жетонов. Зависимые переменные включают совокупный балл за стратегию, отражающий способность ребенка к организованному поиску элементов, а также число ошибок на каждом этапе. По большей части дети с удовольствием выполняют эти задания, хотя у некоторых с большей степенью когнитивных трудностей эти тесты могут вызывать фрустрацию.

Что же мы обнаружили?[30] Во-первых, мы не наблюдали существенных различий по моторному скрининг-тесту между прежде институциализированными детьми и никогда не жившими в учреждениях. Это было по-настоящему хорошей новостью, поскольку предполагало, что основная способность, измеряемая этой батареей заданий, сохранилась (то есть способность следовать инструкции, находить цель пальцем на экране, нажимать соответствующую кнопку и т. д.). Во-вторых, и это очень печально, мы по существу не обнаружили никаких различий ни по одному заданию между группами детей, проживавшими в учреждении (группа CAUG) и в приемных семьях (FCG). В основном все они показали худшие результаты, чем контрольная (NIG), по всем остальным заданиям Кембриджской батареи (опять-таки кроме моторного скрининга). То есть мы не обнаружили эффекта ни от самого вмешательства, ни от его временных характеристик. Это, конечно, говорит о том, что институциализация негативно сказалась на выполнении таких заданий и что наше вмешательство не оказало положительного влияния на это.

В совокупности получается, что «когда-либо подвергавшиеся институциализации» дети склонны к снижению памяти и исполнительных функций по сравнению с никогда не институциализированными детьми. Более того, помещение такого ребенка в приемную семью, похоже, не улучшает положения в этих областях, за исключением ингибиторного контроля. Как можно объяснить эти результаты?

Во-первых, как указано выше, средний возраст при помещении детей в приемные семьи составлял 22 месяца. То есть может оказаться, что нейронные цепи, лежащие в основе памяти (например, гиппокамп) и исполнительных функций (префронтальная кора), уязвимы к формам депривации, связанным с институциальным уходом. Это нас несколько удивило, особенно в отно-

шении цепей памяти, которые, как полагают, не имеют узко определенных сензитивных периодов, а, наоборот, более зависят от опыта. Однако если наблюдаемые эффекты вызваны ранним нарушением архитектуры гиппокампа и префронтальных отделов, то тот факт, что вмешательство не улучшило результаты, говорит об относительном отсутствии пластичности в этих схемах, а также о раннем закрытии сензитивного периода.

Во-вторых, могло иметь место и нарушение развития этих схем до помещения детей в учреждения. Это объяснило бы, как низкие результаты, наблюдаемые среди группы детей из приемных семей (FCG), независимо от возраста на момент перевода, так и отсутствие различий между группами детей из учреждений (CAUG) и приемных семей (FCG). Тем не менее проверить это предположение мы не можем, имея слишком мало информации о пренатальном периоде жизни детей, участвующих в проекте. Но если это правда, то предположение о том, что дети, оказавшиеся в детских домах, чем-то отличаются от тех, кто остается в семьях, подтверждается.

В целом дети, когда-либо проживавшие в учреждениях, демонстрируют проблемы с памятью и исполнительными функциями. Более того, мы, похоже, не можем решить эти проблемы простым помещением детей в высококачественную приемную среду (за исключением ингибиторного контроля, который у детей в приемных семьях улучшился).

Язык

У типично развивающихся детей язык появляется в течение первых двух лет жизни. Младенцы начинают выражать себя гулением и плачем, переходя в начале первой

половины первого года жизни к лепету. К концу первого года жизни большинство младенцев произносят первые слова, и, начиная примерно с 18–24 месяцев, происходит взрывообразное развитие словаря. В это же время формируется базовая структура родного для ребенка языка, хотя изучение его правил еще потребует времени и практики.

Понимание языка у ребенка возникает еще до того, как он начнет говорить. Многое из того, что мы знаем об условиях или опыте, важных для развития как рецептивного, так и экспрессивного языка, связано с тем, что именно ребенок слышит, как часто и насколько богат языковой поток. Действительно, изучение детей, растущих в разных социально-экономических условиях, показало, что их способность к экспрессивному языку зависит от того, насколько часто родители разговаривают с ними, и что условия жизни, как правило, оказывают влияние на целый спектр нейрокогнитивных функций[31]. Важную роль играет язык и в социальном и эмоциональном развитии детей. То, как взрослые используют язык, чтобы утешить и успокоить ребенка или перенаправить его внимание, является важным фактором становления способностей социальной и эмоциональной регуляции. Именно в этом контексте мы и оценивали языковые способности детей в нашем проекте BEIP.

Существует не так много стандартизированных процедур для оценки языковых навыков младенцев и маленьких детей, да и те, что есть, часто полагаются на отчеты воспитателей. Мы использовали шкалу REEL (ранний рецептивно-экспрессивный язык) для оценки языковых способностей, когда дети еще жили в учреждении. По двум основным субшкалам — экспрессивному и рецептивному языку — мы обнаружили, что дети, жи-

вущие в учреждениях, судя по отчетам их воспитателей, имели значительные задержки по всем показателям[32].

Нашему проекту очень повезло привлечь к сотрудничеству Дженнифер Виндзор (Jennifer Windsor), в то время заведовавшую кафедрой речи и слуха Университета Миннесоты. Она провела немало времени, изучая фактические языковые способности детей в нашем проекте. Например, при обследовании в 30 месяцев она отобрала 40 детей: 10 были из группы, проживающей в учреждении (CAUG), 10 — из контрольной группы (NIG) и 20 — из группы помещенных в приемные семьи (FCG)[33]. Половина из этих 20 к этому времени находились в приемных семьях уже по меньшей мере 12 месяцев, а вторая половина только что поступила в них (в среднем 2,3 месяца). Дженнифер получила примерно 10-минутную видеозапись взаимодействия каждого ребенка со взрослым и запротоколировала все детские высказывания в них. На этих примерах она показала, что дети, живущие в учреждениях и недавно помещенные в приемные семьи, гораздо менее продуктивны и лексически, и грамматически. Напротив, дети, находившиеся в приемных семьях не менее 12 месяцев, не отличались от контрольной группы. При этом средняя длина фразы детей из контрольной группы была больше, чем даже у детей, проживших в приемных семьях продолжительное время. Обследование по экспрессивной и по рецептивной шкалам REEL дало аналогичные результаты.

Мы повторили оценку языка, когда детям проекта было 42 месяца. При этом обследовании была использована шкала экспрессивного и рецептивного языка Рейнелла (Reynell Scales). Она содержит как пункты для оценки экспрессивного языка (например, называние объектов, использование грамматики), так и пункты для оценки рецептивного языка (например, узнавание объектов,

следование инструкциям). Два говорящих по-румынски специалиста определили, какие субтесты из каждой шкалы целесообразно использовать с детьми. Кроме того, мы случайным образом отобрали группу из 63 детей, по которым у нас были видеозаписи их взаимодействия со взрослыми. Они были транскрибированы и рассмотрены по параметрам измерения языковой сложности.

В этом исследовании были получены две группы важнейших результатов[34]. Во-первых, дети, помещенные в приемные семьи до 15 месяцев, в возрасте 42 месяцев ничем не отличались от своих сверстников из контрольной группы ни по одному из параметров рецептивного и экспрессивного языка. Во-вторых, дети, помещенные в наши приемные семьи в возрасте от 15 до 24 месяцев, показали значительное улучшение и экспрессивных, и рецептивных элементов языка (хотя и не такое сильное, как те, что оказались в приемных семьях до достижения 15 месяцев). Обнаружилась тесная корреляция между оценкой языкового развития и возрастом помещения в приемную семью. Кроме того, линейная зависимость между оценкой развития языка и возрастом помещения в семью уже не наблюдается после 24 месяцев. То есть дети, помещенные в семьи после 24 месяцев, показали слабые результаты по языковым тестам.

Мы снова обследовали детей в возрасте 8 лет. В этот раз мы использовали 4 параметра экспрессивного языка, включая повторение слов с «не» и предложений, идентификацию написанных слов и среднюю длину высказывания из спонтанной языковой выборки. Все задания и стимулы разрабатывались совместно с носителями румынского языка. Обнаружилось, что при всех изменениях в статусе и размещении участников проекта, произошедших к этому времени, дети, изначально помещенные в приемные семьи, использовали более

длинные предложения, лучше повторяли и идентифицировали написанные слова. Дети, помещенные в приемные семьи к 2 годам, имели значительные преимущества в идентификации слов и повторении слов с «не». А те, кто оказался в приемной семье к 15 месяцам, показали такие же результаты, что и их сверстники из контрольной группы.

Эти результаты проливают свет на ряд вопросов, касающихся важности раннего опыта в возникновении языка. Во-первых, они подтверждают, что жизнь в учреждении оказывает глубокое воздействие на языковое развитие детей. Во-вторых, они подчеркивают важность фактора времени помещения в более благоприятные условия для восстановления языкового развития[35]. Человеческий мозг, вероятно, ждет поступления коммуникативной информации через слух. И это ожидание может быть связано с возникновением нейронных цепей в височной коре, поддерживающих восприятие языка, и во фронтальной коре — обеспечивающих развитие экспрессивных языковых возможностей. И, наконец, полученные результаты подтверждают представление о том, что достаточно раннее помещение в приемную семью позволяет преодолеть серьезное отставание в развитии языка и речи.

В таблице 7.2 сведены полученные нами данные о влиянии выбранного метода вмешательства и его временных характеристик на развитие когнитивных и языковых навыков у детей. Как видно из нее, в некоторых областях мы наблюдали и влияние самого метода, и его временных характеристик (например, язык, IQ), в то время как в других не наблюдалось ни то, ни другое (например, нейропсихологические показатели). Эта неравномерность развития по разным областям будет темой, к которой мы еще не раз обратимся в следующих четырех главах.

Таблица 7.2. Влияние вмешательства и его временных характеристик на когнитивные, языковые и исполнительные функции

Область оценивания	Обследование								
	42 мес.			54 мес.			8 лет		
	Влияние вмешательства	Влияние временных характеристик вмешательства	Возраст	Влияние вмешательства	Влияние временных характеристик вмешательства	Возраст	Влияние вмешательства	Влияние временных характеристик вмешательства	Возраст
Когнитивные функции	да	да	24 мес.	да	да	24 мес.	да	умеренное	26 мес.
Язык	да	да	15 мес.		Не оценивалось		да	да	24 мес
Нейропсихологические функции									
Медведь-Дракон		Не оценивалось		да	нет	–		Не оценивалось	
Пространственное упорядочение		Не оценивалось			Не оценивалось		да	нет	–
Go-No-Go		Не оценивалось			Не оценивалось		да	нет	–
Негативность к ошибкам	нет	нет	–		Не оценивалось			Не оценивалось	
Фланкер-тест		Не оценивалось			Не оценивалось		да	нет	
CANTAB		Не оценивалось			Не оценивалось		нет	нет	–

Заключение

В целом мы получили чрезвычайно тревожные результаты, касающиеся когнитивного развития. Дети, остающиеся в учреждении, испытывают значительное снижение и задержку развития по всем аспектам познания, языка и речи. У них снижается интеллектуальная функция, как следует из тестов IQ. Они показывают недостаточность как исполнительных функций, так и памяти, и демонстрируют серьезное отставание в языке. И напротив, дети, помещенные в приемные семьи, особенно до достижения ими 2 лет, показывают значительное улучшение как IQ, так и языка и речи, хотя и не достигают уровня развития детей из контрольной группы. Наконец последнее, и самое печальное, что все дети, когда-либо жившие в учреждениях, показывают недостаточность различных исполнительных функций — проблема, которую мы в большинстве случаев так и не смогли преодолеть, поместив детей в приемные семьи (независимо от возраста, в котором это произошло). Мы еще вернемся к этому факту в главе 12 при обсуждении сензитивных периодов.

Глава 8

Жизнь в учреждении в первые годы жизни и развитие мозга

Именно этот потенциал пластичности мозга, состоящего из довольно одинаковых звеньев нервной системы, наделяет каждого из нас индивидуальностью.

Эрик Кандель. *Принципы науки о мозге*

Главным фокусом нашего исследования стало изучение влияния тяжелой психосоциальной депривации на развивающийся мозг, а также возможные изменения в его структуре и функционировании при переводе ребенка из неблагополучной среды учреждения в приемную семью. Мы также надеялись выяснить, влияет ли время проведения такого вмешательства на его результаты, т. е. существует ли такой период развития, когда вмешательство будет наиболее эффективным? Для изучения этих вопросов мы использовали методы нейровизуализации, приемлемые для младенцев и маленьких детей, — электроэнцефалографию и ее разновидность, позволяющую фиксировать вызванные потенциалы. Выбор именно этих методов был обусловлен тем, что двое из нас

(Нельсон и Фокс) уже имели значительный (более двух десятилетий) опыт использования ЭЭГ. Кроме того, стоимость процедуры снятия ЭЭГ была достаточно низкой. К тому времени, как детям исполнялось 8 лет, нам стала доступна магнитно-резонансная томография (МРТ), что позволило при обследовании в этом возрасте выполнить также и визуализацию структур мозга. Таблица 8.1 показывает использованные нами процедуры, а таблица 8.2 — временные эффекты, выявленные в каждой из них. Прежде чем рассказывать об использовании этих измерений в нашем исследовании, необходимо дать хотя бы краткие пояснения по нейроанатомии и ЭЭГ.

Белое и серое вещество

Мозг содержит миллиарды клеток, которые можно грубо разделить на нейроны и глиальные клетки. Первые существуют во множестве разновидностей, названия которых происходят главным образом от их формы (например, пирамидальная клетка, клетка-канделябр и т. д.). Нейроны являются центрами обучения, памяти и коммуникации. Глиальные клетки, численно превосходящие нейроны в 10 раз, также бывают разных видов (одни производят миелин, жиросодержащее вещество, покрывающее аксоны нейронов; другие помогают удалить отходы деятельности мозга). Клеточные тела нейронов вместе со всеми формами глии образуют так называемое «серое вещество», хорошо видимое на МРТ мозга. Аксоны — длинные отростки, имеющиеся у некоторых нейронов — в зависимости от их положения в мозге могут быть, а могут и не быть покрыты миелином. Миелин помогает увеличить скорость передачи информации по нервным волокнам, а на МРТ выглядит белым — отсюда

Таблица 8.1. Измерительные методы, использованные при изучении фукций и структуры мозга

Метод	Параметр	Возраст при обследовании				Источник данных
		Базовое	30 мес.	42 мес.	8 лет	
Электроэнцефалография (EEG)	Связность	X	X	X	X	Обследование ребенка
	Мощность	X	X	X	X	Обследование ребенка
	Локализация	X	X	X	X	Обследование ребенка
Вызванные потенциалы (ERP)	Мать/незнакомец	X	X	X		Обследование ребенка
	Различение эмоций по лицу	X	X	X	X	Обследование ребенка
	Тест Go-No-Go				X	Обследование ребенка
	Фланкер-тест				X	Обследование ребенка
Магнитно-резонансная томография (МРТ)	Структуры мозга				X	Обследование ребенка

Таблица 8.2. Влияние метода, возраста и длительности вмешательства на структуру и функции мозга

	Обследования					
	42 мес.			8 лет		
	Эффект метода	Эффект времени	Когда обнаружен	Эффект метода	Эффект времени	Когда обнаружен
Электроэнцефалография (EEG)						
Мощность	нет	нет	нет	да	да	24 мес.
Связность	нет	нет	нет		Не проанализирована	
Локализация	нет	нет	нет	нет	нет	—
Вызванные потенциалы (ERP)						
Распознавание знакомого/незнакомого лица	нет	нет	—		Не оценивалось	
Распознавание эмоций по лицу	нет	нет	—	Да (поведение)	нет	—
Тест Go-No-Go		Не оценивался		Да (поведение)	нет	—
Магнитно-резонансная томография (МРТ)		Не оценивался		нет	нет	—

и название «белое вещество». Таким образом, этот термин относится к частям мозга, которые содержат миелин (а он всегда покрывает только аксоны), а «серое вещество» — практически ко всему остальному.

Основным инструментом взаимодействия нейронов являются синапсы. Существуют различные их типы, но, возможно, наиболее общий случай — это синапс, связывающий дендрит одного нейрона с аксоном другого. Мозг содержит триллионы синапсов, каждый из которых, по существу, представляет собой электрическую связь между нейронами, осуществляющуюся благодаря химическим веществам (нейротрансмиттерам), высвобождаемым в пространство между аксоном и дендритом. Информация передается в виде электрического импульса по аксону одной клетки в дендрит другой, связанной с ней. Если аксоны покрыты миелином, они передают электрические импульсы быстрее, чем непокрытые.

Часто встречающийся тип нейрона в головном мозге имеет форму пирамиды и называется пирамидальной клеткой. Электрическая активность, генерируемая в синапсах пирамидальных клеток, распространяется через пространство, которое окружает нейроны, так называемое межклеточное пространство, и доходит до поверхности мозга. Эта активность может быть зафиксирована датчиками — электродами, — размещенными на поверхности головы. Проведение такой записи называют снятием электроэнцефалограммы (ЭЭГ). При обсуждении ЭЭГ необходимо подчеркнуть несколько важных моментов. Во-первых, при возникновении сигналов в головном мозге, их величина составляет милливольты, а к тому времени, когда они достигают поверхности черепа, пройдя через ткани мозга и межклеточное пространство, она уже измеряется микровольтами. Следовательно, их необходимо усилить (то есть увеличить их напряжение).

Во-вторых, сигналы, которые снимаются с волосистой части головы, несут с собой не только информационные сигналы от нейронов, но и сигналы от других физиологических процессов, таких, как сердечный ритм и терморегуляция. Следовательно, они должны быть отфильтрованы таким образом, чтобы нужный сигнал выделялся на фоне постороннего шума. В-третьих, из-за того, что они проходят через внеклеточное пространство (а не по синаптическим путям), трудно сделать однозначный вывод об их происхождении, когда они записываются с поверхности волосистой части головы (а не внутри самого мозга). Таким образом, ЭЭГ имеет относительно низкое пространственное разрешение. Наконец, записываемый ЭЭГ-сигнал, является достаточно сложным и содержит множество различных частот. Как правило, используются непростые инструменты обработки сигнала, помогающие разложить его на составляющие частотные ритмы — альфа, бета, дельта и т. д. Долгое время считалось, что каждый ритм отражает определенный тип функции — например, альфа-ритм связан с сознанием, но не с активной когнитивной обработкой, тогда как бета-ритм ассоциирован именно с ней[1].

Электроэнцефалограмма

Одной из первых проблем, с которой мы столкнулись, было оборудование лаборатории для проведения ЭЭГ. Определившись с местом в одном из учреждений, где мы формировали нашу выборку, нам надо было закупить оборудование в Соединенных Штатах, привезти его в Румынию, установить, а затем обучить сотрудников работе с ним. На этом этапе проекта важную роль сыграл Питер Маршалл, в настоящее время профессор

психологии в Университете Темпл, который руководил и строительством лаборатории ЭЭГ, и обучением сотрудников в Бухаресте. На протяжении первых нескольких лет проекта Питер также постоянно контролировал сбор данных, чтобы обеспечить их корректность.

ЭЭГ регистрирует электрическую активность миллиардов нейронов, составляющих мозг. Для записи этой активности мы использовали эластичную шапочку из лайкры с вшитыми в нее оловянными электродами. На голове ребенка с помощью геля отмечалось 16 небольших областей для снятия сигнала (гель аккуратно наносился на кожу тупым концом маленькой деревянной палочки). Затем на этот участок наносилось небольшое количество гипоаллергенного проводящего вещества, которое обеспечивало контакт с кожей головы (на рис. 8.1 показан участник исследования в шапочке). Электроды улавливали электрическую активность, которая распространялась от мозга к поверхности кожи головы. Затем эти сигналы усиливались и фильтровались, чтобы избавиться от электрической активности не связанной с работой нейронов, такой, например, как сердечные сокращения, терморегуляция и фон от находящегося поблизости электрического оборудования. Эта процедура используется со взрослыми с 1920-х годов, а с детьми — с 1930-х. ЭЭГ, являясь абсолютно неинвазивным и безболезненным методом, обеспечивает измерение электрической энергии, генерируемой в головном мозге на определенных частотах.

Первые ЭЭГ мы записали еще до рандомизации, пока все дети жили в учреждениях. После нее мы снова записали ЭЭГ в возрасте 30 и 42 месяцев. Дети при этом наблюдали увлекательную и красочную картинку — вращение разноцветных шаров в коробке для подарков (цель состояла в том, чтобы привлечь и задержать внимание ребенка на несколько минут и минимизировать движения).

Рис 8.1. Система записи ЭЭГ, которая использовалась в первые 8 лет проекта. Желтая лайкровая шапочка содержит маленькие сенсоры, контактирующие с кожей головы и таким образом позволяющие исследователю записать ЭЭГ (фото Чарльза Нельсона)

Сложный ЭЭГ-сигнал включает в себя множество различных колебательных процессов, имеющих специфические частоты и амплитуды. От очень медленной высокоамплитудной активности, связанной со сном, до очень

быстрой низкоамплитудной активности, связанной со сложной обработкой информации. Эти различные колебания могут быть разбиты на отдельные частотные полосы: альфа-ритм, который мы связываем со вниманием к сенсорному опыту (например, глаза открыты и смотрят на шары в коробке); бета-ритм, который мы связываем со сложной когнитивной деятельностью (например: «Эй, это была семерка — то число, которое я только что видел?»), и тета-ритм, который может быть вызван в ответ на некоторые эмоциональные аспекты или выполнения заданий на память, но чаще связан с задержкой развития по сравнению с альфа- или бета- и дельта-ритмами, связанными со сном.

Каждый из этих частотных диапазонов имеет отличительную «подпись». Например, нас особенно интересовал бета-ритм (13–20 Гц), альфа-ритм (6–9 Гц) и тета-ритм (3–5 Гц). В течение первых 3 лет жизни представленность альфа- и бета-ритмов в записи ЭЭГ увеличивается, а тета-ритма уменьшается[2]. Считается, что изменения амплитудного и частотного распределения ЭЭГ с возрастом отражают развитие структурной целостности проводящих путей белого вещества, что опять-таки способствует ускорению передачи электрической активности. По мере линейного роста белого вещества на протяжении детства линейно растет и процент альфа-ритма в записи ЭЭГ. Увеличение вклада альфа- и бета-ритмов, в сочетании с уменьшением вклада тета-ритма, связывают с ростом зрелости коры и усилением произвольного внимания[3]. ЭЭГ можно считать показателем целостности связей клеток головного мозга и одним из способов отслеживания созревания его коры.

При базовом обследовании мы обнаружили большие различия в мощности ЭЭГ в некоторых частотных диапазонах между детьми, живущими в учреждениях, и кон-

трольной группой. У первых было больше медленной активности (тета-ритм) и меньше высокочастотной активности (альфа- и бета-ритмы), чем у вторых[4]. Это выглядело так, как будто кто-то включил глушитель высокочастотной электрической активности (альфа- и бета-ритмов) у детей, живущих в детском доме, и усилил менее зрелую активность мозга (тета-ритм). Этот профиль ЭЭГ сохранялся на всем начальном этапе вмешательства.

На рисунке 8.2 показано соотношение тета-ритма и альфа-ритма при базовом обследовании детей, проживающих в учреждениях, в сравнении с детьми в кон-

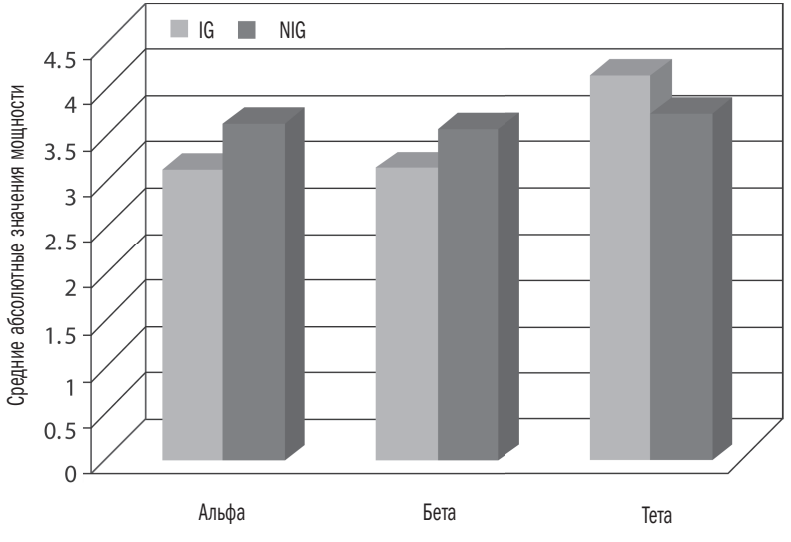

Рис. 8.2. Средняя абсолютная мощность ЭЭГ по трем частотным диапазонам у детей, находящихся в учреждениях (IG, записаны при базовом обследовании), и детей, живущих в семьях, из контрольной группы (NIG). Видно, что дети из учреждений показывают менее зрелую мозговую активность, судя по меньшей мощности альфа- и бета-ритмов и большей мощности тета-ритма

трольной группе. Этот рисунок позволяет количественно сравнить мозговую активность на ЭЭГ в трех частотных диапазонах (мощность альфа-, бета- и тета-ритма) для детей, проживающих в учреждениях, и контрольной группы живущих в семьях. Бросается в глаза, что у детей из учреждений значительно меньшая энергетическая мощность альфа- и бета диапазонов и больше в тета-диапазоне, нежели у детей из контрольной группы.

Дети, живущие в учреждениях, показывают меньшую мощность альфа- и бета-ритмов, а дети из контрольной группы, напротив, как правило, высокую.

Естественно, мы записывали ЭЭГ и на последующих этапах исследования. Эффект вмешательства к 42 месяцам оказался относительно слабыми. То есть, несмотря на отсутствие различий между группами FCG и CAUG, мы обнаружили умеренную корреляцию между мощностью электрической активности и продолжительностью пребывания детей в приемных семьях[5]. К тому времени дети группы FCG находились там уже около 4 лет. К 8 годам записи ЭЭГ у этих детей показали выраженный эффект как самого вмешательства, так и серьезную его зависимость от возраста перевода ребенка в приемную семью и длительности проживания в ней[6]. Картина мозговой активности у детей, помещенных в приемные семьи в возрасте до 2 лет, ничем не отличалась от данных детей, никогда не проживавших в учреждения (см. рис. 8.3). Дети, выведенные из учреждений в возрасте до 2 лет, показывали более высокий уровень зрелой альфа-активности и более низкий менее зрелой тета-активности. Они также имели более выраженную высокочастотную бета-активность по сравнению с детьми, оставшимися в учреждении. Так же как и в случае с влиянием на мощность альфа-ритма, эффект самого вмешательства и его временных характеристик в возрасте 8 лет

выявился и в отношении влияния на мощность альфа-ритма.

Данные, полученные в 8 лет, от лобных, центральных, теменных, затылочных и височных отведений электро-

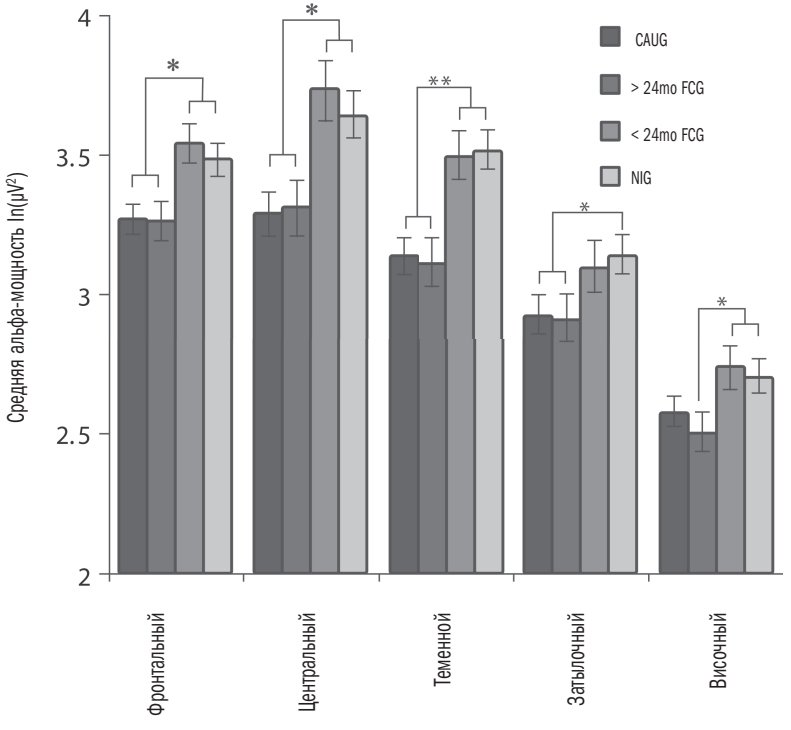

Рис. 8.3. Средняя мощность альфа ритма в возрасте 8 лет для четырех групп детей: помещенных в приемные семьи до достижения 24 месяцев; помещенных в приемные семьи в возрасте старше 24 месяцев; по результатам рандомизации оставшиеся в учреждении и контрольной группы местных детей. Здесь видно, что дети, помещенные в приемные семьи до достижения 24 месяцев, ничем не отличаются от контрольной группы, а дети, помещенные в приемные семьи после достижения 24 месяцев, дают картину, схожую с детьми, по результатам рандомизации оставшимся в учреждении

дов ЭЭГ, показывают, что дети, помещенные в приемные семьи до 24-месячного возраста, ничем не отличаются от контрольной группы. А начавшие жить в семье позже дают картину, схожую с детьми, оставшимися в учреждении.

Эти результаты позволяют сделать два важных вывода. Во-первых, вероятно, существует сензитивный период в развитии нейронных структур. Он и лежит в основе повышенной мощности альфа-ритма на ЭЭГ и необходим для их восстановления. При улучшении окружающей среды до достижения детьми двухлетнего возраста видны положительные изменения. Во-вторых, хотя такое «догоняющее развитие» стало возможным благодаря помещению детей в приемные семьи до достижения ими двухлетнего возраста, для этого потребовались годы пребывания в приемной семье.

ЭЭГ, записанные в 30 и 42 месяца, показывали очень небольшие изменения от исходного уровня. Конечно, поскольку средний возраст детей при помещении в приемные семьи составлял 22 месяца, то средняя продолжительность вмешательства к возрасту 30 месяцев составляла лишь 8 месяцев, а к 42 — 20 месяцев. Мы подумали, что, возможно, этого оказалось недостаточно, чтобы повлиять на активность мозга. К 8 годам дети пережили и помещение в приемную семью, и другие жизненные события, которые, возможно, способствовали изменениям в мозге, особенно у тех, кто попал в семьи раньше. Таким образом, эффект вмешательства и его временные рамки могут отражать тонкое сочетание влияния возраста помещения в семью и продолжительности пребывания в ней. Другими словами, первоначальный период пребывания в семье в возрасте от 22 до 54 месяцев был достаточным для ускорения мозговой активности в группе FCG. Но время шло, и дети стали проводить больше

времени вне учреждения (как, например, ребенок из группы CAUG, изъятый из семьи органами по защите детей в возрасте 3 лет и позже воссоединенный со своей семьей). Последствия нового жизненного опыта начали влиять на развитие наряду с ранее пережитым.

Вызванные потенциалы (ERP)

ЭЭГ отражает непрерывную электрическую активность, генерируемую миллиардами нейронов, составляющих мозг. А связанный с событиями вызванный потенциал (ERP) представляет собой подкатегорию ЭЭГ. Если индивидууму регулярно, снова и снова, предъявляется некий стимул (например, изображение, звук, прикосновение), то электрическая активность мозга временно замыкается на этом стимуле. Отдельное предъявление в сочетании с коротким периодом регистрации реакции (около 1 секунды) составляет каждую попытку. Если усреднить эти попытки, то можно увидеть, как из фоновой ЭЭГ выделяется серия отклонений сигнала, называемых компонентами. Считается, что каждый из этих компонентов отражает особую лежащую в его основе нейронную и перцептивную/когнитивную операцию, обладающую собственной уникальной функциональной значимостью. Компоненты имеют форму положительных и отрицательных «пиков и впадин» на графике сигнала, для которых используются следующие общепринятые обозначения: P обозначает положительный пик, а N — отрицательный (см. диаграмму 8.4). За P или N обычно следует число, которое выражает задержку (латентный период) в миллисекундах от момента предъявления стимула до возникновения пика. Например, P100 — это положительное или восходящее отклонение,

произошедшее примерно через 100 миллисекунд после предъявления стимула. Считается, что размер (амплитуда) компонента отражает синхронную активность большой популяции нейронов. То есть чем больше амплитуда, тем больше активность мозга. Латентный период служит показателем того, как быстро мозг выполняет работу, приводящую к данному компоненту. Чем меньше задержка (латентный период), тем быстрее (и эффективнее) обработка информации. Рис. 8.4 иллюстрирует вызванные потенциалы (ERP)[7].

Морфология компонентов вызванных потенциалов изменяется в процессе развития, и всегда сложно определить, является ли компонент, наблюдаемый во младен-

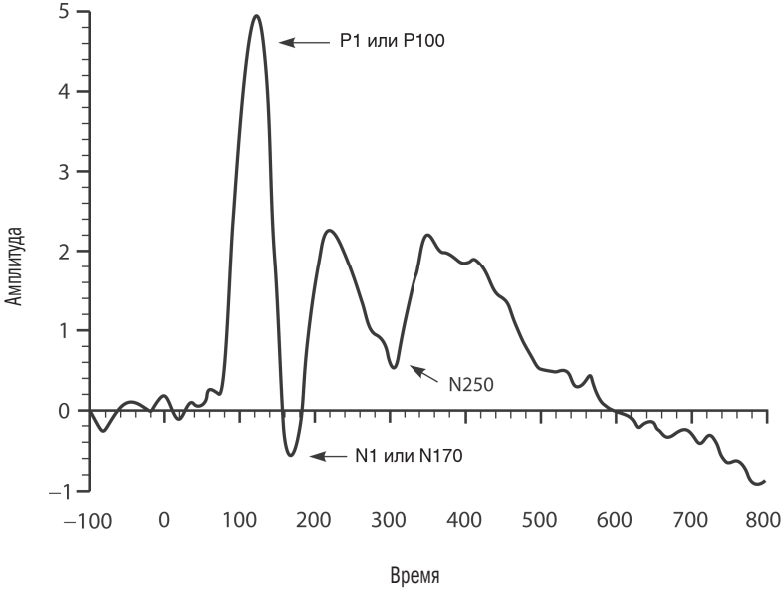

Рис. 8.4. Типичные вызванные потенциалы взрослого, записанные с височной и затылочной областей мозга

честве, тем же компонентом, который наблюдается во взрослом возрасте. Например, если взрослым предъявляются изображения лиц, они генерируют отрицательное (нисходящее) отклонение в сигнале ЭЭГ, которое происходит примерно через 170 мс после предъявления стимула. Считается, что это «N170» отражает выявление мозгом структурных свойств лица. Однако, несмотря на сложность опознания лиц в раннем возрасте, там нет N170; скорее есть 3 компонента, которые, похоже, демонстрируют некоторую чувствительность к лицам: P100, N290 и P400. N290 и P400, по-видимому, управляются теми же независимыми переменными (например, представлено ли лицо вертикально или перевернуто), что и N170, и, таким образом, считаются предшественниками развития N170[8].

Эти соображения имеют важное значение в контексте исследований, проведенных с использованием вызванных потенциалов, в проекте BEIP, так как нам удалось получить данные базовых обследований до 8 лет. В следующих разделах будут представлены несколько исследований, каждое из которых было предназначено для изучения разных вопросов и/или проверки определенных гипотез.

Вызванные потенциалы — реакция на знакомые и незнакомые лица

Особенности жизни в учреждении таковы, что опыт распознавания лиц у детей, находящихся там, довольно необычен по сравнению с детьми, растущими в семьях. Эти особенности включают, в частности, большое число детей, приходящихся на одного воспитателя, высокую текучесть кадров и весьма ограниченное взаимодействие взрослых и детей[9]. Эти факторы могут ограничивать опыт восприятия лиц взрослых. Возможно также,

что дети, живущие в учреждениях, знакомы с более ограниченным количеством выражений лица или имеют непропорционально больший опыт общения с людьми с некоторыми особыми выражениями лиц (такими, как отрицательные или нейтральные), по сравнению с детьми, растущими в типичных семьях. Несомненно, однако, что социальные взаимодействия, в ходе которых дети, живущие в учреждениях, видят лица, отличаются от тех, с которыми сталкиваются дети, воспитываемые в семье. Кормление является лишь одним из примеров. По всем этим причинам мы стремились рассмотреть 2 аспекта реакции детей проекта BEIP на лица: способность отличать знакомое лицо от незнакомого и умение определять разные выражения эмоций. Обе эти способности были оценены в начале исследования, а затем при более поздних обследованиях.

Чтобы ответить на эти вопросы, мы провели простой тест. Детям были представлены чередующиеся изображения лица их основного воспитателя и незнакомца, при этом записывались вызванные потенциалы. Сьюзан Паркер (Susan Parker), в то время студентка магистратуры Университета Миннесоты, а ныне профессор психологии в колледже Рэндольфа-Мейкона, курировала большую часть этой работы в начале проекта. Мы изучили ряд компонентов вызванных потенциалов по всем группам, как при базовом обследовании, так и в старших возрастах[10]. Ниже мы обсудим сначала результаты базового обследования, а затем — полученные в 30 и 42 месяца.

Данные базового обследования

В ходе базового обследования мы сделали 3 важных наблюдения. Во-первых, по всем рассмотренным компонентам вызванных потенциалов группа NIG продемонстри-

ровала гораздо большую амплитуду откликов, чем группа детей, находящихся в учреждениях (IG) (см. рис. 8.5).

Во-вторых, по критическому компоненту интереса — негативному, или NC, который отражает распределение внимания, — и дети из учреждений, и дети из контрольной группы показали одинаковую реакцию с более выраженным компонентом NC на лицо незнакомца по сравнению с лицом человека, ухаживающего за ними. В-третьих, для положительной медленной волны (PSW), отражающей уточнение памяти, дети группы IG показали отклик большой амплитуды на знакомое лицо (по сравнению с новым), тогда как дети группы NIG не показали никакой разницы в записанных вызванных потенциалах. В совокупности амплитудные различия, которые мы наблюдали между детьми групп IG и NIG, согласуются с тем, что мы видели на ЭЭГ. Кроме того, разница в PSW предполагает, что дети группы IG вни-

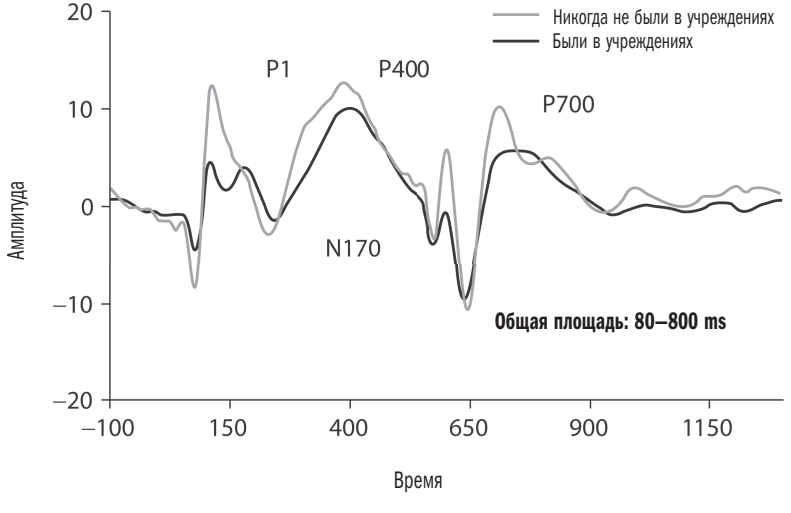

Рис. 8.5. Базовое обследование (затылочные компоненты)

мательнее всматривались в лица воспитателей, т. е. эти лица не были надёжно закодированы в их памяти, в то время как дети группы NIG одинаково реагировали как на знакомые, так и на незнакомые лица.

В целом снижение амплитуд среди детей группы CAUG согласуется с результатами ЭЭГ, рассмотренными ранее: у детей в учреждениях снижена электрическая активность мозга. Что касается различения лиц, то по одному компоненту (NC) группы CAUG и NIG дали одинаковые результаты, но для другого (PSW) результаты детей группы CAUG и группы NIG оказались совершенно различны. Это предполагает, что проживание в учреждении приводит к малым различиям в процессе формирования способности различения знакомых и новых лиц. Следующий вопрос заключался в том, сохранятся ли эти различия к обследованию в 42 месяца. Другими словами, если существуют незначительные различия в распознавании лиц на ранних этапах жизни, будут ли они увеличиваться с течением времени так, что окажутся более существенными?

Обследование, проведенное для определения эффектов вмешательства в 42 месяца, было идентично базовому обследованию: детям предъявлялись чередующиеся изображения лиц их воспитателя и незнакомца, при этом записывались вызванные потенциалы. Из результатов надо отметить следующее. Во-первых, как и при первоначальном обследовании, группа CAUG продемонстрировала заметно меньшие амплитуды вызванных потенциалов. Важно отметить, что в возрасте 42 месяцев только 20 детей все еще жили в учреждении, и все же, когда их данные были проанализированы, амплитуды этой группы все еще были заметно меньше. Таким образом, субкортикальные возбуждения, обнаруженные при базовом обследовании, сохранялись и в 42 месяца. Такое наблюдение

заставило предположить, что эта деятельность мозга является результатом раннего жизненного опыта (возможно, и пренатального), а не последующего. Во-вторых, по большинству компонентов группы CAUG и NIG показали очень похожие профили вызванных потенциалов при различении знакомого и незнакомого лица; а именно, большую амплитуду и меньшую задержку на чужое лицо, чем на знакомое. И опять, в соответствии с базовыми наблюдениями, это говорит о том, что (к нашему большому удивлению) раннее помещение в учреждение относительно мало влияет на различение лиц, обеспечивающих уход, по сравнению с незнакомыми лицами. То есть дети, живущие в учреждении, способны различать знакомые и незнакомые лица так же, как и дети, не имеющие опыта жизни в учреждениях. Это может объясняться относительно малым объемом информации, необходимой для нормального развития способности различать лица[11]. Возможно, для того чтобы нейронная схема, лежащая в основе распознавания лиц, развивалась типичным образом, достаточно просто находиться рядом с другими детьми и множеством воспитателей.

Наконец, мы заметили, что амплитуда ключевого по чувствительности к лицу компонента вызванных потенциалов — P1 — была больше среди детей группы FCG по сравнению с группой CAUG, хотя и не столь значительно, как с группой NIG (см. рисунок 8.6). Этот результат предполагает, что аспект обработки восприятия лица к 42 месяцам жизни в приемной семье начал нормализоваться. Такой вывод согласуется и с данными ЭЭГ о том, что помещение детей в семьи после рано пережитого опыта институциализации приводит к снижению субкортикального возбуждения, наблюдаемого при базовом обследовании детей группы CAUG. Интересно отметить, что никаких эффектов в зависимости от возраста

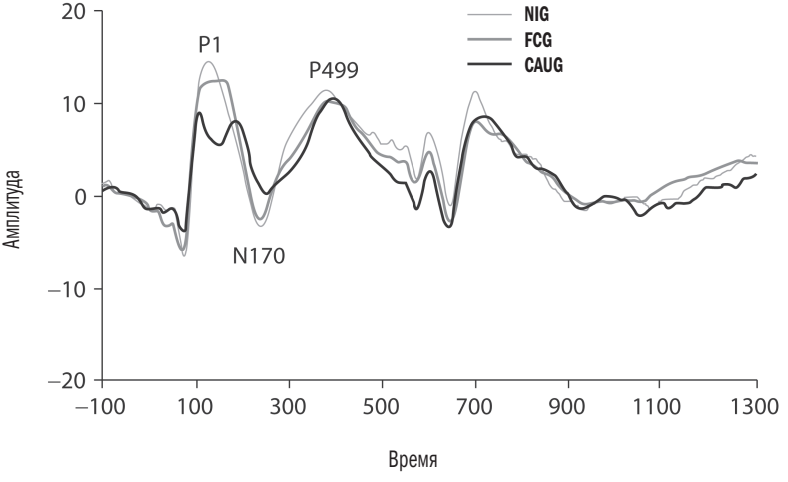

Рис. 8.6. Данные обследования в возрасте 30 месяцев: правый затылочный датчик (O2) регистрирует значительный всплеск усредненного вызванного потенциала

помещения в семью и длительности пребывания в ней не наблюдалось — значит, нормализация происходит независимо от этого.

Измерение вызванных потенциалов в возрасте 30 месяцев

Сравнение данных базового и более поздних обследований позволяет сделать несколько выводов. Во-первых, как и в случае ЭЭГ, дети группы CAUG продемонстрировали заметное снижение по всем компонентам вызванных потенциалов. Это кортикальное гиповозбуждение вызывает определенное беспокойство, поскольку предполагает, что мозг детей, живущих в учреждениях (и тех, кто провел первую часть своей жизни там, а затем попал в приемную семью), развивается не так, как мозг детей, живущих в родной семье. Здесь напрашивается параллель

с ранее приведенными данными о том, что у детей группы CAUG окружность головы растет не так быстро и не такими темпами, как у детей в группах FCG или NIG. Эта пара данных — о меньшем размере головы и сниженной мозговой активности — предполагает, что жизнь в учреждениях ведет к редукции нейронов, уменьшению количества синапсов и/или дезорганизации нейронных сетей. Каждое из этих последствий или все они вместе могут быть ответственны за снижение мозговой активности.

Во-вторых, в отличие от практически всех других эффектов, наблюдаемых в проекте BEIP, пребывание в учреждении, похоже, оказывает относительно незначительное влияние на способность ребенка отличать знакомые лица от незнакомых. Иными словами, только по одному компоненту и только при базовом обследовании дети, живущие в учреждениях, не отличались от детей, живущих в семьях, — обе группы отличали знакомое лицо от незнакомого. Это, в свою очередь, означает, что в учреждениях имеется достаточно информации для поддержки типичного развития нейронной схемы, лежащей в основе опознания лица. Конечно, остается невыясненным, насколько доступными для детей из группы CAUG окажутся более сложные формы опознания лиц в более позднем возрасте.

В-третьих, обнаружилось, что помещение детей в качественную приемную семью (независимо от того, в каком возрасте это происходит) приводит к почти полной нормализации мозговой деятельности, связанной с распознаванием лиц. Это наблюдение согласуется с данными ЭЭГ и позволяет надеяться, что вред, причиненный мозгу в результате пребывания в учреждениях, может быть частично компенсирован путем помещения в семью, по-видимому, независимо от возраста. Возможно ли полное восстановление при более позднем помещении ребенка в семью, еще предстоит выяснить.

Вызванные потенциалы — определение эмоций по выражению лица

Опыт может оказать мощное влияние на отдельные аспекты развития способностей по распознаванию лиц. Оно, скорее всего, является «ожидающим опыта и зависящим от деятельности процессом», в котором специализация коры направляется опытом восприятия лиц в течение первых лет жизни[12]. Особенно актуальными для проекта BEIP являлись исследования, в которых изучалось распознавание эмоций по выражению лица детьми, жившими в учреждениях с раннего детства и усыновленными впоследствии[13].

Дети, растущие в учреждениях, испытывают ряд социальных трудностей, таких как дефицит совместного внимания, неизбирательное поведение, ограниченные социальные навыки и сложные отношениях со сверстниками. Эти трудности могут быть вызваны нетипичной обработкой социальных стимулов, таких как выражение эмоций на лицах. Соответственно, изучение нейронных реакций на выражение эмоций на лице может привести к лучшему понимания социальных трудностей детей, растущих в учреждениях.

И при базовом обследовании, и позже мы использовали самый простой экспериментальный дизайн: младенцам/детям показывали 4 выражения лица — радостное, грустное, сердитое и испуганное — в исполнении одной и той же женщины. Все они появлялись одинаково часто, при этом мы записывали вызванные потенциалы.

Данные базового обследования

Вот что следует здесь отметить[14]. Во-первых, так же как и в задаче различения знакомых и незнакомых лиц, записи амплитуды всех компонентов вызванных потенциалов

у детей из группы IG получились значительно меньше, чем у детей из группы NIG. Этого и следовало ожидать, поскольку амплитуды мощности ЭЭГ были также снижены. Во-вторых, дети группы NIG показали большую амплитуду N170 при реакции на грустное лицо, в то время как у детей группы IG большая амплитуда N170 появилась в связи с испуганным выражением лица. Кроме того, дети групп NIG и IG продемонстрировали большие амплитуды P250 в ответ на грустное и испуганное выражения лица соответственно. Таким образом, по ранее обсуждавшимся компонентам N170 и P250 группы NIG и IG демонстрировали разные модели, выявляющиеся при записи вызванных потенциалов в ответ на разные выражения лиц, в частности, испуганное и грустное. Наконец, мы обнаружили межполушарные различия между группами, причем дети группы NIG проявляли большую правополушарную активность по нескольким компонентам вызванных потенциалов, а дети группы IG практически не показывали межполушарных различий. Отсутствие латерализации говорит о том, что дети группы IG проявляют меньшую кортикальную специализацию при распознавании эмоций, чем дети группы NIG. Этот вывод примыкает к другим нашим наблюдениям о снижении общей кортикальной активности — т. е. может оказаться, что специализация не развивается типичным образом из-за отсутствия нейронного субстрата, необходимого для ее существования.

Данные обследований на следующих этапах

Эта же экспериментальная схема была использована и после распределения детей в приемные семьи[15]. Как и при базовом обследовании, дети группы IG в 42 месяца показали заметно меньшие амплитуды и большие

задержки по компонентам P1, N170 и P400 по сравнению с детьми, растущими в семье (группа NIG). Кроме того, как и в задаче на различение знакомых и незнакомых лиц, в 42 месяца амплитуды и латентные периоды в записях вызванных потенциалов у детей, помещенных в приемные семьи, были промежуточными между группами CAUG и NIG. Это позволило предположить, что воспитание в семье может в какой-то мере сгладить негативные нейронные изменения, вызванные жизнью в учреждениях. При этом возраст, в котором дети были помещены в приемные семьи, никак не отразился на их результатах. Наконец, у детей из всех трех групп (CAUG, FCG и NIG) испуганные лица вызвали большую амплитуду и большую задержку реакции, чем радостные, по компонентам P250 и NC. Это последнее наблюдение согласуется с ранее проведенными исследованиями типично развивающихся детей, в которых показано, что пребывание в учреждениях, по-видимому, оказывает незначительное влияние на способность детей определять эмоции по выражению лица[16].

Таким образом, до 42 месяцев включительно мы увидели несколько различий в определении эмоций по выражению лица между детьми, живущими в учреждениях, и контрольной группой (NIG), хотя в целом они были не очень значительны. Как и в случае с задачей «знакомые-незнакомые лица», это говорит о том, что пребывание в учреждениях относительно мало нарушает способность визуально различать выражения лица и распознаванить эмоции[17]. Тем не менее мы наблюдали заметное снижение амплитуд всех компонентов вызванных потенциалов, которое было частично компенсировано помещением ребенка в семью. Этот вывод свидетельствует о снижении активности мозга, несмотря на неповрежденные навыки опознания эмоций по выражению лица.

Такое наблюдение может объясняться, например, слабой специализацией нейронной сети, лежащей в основе элемента «чтения» лица, у детей из группы IG/CAUG по сравнению с детьми из групп FCG и NIG вследствие ограниченности их опыта по восприятию лиц.

Вызванные потенциалы — оценка распознавания эмоций в возрасте 8 лет

Две задачи, обсуждавшиеся до этого момента, предъявляют относительно небольшие требования к высшим социально-когнитивным процессам. Нам было интересно, что обнаружится, если использовать более сложный тест на распознавание лиц, когда дети чуть подрастут. Другими словами, как они будут справляться с задачей, требующей от них распознавания эмоций по выражению лица, а не просто фиксации отличия одного выражения от другого?

Детям показывали сердитые, испуганные и нейтральные лица в исполнении восьми разных актрис[18]. Все выражения менялись одинаково часто. Ребенок должен был нажимать кнопку всякий раз, когда видит сердитое лицо. Во время этой процедуры, записывались вызванные потенциалы.

Отметим несколько интересных наблюдений. Во-первых, все 3 группы были одинаково точны в распознавании гнева, что свидетельствует об отсутствии различий в способности выполнения данного задания. Во-вторых, у всех трех групп были трудности в распознавании страха на лицах, что согласуется с замечанием о том, что эмоция страха является наиболее трудной для распознавания по выражению лица, а взрослая способность распознавать выражение страха не формируется вплоть до подросткового возраста[19]. В-третьих, дети из групп NIG

и FCG лучше нажимали на кнопку при показе нейтральных и испуганных лиц, чем дети группы CAUG. Здесь можно предположить, что, либо дети группы CAUG вообще хуже распознают эти два выражения, либо у них больше сложности с ингибированием реакции в целом (что обнаружилось при использовании задачи Go-No-Go с этими детьми, см. главу 7). Этот вывод также свидетельствует о том, что вмешательство приемной семьи оказалось эффективным в повышении способности различать нейтральные и испуганные лица. Наконец, мы не выявили групповых различий во времени реакции.

В результате анализа данных записей вызванных потенциалов было сделано несколько любопытных наблюдений. Во-первых, компонент P1, имеющий некоторую чувствительность к распознаванию лиц, оказался самым большим при реакции на сердитые лица у детей из группы NIG, самым маленьким у детей из группы CAUG и промежуточным у детей из группы FCG. Как и в 42 месяца, эти наблюдения также подтверждают, что проживание в приемной семье улучшает способность детей распознавать эмоции по выражению лица[20].

В отличие от P1, компоненты N170 и P300 были самыми большими для всех групп при реакции на выражение страха на лице. Так, хотя все три группы одинаково хорошо распознавали гнев и связанные с ним стимулы и показали сопоставимые амплитуды P300 по реакции на сердитое выражение лица, остается фактом, что все они дали наибольшие отклики при регистрации вызванных потенциалов (компоненты N170 и P300) на реакцию выражения страха на лице. Этот факт подтверждает мнение Юкки Леппанена и Чарльза Нельсона о том, что страх — это эмоция, имеющая высокую сигнальную ценность (даже в возрасте 7 месяцев), и отклик на нее не нарушается пребыванием в учреждениях[21].

Хотя дети из приемных семей показали улучшение способности распознавать испуганные и нейтральные лица (до уровня, сопоставимого с детьми группы NIG), а их P1 на реакцию выражения гнева на лице был средним между группами NIG и CAUG, мы не заметили никаких временных эффектов. В целом этот результат идентичен тому, что мы наблюдали в 42 месяца, как для распознавания лиц, так и эмоций.

Эти результаты резко отличаются от выводов о перцептивном различении, наблюдаемом в более раннем возрасте. Если тогда мы обнаружили относительно слабые способности различать выражения лица (а также отличать знакомые лица от незнакомых), то здесь мы наблюдаем как поведенческие, так и электрофизиологические различия между детьми группы CAUG в момент распознавания выражений лиц. Кроме того, мы наблюдали ряд тонких улучшений в распознавании эмоций по выражению лица среди детей группы FCG, хоть их результаты и не сопоставимы с группой NIG. Тот факт, что временные эффекты не были обнаружены, говорит о том, что показатели детей, помещенных в приемные семьи, улучшаются, хотя и независимо от возраста, в котором это произошло. Конечно, то обстоятельство, что средний возраст при помещении в семью составлял 22 месяца, требует осторожности при интерпретации этих данных, ибо возможно, что зависимость от возраста помещения в семью могла бы обнаружиться, если бы это случилось раньше.

Проведенные к настоящему времени исследования по распознаванию лиц показывают, что базовая способность восприятия лишь незначительно нарушается институциализацией. В то же время способности распознавания более высокого уровня в большей степени подвержены ее влиянию. Кроме того, данные ЭЭГ

свидетельствуют, что помещение в учреждение ведет к резкому сокращению амплитуд вызванных потенциалов — это отклонение, которое к 8 годам корректируется у приемных детей, независимо от возраста их помещения в семьи. Таким образом, можно констатировать наличие эффекта от нашего метода вмешательства и при этом отсутствие влияния возраста помещения в семью и зависимости от длительности пребывания в ней.

Понимание полученных нами данных ЭЭГ, начиная с базового обследования, вызывало определенные трудности. За годы работы мы перепробовали целый ряд подходов к интерпретации этих данных. Так, например, если меньший размер головы коррелирует с меньшим размером мозга, что именно это говорит о самом мозге ребенка, растущего в учреждении? Это потеря нейронов? Или потеря частей нейронов, таких как аксоны и дендриты? Или, может быть, это потеря синапсов? Могло ли быть, что нормальный процесс апоптоза — программированной клеточной смерти — пошел наперекосяк, так что произошла излишняя «обрезка» нейронов, как это произошло бы из-за недостаточного использования цепей? И, наконец, не может ли тут быть меньше белого вещества — части нейронов, содержащей миелин и приводящей к установлению ближних и дальних связей между нейронами, — что могло бы объяснить данные, полученные при регистрации ЭЭГ и вызванных потенциалов? Иными словами, не может ли мозг иметь меньшее количество связей и, как следствие, его электрическая активность будет сниженной?

Когда детям проекта было от 8 до 10 лет, у нас, наконец, появилась возможность проверить некоторые из этих гипотез. Чтобы изучить структуру мозга в деталях, было проведено МРТ-сканирование структур головного мозга.

В сотрудничестве с Адиной Чиритой (Adina Chirita), нейрорадиологом из Бухареста, мы провели МРТ головного мозга (с использованием МРТ-сканера Siemens 1.5 Тесла) 78 детям проекта BEIP, выбранным случайным образом в возрасте около 9 лет. Из них 20 принадлежали к группе NIG, 27 — к FCG и 31 — к CAUG[22]. Маргарет Шеридан (Margaret Sheridan), доцент кафедры педиатрии в Гарвардской медицинской школе и Бостонской детской больнице, курировала обработку этих данных.

Мы выдвинули несколько очень конкретных гипотез. Во-первых, основываясь на показателях окружности головы, ЭЭГ и вызванных потенциалов, мы ожидали увидеть общее сокращение объема мозга у детей группы CAUG. Мы не могли, однако, предсказать, будет ли это связано с сокращением содержания серого вещества, или белого, или того и другого. Во-вторых, основываясь на исследованиях людей и животных, мы ожидали, что у детей группы CAUG обнаружится уменьшение размера гиппокампа. Эта гипотеза была основана на работах, связывающих хроническое воздействие стрессов с повышением уровня глюкокортикоидов, которые, в свою очередь, могут быть нейротоксичными по отношению к гиппокампу, уменьшая его размеры (см. главу 1). В-третьих, мы полагали, что можем увидеть изменения в миндалине мозга, хотя литература и не дает однозначных представлений в отношении направления таких изменений: некоторые авторы сообщали об увеличенной миндалине мозга, другие же утверждали, что миндалина не изменилась[23]. В-четвертых, мы ожидали увидеть некоторые изменения (скорее всего, уменьшение объема) в мозолистом теле (большой пучок миелинизированных аксонов, соединяющий два полушария), что было бы возможно потому, что связи между полушариями чувствительны к влиянию опыта. И, наконец, основы-

ваясь на результатах ЭЭГ и вызванных потенциалов детей после помещения в приемные семьи, мы полагали, что сможем увидеть увеличение объема белого вещества у группы FCG при отсутствии изменений у групп CAUG или NIG. Это предположение основано на обширных данных работ, изучающих грызунов, из которых следовало, что рост белого вещества может происходить, когда крысы растут в сложных (так называемых обогащенных) средах[24].

Кратко подытожим результаты МРТ-сканирования. Мы обнаружили снижение общего кортикального объема у детей, когда-либо переживавших институциализацию (группы CAUG и FCG), по сравнению с детьми группы NIG. Мы также обнаружили снижение объема серого вещества как у детей группы CAUG, так и у детей FCG по сравнению с детьми из группы NIG, т. е. наш метод вмешательства не оказал никакого влияния на серое вещество. Что касается белого вещества, то мы наблюдали снижение его объема у детей группы CAUG по сравнению с группами FCG и NIG, которые не отличались друг от друга. Несмотря на некоторые региональные различия, мы наблюдали сокращение объема мозолистого тела у детей группы CAUG по сравнению с двумя другими группами (которые не отличаются друг от друга). Последние два наблюдения в совокупности свидетельствуют о том, что приемная семья оказывает благотворное влияние на объем белого вещества, но не на объём серого. Это согласуется с тем, что белое вещество зависимо от получаемого опыта по своей природе (что позволяет сделать вывод о том, что дети группы CAUG могут иметь меньшее количество синаптических связей). Наконец, мы не нашли различий между группами в областях базальных ганглиев (или очень небольшие в одной или двух областях).

Нас также интересовало, не могут ли эти данные помочь в объяснении снижения мощности ЭЭГ, на записях, полученных на ранних этапах нашего исследования. Используя статистический подход, называемый медиативным анализом, мы обнаружили, что мощность ЭЭГ можно объяснить различиями между детьми с разными объемами белого вещества. Дети с низкими объемами белого вещества чаще имели низкую мощность ЭЭГ, и наоборот. Это критический вывод для нашего исследования, так как (это будет показано в последующих главах) мощность ЭЭГ является сильным предиктором низкой адаптивности у детей, подвергшихся содержанию в учреждениях (в том числе высокой частоты симптомов дефицита внимания/гиперактивности).

В целом эти данные о структуре мозга также могут помочь объяснить наши данные, полученные по измерениям окружности головы. Меньший размер головы и пониженная мозговая активность детей группы CAUG могут объясняться меньшим числом нейронов, т. е. меньшим объемом как серого, так и белого вещества в мозге. Более того, тот факт, что количество белого вещества у детей, помещенных в приемные семьи, увеличилось (фактически нормализовалось), также согласуется с результатами ЭЭГ и частично с нашими данными, полученными в результате регистрации вызванных потенциалов.

Заключение

Эта глава была посвящена воздействию ранней институциализации на нейронную структуру мозга и проведению сравнения детей, когда-либо помещавшихся в учреждения и никогда не живших в них. Полученные результаты свидетельствуют о том, что содержание детей

в учреждениях отрицательно влияет на развитие мозга во многих нейробиологических аспектах. Дети группы CAUG имеют меньший размер мозга и показывают серьезное снижение мозговой деятельности по сравнению с детьми, не проживавшими в учреждениях. Дети, переданные из учреждений в приемные семьи, напротив, демонстрируют значительный рост электрической активности мозга и увеличение количества белого вещества по сравнению с детьми группы CAUG. Однако восстановления объема серого вещества у таких детей не происходит.

Важно отметить, что там, где наблюдалась эффективность нашего вмешательства, некоторым регистрируемым аспектам улучшений (например, на записях ЭЭГ) соответствовали определенные сензитивные периоды, в то время как для других (выявляемых с помощью регистрации вызванных потенциалов и МРТ) их не было. Это может говорить либо о том, что некоторые области мозга в большей степени зависят от опыта, чем другие; либо о том, что относительно поздний возраст помещения детей в семьи не позволил нам обнаружить сензитивные периоды, которые существуют в более раннем возрасте. Мы еще вернемся к обсуждению этой темы в последующих главах.

Глава 9

Рост, двигательное развитие и изменения на клеточном уровне

Остановка развития у младенцев, выживших в условиях нахождения в учреждениях, обусловлена эмоциональной депривацией.

Гарри Баквин (1949)

Приведенный в главе 6 обзор исследований ранней институциализации показал, что психосоциальная депривация, связанная с жизнью в учреждениях, нередко ведет к различным проблемам развития — физическим, поведенческим и психологическим. Дефицит и задержки в развитии, связанные с пребыванием в учреждениях, несомненно, обусловлены биологическими и неврологическими нарушениями. В главе 8 мы обсудили влияние раннего опыта на развитие мозга (в выборке проекта BEIP). Здесь же мы сосредоточимся на влиянии раннего опыта на биологическое развитие — в частности, на физический рост, распространенность стереотипий, двигательное развитие и эпигенетический маркер биологического здоровья (см. таблицу 9.1, где продемонстрированы использованные нами показатели).

Таблица 9.1. Показатели, использованные для оценки роста, стереотипий, двигательного развития и генетики

Параметр	Показатель	График обследований					Источник данных
		Базовое	30 мес.	42 мес.	54 мес.	8 лет	
Физические данные	Рост	X	X	X	X	X	Обследование ребенка
	Вес	X	X	X	X	X	Обследование ребенка
	Окружность головы	X	X	X	X	X	Обследование ребенка
Стереотипии	Нарушение привязанности	X	X	X	X	X	Отчеты воспитателей
Двигательное развитие	Тест моторного развития Бринникса-Озерецкого					X	Обследование ребенка
Генетика	Длина теломеров					X	Образец слюны ребенка

Физический рост

Хорошо известно, что жизнь в учреждении может привести к серьезному недоразвитию в росте, весе и окружности головы ребенка (а окружность головы дает грубую оценку размера мозга). Действительно, по некоторым подсчетам дети теряют примерно одну месячную норму увеличения линейного роста (то есть длины тела) за каждые 3–5 месяцев, проведенных в учреждении[1]. В конечном счете это может привести к тому, что дети, которые провели много лет в учреждении, будут иметь намного меньший рост, чем должны были бы согласно своему хронологическому возрасту.

Задержка роста в условиях пренебрежения потребностями ребенка имеет два различных этиологических пути. Во-первых, снижение потребления калорий младенцем, часто в результате недостаточного ухода, приводит к состоянию, известному как «отказ выжить». Часто матери младенцев с отказом выжить находятся в депрессии, имеют весьма ограниченную социальную поддержку и живут в тяжелых материальных условиях. При второй, менее распространенной форме задержки роста ребенок потребляет достаточно калорий, но его мозг не вырабатывает гормон, необходимый для стимуляции роста. Было доказано, что этот синдром, известный как *психосоциальная карликовость*, в принципе обратим. То есть как только дети, пережившие опыт пренебрежения своими потребностями, оказываются в ситуации адекватной заботы, уровень гормона роста у них повышается и процесс ускоряется[2]. Считается, что замедление роста, происходящее у детей, помещенных в учреждения, больше похоже на психосоциальную карликовость. Хотя потребление калорий или метаболизм гипофиза у них исследованы недостаточно, что-

бы определить, не играют ли здесь существенную роль и эти факторы[3].

В отличие от большинства предыдущих исследований, в проекте BEIP мы смогли наблюдать рост детей как во время их жизни в учреждении, так и после помещения в приемные семьи. Мы также смогли изучить взаимосвязь между ростом и качеством ухода. Наконец, мы исследовали отношения между ростом и когнитивным функционированием, исходя из предположения, что, чем больше дети догоняют в росте, тем с большей вероятностью происходит и увеличение их когнитивных способностей.

Мы оценивали когнитивное функционирование (коэффициент развития, коэффициент интеллекта; см. главу 7) и качество ухода в начале, а затем в 30 и 42 месяца. Значения роста, веса и окружности головы были получены для всех детей при базовом обследовании и затем в 30, 42 и 54 месяца, а ежемесячные данные фиксировались для всех детей CAUG и FCG от начала проекта до 42 месяцев, что обеспечивает уровень детализации почти беспрецедентный в подобных исследованиях[4].

Общие выводы были однозначными. Во-первых, в начале исследования дети, жившие в учреждениях, были заметно меньше (по росту, весу и окружности головы), чем дети, никогда не находившиеся там. Во-вторых, дети из учреждений, родившиеся маленькими (то есть имевшие малый вес при рождении), отставали в росте сильнее, чем дети из учреждений, имевшие при рождении нормальный вес (т. е. получается, что малый вес при рождении сам по себе является фактором риска, который усугубляется пребыванием в учреждении). В-третьих, после помещения в приемную семью дети группы FCG значительно прибавили в росте и весе по сравнению с детьми, оставшимися в учреждении, одна-

ко темпы роста окружности головы между этими двумя группами не различались. Рассмотрев данные по продолжительности пребывания в приемных семьях, мы обнаружили, что в течение первых 12 месяцев дети показали быструю прибавку роста и веса, но окружность головы не увеличивалась. После 12 месяцев участия в программе вмешательства 100% детей, которых мы передали на воспитание в приемные семьи, уже находились в пределах нормы для длины тела (роста), а 90% — в пределах нормы по их весу. Между 12 и 18 месяцами после помещения детей в семьи никаких существенных изменений ни по одному параметру не было отмечено. Иными словами, восстановление роста произошло вскоре после первого года жизни в семье. Оно зависело не столько от возраста ребенка при помещении в семью, сколько от продолжительности пребывания в ней (или, возможно, от взаимодействия этих двух факторов).

Обратившись к причинам успехов, достигнутых детьми, помещенными в приемные семьи, мы отметили, что чем выше качество ухода (в частности, отзывчивость воспитателя и позитивное отношение к ребенку) по сравнению с учреждением, тем быстрее ребенок догоняет ровесников по росту и весу (но опять-таки не по окружности головы). Наконец, мы заметили, что чем быстрее ребенок прибавляет в росте, тем больше возрастает его вербальный IQ к 54 месяцам.

В целом наши выводы по детям, в настоящее время живущим в учреждениях, поддерживают данные других исследователей о том, что пребывание в таких местах оказывает чрезвычайно пагубное влияние на физическое развитие — в частности, на рост, вес и окружность головы. Особенно страдают дети группы CAUG, родившиеся с низким весом. Что касается эффективности

нашего метода вмешательства, то мы наблюдали резкое увеличение роста и веса среди детей, помещенных в приемные семьи, в первые 12 месяцев. Хотя никаких различий в окружности головы между детьми групп CAUG и FCG не наблюдалось. Это показывает, что вмешательство оказало различное воздействие на эти два параметра физического развития: помещение в семьи улучшило рост и вес, но, по-видимому, не повлияло на окружность головы. Кроме того, мы отметили, что улучшение качества ухода за детьми, помещенными в приемные семьи, положительно коррелирует с ускорением роста и веса. Наконец, чем больше ребенок догоняет в росте, тем больше растет его вербальный IQ. Отрадно, но неудивительно, что условия ухода за детьми удалось связать с компенсацией отставания в росте. В конце концов, уже давно известно, что дети, изъятые из неблагополучных семей и помещенные в хорошие семьи, быстро растут. Тем не менее нас удивило, что восстановление ограничивалось параметрами роста и веса и не включало размер окружности головы. Как показано в главе 8, институциализация оказывает значительное влияние на электрическую активность мозга, а также на объемы серого и белого вещества (приблизительно отражающее число клеток мозга и степень миелинизации аксонов). В частности, мы наблюдали снижение активности на ЭЭГ как в сером, так и в белом веществе. Мы также обнаружили, что объем белого вещества опосредовал связь между ранним опытом и мощностью ЭЭГ-сигналов[5]. Главное, мы выяснили, что мощность ЭЭГ-сигналов восстанавливалась к 8 годам у тех детей, которые были помещены в приемные семьи проекта BEIP до достижения ими 24 месяцев. Таким образом, соотношения между мощностью ЭЭГ-сигналов и окружностью головы не являются прямыми.

Стереотипии

Одним из самых сильных впечатлений у посетителей учреждений в Румынии был вид множества детей, раскачивающихся взад и вперед, сидя или стоя на четвереньках; без конца качающих головой из стороны в сторону; подносивших руки к лицу и шлепающих себя. Стереотипии определяются как многократно, неизменно повторяющиеся движения, не имеющие очевидной цели или функции. Похоже, что они возникают вследствие недостаточности или атипичности сенсорной информации, получаемой индивидом из окружающей среды. Так, например, в зоопарке можно увидеть тигров, бессмысленно кружащих по клетке, или слонов, покачивающихся взад и вперед. Считается, что такое поведение является результатом отсутствия той сенсорной информации, которую они получили бы, находясь в естественной среде обитания. То же происходит и с маленькими детьми. Когда они растут в нетипичной для вида среде с ограниченной стимуляцией, у них могут развиться стереотипные движения[6]. Важно, однако, отметить, что стереотипии нередко возникают и при других состояниях, также связанных с ограничениями сенсорной информации, таких как нарушения зрения или аутизм. В этих случаях сенсорная депривация вызвана отсутствием визуальной стимуляции или невозможностью приспособиться к социальной стимуляции — состояние, известное как депривация, вызванная расстройством. Типично развивающиеся дети, особенно маленькие или находящиеся в состоянии возбуждения, могут иногда проявлять стереотипии, такие как размахивание руками, например. Но такое поведение является временным, и его довольно легко отличить от более распространенных и интенсивных стереотипий, связанных с депривацией.

Функциональное значение стереотипий у детей, переживающих депривацию (либо только сенсорную, либо более глобальную), остается неизвестным, хотя их часто объясняют, например, попытками ребенка обеспечить самостимуляцию, механизмами преодоления фрустрации и самоуспокоения, выражением разочарования или тревоги[7]. Поскольку наличие стереотипий предполагает неадаптивный ответ развивающегося мозга, скорее всего, возникающий в кортико-базальных ганглиях, мы хотели выяснить, насколько широко распространены стереотипии среди детей, живущих в учреждениях, по сравнению с не подвергавшимися институциализации.

Существуют разные способы оценки наличия стереотипий. Один из методов, который мы использовали, состоял в том, чтобы попросить родителей или воспитателей учреждений оценить, как часто ребенок проявляет стереотипии. Преимущество этого способа заключается в том, что эти взрослые наблюдают за детьми во время обычных занятий в течение всего времени бодрствования и поэтому могут заметить поведение, достаточно редко встречающееся у большинства детей. Однако такие опросы предполагают определенную степень субъективности. Другим методом, который мы использовали, была видеозапись детей во время разных занятий и подсчет количества стереотипий, которые мы наблюдали. Этот подход более объективен, чем отчеты воспитателя/родителя, но здесь есть риск получить недостаточную по времени выборку и не заметить периодически повторяющееся поведение. Сделанные нами видеозаписи свободного поведения детей имели продолжительность всего около 90 минут. Поэтому мы решили использовать оба метода.

Мы взяли интервью у воспитателей в учреждениях, приемных родителей и у родителей контрольной группы. После вопроса о наличии или отсутствии стереоти-

пий, интервьюер задавал множество подробных уточняющих вопросов, чтобы выяснить как можно больше о том, как часто и при каких обстоятельствах ребенок проявляет такое поведение. Эти ответы затем обрабатывались третьими лицами, которые, не зная, к какой группе принадлежал конкретный ребенок, ранжировали ответы взрослых о наличии стереотипий от проявляющихся редко или никогда, проявляющихся в некоторой степени или иногда, до проявляющихся много и часто. Родители и воспитатели всех детей были опрошены в самом начале, а затем в 30, 42 и 54 месяца. Наблюдения стереотипий во время обычных занятий были проведены в начале проекта и в возрасте 30 месяцев.

Не удивительно, что в начале исследования, по данным отчетов воспитателей, у всех детей в учреждении был выявлен высокий уровень стереотипий по сравнению с детьми группы NIG. При первичном обследовании стереотипии обнаружены почти у 60% детей, находящихся в учреждении, по сравнению с 21% у живущих со своими родителями. Из 113 первоначально обследованных детей (мы не включали детей в возрасте до одного года) множественные или частые стереотипии обнаружены более чем у трети по сравнению с 1 из 61 детей в контрольной группе[8]. Более того, объективные оценки по видеозаписям в обычной деятельности также выявили гораздо больше стереотипий среди детей в учреждении по сравнению с детьми из контрольной группы.

Для нас, конечно, было важно выяснить, снизится ли количество проявлений стереотипий среди детей, переведенных из учреждений в приемные семьи. При каждом обследовании (по отчетам воспитателей) ответ оказывался положительным: и в 30, и в 42, и в 54 месяца. Дети, помещенные в приемные семьи и к тому времени проведшие в них в среднем 8 месяцев, демонстрировали

значительно меньше стереотипий, чем дети, оставшиеся в учреждениях[9].

Следующий вопрос состоял в том, играет ли в этом роль фактор времени, т. е. например, чем раньше ребенок помещен в приемную семью, тем значительнее снижение стереотипий. Оказалось, что сокращение стереотипий зависит от сроков пребывания в приемной семье. При этом дети, помещенные в семьи до 12 месяцев, имели меньше стереотипий, чем перешедшие из учреждений между 12 и 24 месяцами, а дети, начавшие жить в семье после 24 месяцев, демонстрировали больше всего стереотипий.

Связь между стереотипиями и нарушениями когнитивных функций замечена уже давно, поэтому нам было интересно посмотреть, как это поведение связано с IQ и языком. Было обнаружено, что у детей, помещенных в приемные семьи (но не у детей группы CAUG), имеющих большее количество стереотипий, было ниже когнитивное и языковое функционирование. Причины этой связи пока непонятны, но можно предположить, что устойчивость стереотипий является показателем или маркером имеющейся неврологической проблемы, которая, в свою очередь, может влиять на когнитивные и языковые функции.

Помимо связи с языковым и когнитивным функционированием, нас также интересовала связь стереотипий с проявлениями тревоги, учитывая мнение, что они могут быть способом справляться с ней. Для выяснения этой связи мы использовали психиатрическое интервью родителей и воспитателей (Психиатрическое обследование детей дошкольного возраста — см. главу 11). Мы не обнаружили связи между тревожностью и стереотипиями у детей, находящихся в учреждениях или в приемных семьях. Это важно, поскольку и количество стереотипий

и проявления тревоги снижались, когда детей переводили в приемные семьи. Наши данные показывают, что приемная семья оказывает влияние на выраженность тревоги и проявления стереотипий, скорее всего, через разные механизмы.

Тот факт, что более 60% детей из учреждений (при среднем возрасте всего 22 месяца) демонстрировали наличие стереотипий, говорит об еще одном крайне неблагоприятном результате пребывания в учреждениях. К счастью, поместив детей в приемные семьи, мы смогли значительно снизить распространенность этой модели поведения. Однако это снижение оказалось связано с возрастом ребенка при помещении в семью: чем раньше ребенок попадал в семью, тем более значительным оно было. Тем не менее, несмотря на то, что в целом помещение в приемные семьи и привело к снижению стереотипий, дети, продолжавшие демонстрировать такое поведение, с большей вероятностью проявляли задержки в развитии языковых и интеллектуальных способностей.

К этому моменту мы выяснили, что дети, остающиеся в учреждениях, имеют более низкие показатели роста, веса и окружности головы, а также с большей вероятностью демонстрируют стереотипные движения, чем те, которые начинали жизнь в учреждении, но затем были переведены в приемную семью (и, конечно, чем те, кто никогда не попадал в учреждения). Как видно из материалов главы 8, эти наблюдения предвосхитили данные, полученные нами в результате проведения ЭЭГ, вызванных потенциалов и МРТ, в соответствии с которыми дети группы CAUG демонстрировали «снижение мощности работы» мозга (вывод, сделанный из-за снижения мощности сигнала ЭЭГ и амплитуды вызванных потенциалов) и редуцированию общего объема его коры (что соответствует меньшему числу нейронов).

Двигательное развитие

В ряде публикаций приводятся данные о том, что у детей, находящихся в учреждениях, отмечаются задержки или нарушения в развитии моторики и двигательных функций[10]. Учитывая серьезное влияние, которое пребывание в учреждении оказывает на физическое развитие детей, мы решили посмотреть, что происходит в нашей выборке с двигательным развитием. С этой целью при обследовании в 8 лет мы попытались ответить на два важных вопроса: во-первых, нарушены ли двигательные функции у детей, подвергшихся ранней психосоциальной депривации? Во-вторых, помогает ли приемная семья улучшить исходы?

Чтобы ответить на эти вопросы, мы использовали стандартизированный тест оценки умелости в освоении двигательных навыков Брининкса-Озерецкого (Bruininks-Oseretsky)[11]. Он позволяет проанализировать умения и навыки в 8 областях: мелкая моторика, ее интеграция, ловкость рук, билатеральная координация, баланс, скорость бега и маневренность, координация верхних конечностей и сила.

Результаты сравнения детей, живущих в учреждениях, и домашних детей не оставляли места для сомнений: по всем направлениям в каждой из областей 8-летние дети, когда-либо помещенные в учреждения, выполняли задания значительно хуже, чем никогда не институциализированные сверстники[12].

Почему пребывание в учреждениях имеет такие радикальные и всеобъемлющие последствия для двигательных характеристик, пока неясно. Одна из возможных причин — отсутствие использования. С очень раннего возраста дети находятся в своих кроватках, а позднее, когда они начинают передвигаться, возможности прак-

тиковать двигательные навыки (особенно мелкую моторику) у них крайне ограничены. Другая вероятная причина, как обсуждалось выше, может заключаться в том, что дети, оказавшиеся в учреждениях, испытали небольшие (или не такие уж и небольшие) повреждения мозга, которые могли проявляться выявленными стереотипиями.

К нашему сожалению, выбранный метод вмешательства не оказался эффективным в отношении двигательных функций, которые мы оценивали. То есть в 8-летнем возрасте не обнаружилось различий в показателях между детьми, находящимися в приемных семьях (FCG), и детьми, оставшимися в учреждении (CAUG). Обе эти группы значительно отставали от детей из контрольной группы (NIG).

Указывают ли эти данные на существование сензитивного периода для развития моторики? Так, будучи помещены в семьи слишком поздно (средний возраст 22 месяца), дети уже не смогли восстановиться. Или, может быть, выбранный метод вмешательства не улучшил результаты детей, поскольку приемные родители сосредоточились по большей части на восстановлении когнитивных функций и развитии привязанности, но не двигательных навыков? Вероятно также, что более специализированные и интенсивные вмешательства, такие как занятия эрготерапевта, могли бы способствовать восстановлению двигательных функций. И конечно, это восстановление может просто требовать более длительного времени, и дети догонят ровесников, когда станут постарше.

Остается фактом, что дети, оказавшиеся в учреждениях в раннем возрасте, показали резкое отставание в развитии двигательных навыков и общем моторном развитии по сравнению с детьми, никогда не подвергавшими-

ся институциализации. Как будет показано в главе 12, это может оказаться важным и для других аспектов их развития в дальнейшем.

Теломеры — взгляд на здоровье клеток

Воздействие неблагоприятных условий и стресса неизменно ассоциируется с рядом негативных последствий для психического и физического здоровья[13]. Хотя мы (и не только мы) четко продемонстрировали психологические и неврологические последствия ранней институциализации, было интересно понять, не проявляется ли это действие ранних лишений и в изменениях на клеточном уровне.

Чтобы выяснить, так ли это на самом деле, мы исследовали теломеры, являющиеся специализированными нуклео-протеиновыми комплексами, расположенными на концах хромосом. Считается, что они увеличивают хромосомную стабильность – например, служат ее защитой во время бесконечного деления клеток, которое происходит на протяжении всей жизни. Известно, что повышенный оксидативный стресс или повреждение ДНК вследствие воздействий окружающей среды укорачивают теломеры. Как только сокращение длины теломера достигает критического значения, начинается клеточное старение, затем деление клетки прекращается, и она окончательно умирает[14].

Укорочение теломеров по существу является *эпигенетическим* процессом. Под этим мы подразумеваем, что опыт не меняет структуру самой ДНК, а скорее меняет то, как происходит экспрессия этой ДНК (как правило, путем добавления метильной группы или через модификацию гистонов). Ускорение укорочения

теломеров связано с процессом нормального старения и с отрицательными последствиям для здоровья, такими как сердечно-сосудистые заболевания, диабет и когнитивный распад[15]. Недавние исследования показали, что укорочение теломеров также может быть вызвано психологическим стрессом. Например, опытом пережитого раннего жестокого обращения, расстройствами настроения, воспоминаниями о перенесенном стрессе, а также стрессом, связанным с заботой о тяжелобольном человеке[16]. Эти исследования демонстрируют, что ускорение клеточного старения, которое при этом происходит, может представлять собой один из механизмов, посредством которого ранний неблагоприятный опыт приводит к росту заболеваемости и смертности от самых разных причин.

Мы исследовали длину теломеров у участников проекта BEIP, когда им было от 6 до 10 лет[17]. Для этого брался мазок со щеки (щечным тампоном), затем из клеток с тампона извлекалась ДНК. Нас интересовала связь между средней относительной длиной теломеров и временем, проведенным в учреждении, которое мы учитывали в процентах от возраста ребенка при базовом обследовании и в 54 месяца. Мы отметили, что у детей дольше находящихся в учреждениях, к возрасту начальной школы теломеры значительно короче. Гендерные различия основного эффекта заключались в том, что процент времени, проведенного в учреждениях на момент базового обследования, достоверно предсказывал длину теломеров у девочек, тогда как у мальчиков прогностическим значением обладал процент времени, проведенного в учреждениях, к обследованию в 54 месяца.

Это первые эпигенетические данные, демонстрирующие биологические опасности институциального ухода. Конечно, потребуется еще немало исследований, чтобы

объяснить, почему в детском возрасте укорачиваются теломеры. Но наши результаты показали, что чем дольше дети находятся в учреждении, тем короче их теломеры, хотя точные показатели различаются в зависимости от пола. То есть при базовом обследовании, когда детям было в среднем 22 месяца, у девочек процентная доля жизни, которую они к этому времени провели в учреждении, была связана с укорочением теломеров к возрасту начальной школы, но к мальчикам это не относится. У мальчиков же с длиной теломеров связана доля жизни, которую они провели в учреждении к 54 месяцам, но для девочек это не так. Что это означает? Уточним, что это было первое исследование в данной области, которое нуждается в гораздо более подробном изучении. Однако эти результаты указывают на очень важную разницу между полами. То есть они согласуются с выводом о том, что очень ранний стресс имеет большее значение для девочек, тогда как кумулятивный стресс имеет большее значение для мальчиков.

Эти результаты являются предварительным свидетельством последствий (возможно, важных) пребывания в учреждениях на клеточном уровне. Если теломеры действительно считать биомаркерами здоровья клеток, можно утверждать, что чем дольше ребенок живет в учреждении, тем больший ущерб — и краткосрочный, и долгосрочный — наносится его здоровью. Это важное направление для дальнейших исследований.

Заключение

Вклад проекта BEIP в понимание последствий раннего воздействия неблагоприятных факторов на развитие особенно значителен именно в биологической обла-

Таблица 9.2. Влияние метода и сроков вмешательства на рост, стереотипии, двигательное развитие и генетику

	Обследования								
	42 мес.			54 мес.			8 лет		
Оцениваемый параметр	Влияние метода вмешательства	Влияние сроков вмешательства	Срок влияния	Влияние метода вмешательства	Влияние сроков вмешательства	Срок влияния	Влияние метода вмешательства	Влияние сроков вмешательства	Срок влияния
Физические данные									
Рост	да	да	12 мес.		Не оценивалось			Анализ не завершен	
Вес	да	да	12 мес.		Не оценивалось			Анализ не завершен	
Окружность головы	нет	да	12 мес.		Не оценивалось			Анализ не завершен	
Стереотипии	да	да	12 мес.	да	да	12 мес.		Анализ не завершен	
Двигательное развитие		Не оценивалось			Не оценивалось		нет	нет	–
Генетика		Не оценивалось			Не оценивалось		да	нет	–

сти. Подавляющее большинство исторических и современных источников, рассматривающих влияние жизни в учреждениях на развитие детей, носит описательный характер. А в нашей работе была предпринята попытка прояснить нейронные и биологические механизмы, которые помогают объяснить поведенческие данные (см. таблицу 9.2, обобщающую наши данные, полученные к настоящему времени). Кроме того, некоторые из наших биологических находок оказались взаимосвязаны, так что один вывод помогал объяснить другой. Например, в самом начале мы заметили, что окружность головы у детей группы CAUG была меньше, чем у детей группы NIG. Затем мы обнаружили, что дети группы CAUG также показывают более низкий уровень активности по ЭЭГ. Наконец, когда мы провели МРТ, мы увидели, что у детей группы CAUG меньше объемы серого и белого вещества, что, по-видимому, могло объяснить и данные по окружности головы, и данные ЭЭГ. Многие исследования в настоящее время подтверждают связь между негативным опытом в раннем возрасте и состоянием здоровья в дальнейшем. Например, дети, которые рождаются маленькими для гестационного возраста и быстро растут в течение первого года жизни, более подвержены риску развития сердечных заболеваний и диабета в более позднем возрасте[18]. Наша работа по теломерам показывает, что содержание в учреждении может нарушить развитие ребенка на клеточном уровне. В дальнейшем мы надеемся изучить функциональные последствия этого вывода. Например, не могут ли дети группы CAUG (более, чем дети групп FCG и NIG) быть подвержены риску во взрослом возрасте страдать от таких нарушений здоровья, как сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром и т. п.? Ответов на эти вопросы пока придется подождать.

Глава 10

Социально-эмоциональное развитие

Младенцы, лишенные матери более чем на 5 месяцев на первом году жизни, постепенно деградируют в своем развитии. Они становятся вялыми, их движения замедляется, прекращается прибавка в весе и росте. Их лица утрачивают живость, а активность ограничивается нетипичными, причудливыми движениями пальцев.

Рене Шпиц. «Госпитализм» (1945)

Учреждения, в которых нам довелось работать, поражали удивительным спокойствием и даже мрачностью детей. Представьте себе 15 малышей в возрасте от 12 до 36 месяцев, рассредоточенных по большой и в основном пустой игровой комнате. Обычно с ними находится один воспитатель, иногда он(а) как бы нехотя взаимодействует с каким-нибудь одним ребенком, но чаще просто сидит в сторонке и почти не обращает внимания на детей.

Конечно, разные дети ведут себя по-разному. Некоторые, не колеблясь, бегут навстречу, протягивая руки, лепечут и улыбаются. Другие продолжают раскачиваться

сидя или лежа на спине в тех же местах, где они и находились, или бесцельно бродят по комнате с равнодушными лицами, демонстрируя полное отсутствие эмоциональной выразительности. Некоторые выглядят расстроенными — кто-то без видимой причины, а кого-то, возможно, ударил другой малыш.

Будучи расстроены, дети редко ищут утешения у воспитателя. Как правило, они просто плачут. В тех редких случаях, когда воспитатели пытались утешить ребенка (когда плач уже трудно было игнорировать или, возможно, реагируя на наше присутствие), сделать это оказывалось нелегко. Дети, казалось, не ожидали утешения и вообще не проявляли какого-либо знакомства с циклом «дистресс — утешение — облегчение — возобновление игры», который нормально проигрывается снова и снова в типичных взаимодействиях между ребенком и заботящимся взрослым. Кроме того, основной формой социального взаимодействия между этими детьми оказывались короткие всплески агрессии. Иногда поводом служил спор из-за обладания одной из немногих игрушек, иногда же они возникали, казалось бы, и вовсе без причины. Устойчивой игры среди детей было мало.

Аномалии социального и эмоционального поведения у детей, растущих в учреждениях, описываются уже более 100 лет[1]. Именно атипичное поведение особенно поражало в описательных исследованиях Рене Шпица и У. Гольдфарба середины XX века (см. главу 6). В фильмах Шпица (о доме подкидышей в Центральной Америке) и Джеймса и Джойс Робертсон (о помещении маленьких детей в Лондонские дома ребенка в 1950-х годах)[2] обращали на себя внимание малыши, которые безутешно плакали, а затем глядели с безучастной пассивностью и эмоциональной отстраненностью.

Эти описательные исследования сыграли важную

роль в привлечении внимания к тому влиянию, которое депривация оказывает на социальное и эмоциональное развитие. Однако систематического исследования поведения детей, живущих в учреждениях, проведено не было. В нескольких более поздних работах были показаны глубокие социальные и эмоциональные аномалии среди детей, усыновленных из учреждений[3]. Наше исследование дополняет их данные, изучая детей как во время их жизни в учреждении, так и после их помещения в приемную семью. Цель состояла в том, чтобы экспериментально определить, как ранняя депривация и последующее помещение в приемную семью влияют на социальное и эмоциональное поведение детей.

С самого начала важнейшей задачей проекта BEIP было использование стандартизированных и валидизированных методик оценки социального и эмоционального поведения, в том числе детей младшего возраста, растущих в учреждениях. Мы вполне отдавали себе отчет в том, что используем эти методики в условиях, сильно отличающихся от тех, для которых они разрабатывались. Поэтому нам необходимо было постоянно помнить о допущениях, положенных в их основу. Например, для оценки привязанности у маленьких детей традиционно применяется процедура, известная как «незнакомая ситуация». Она была разработана для качественной оценки типа привязанности, сложившейся между маленькими детьми и их родителями. Мы же использовали эту процедуру в условиях, когда у многих детей привязанность к воспитателям, возможно, еще и не сформировалась. Вдобавок, как это часто делается в исследованиях маленьких детей, мы полагались на отчеты воспитателей, понимая, что по сравнению с родителями (биологическими или приемными) они с меньшей вероятностью будут хорошо знать детей и вряд ли будут пси-

хологически привязаны к ним. И все же использование этой методики с детьми из учреждений позволило нам оценить и глубину влияния этих заведений, и пластичность системы привязанности, сталкивающейся с неблагоприятным воздействием.

Основываясь на собственных наблюдениях, а также на работах наших предшественников, мы предположили, что поскольку дети младшего возраста, растущие в учреждениях, имеют незначительный опыт как социальной стимуляции, так и внимательного и чуткого ухода, их социальное развитие будет нарушено. Нас особенно интересовали три области, которые могли быть затронуты: распознавание и выражение положительных эмоций, выражение привязанности, отношения со сверстниками и социальные навыки.

Выражение положительных эмоций

Интерпретация того, насколько смешными, угрожающими или интересными являются незнакомые стимулы, зависит — особенно у маленьких детей — от способности понимать ситуацию и идентифицировать эмоции по выражению лица других людей. При отсутствии или скудости опыта переживания таких ситуаций у детей может не развиться способность испытывать и выражать положительные эмоции.

Оценка эмоциональной выразительности

Вместо того чтобы просто наблюдать эмоциональную выразительность детей во время повседневных взаимодействий, мы решили использовать методику, позволяющую вызывать у них положительные эмоции. Это

решение было принято по двум причинам. Во-первых, было совершенно непонятно, сколько часов наблюдения (скорее всего, довольно много) могло понадобиться, чтобы собранный материал позволил обнаружить индивидуальные различия между детьми в выражении положительных эмоций. Во-вторых, самое главное, что нас интересовало, это оценка способности выражать положительные эмоции, так как было возможно, что мрачная обстановка учреждений влияет скорее на выразительность эмоций, чем на способность их проявлять.

Чтобы оценить способность детей выражать положительные эмоции, мы выбрали две задачи из тестовой батареи, используемой для выявления индивидуальных особенностей темперамента у детей[4]. Выражение эмоций считается важным компонентом темперамента, поэтому мы воспользовались задачами из лабораторной батареи тестов его оценки (LABTAB)[5]. Эти тесты были разработана для оценки индивидуальных различий в эмоциональной выразительности детей младшего возраста. Мы выбрали из нее два задания: разговор с куклами-перчатками и игру в «ку-ку» (предполагалось, что и то, и другое должно было вызывать положительные эмоции). Обе задачи предлагались детям при базовом обследовании, а затем при обследованиях в 30 и 42 месяца. Во время первой задачи, слегка нами модифицированной, ребенок сидел на коленях у взрослого за маленьким столиком. Дети из учреждения сидели на коленях у своего воспитателя; дети из контрольной группы — у биологических родителей; приемные дети — у приемных родителей. Ребенок сидел лицом к научному сотруднику, проводящему обследование, который надевал на руки перчатки в виде куклы, рыбы и петуха. Варьируя голос для каждой из кукол, исследователь знакомил ребенка с куклами и вел с ними «беседу». Куклы

говорили, что готовы «поиграть» с ребенком, и осторожно щекотали его. Во втором задании наш сотрудник проводил два раунда игры в «ку-ку»: закрывая лицо руками, а затем открывая его, прежде чем улыбнуться ребенку и сказать: «ку-ку». Во втором раунде он задерживал руки у лица чуть дольше, давая ребенку время сформировать ожидания. Процедура с куклами длилась 2–3 минуты, а игра в «ку-ку» – около минуты. Взрослый (воспитатель или родитель) должен был не разговаривать с ребенком и оставаться эмоционально нейтральным во время взаимодействия. Это было необходимо, поскольку маленькие дети быстро ловят сигналы взрослых о том, как следует эмоционально реагировать на незнакомые или неоднозначные стимулы. Нам было важно, чтобы ребенок откликался без «намеков» со стороны воспитателя.

Выполнение этих заданий детьми записывалось на видео, а затем их эмоциональная отзывчивость кодировалась экспертами, не знавшими, к какой из групп принадлежит данный ребенок. Кодировщики фиксировали случаи определенного поведения, их отметки затем пересчитывались в баллы за выражение положительных или отрицательных эмоций и внимание к задаче.

Эмоциональная выразительность детей, живущих в учреждениях

При базовом обследовании детям было от 6 до 31 месяца. Затем тест снова был проведен в 30 и 42 месяца. Как и при всех других тестах, если детям было больше 30 месяцев на момент базового обследования, то они проходили повторное через месяц после фактического помещения в группу CAUG или FCG. Это означает, что на момент обследования в 30 месяцев приемные дети на-

ходились в семье от месяца до 2 лет, а в 42 месяца они провели в приемных семьях от 12 до 36 месяцев.

Результаты выполнения детьми обоих заданий были настолько схожи, что мы решили объединить оценки детей по этим двум эпизодам. При базовом обследовании мы обнаружили, что дети, живущие со своими родителями, выражают больше положительных эмоций и уделяют задаче больше внимания, чем дети, живущие в учреждении. Дети, проживающие в учреждении, при выполнении этих заданий показывали больше отрицательных эмоций.

Влияние метода вмешательства на эмоциональную выразительность

Чтобы оценить эффект от помещения детей в приемные семьи, мы сравнили результаты, полученные при обследованиях в 30 и 42 месяца по каждому заданию, а затем по общим баллам, отражающим поведение в обоих заданиях. Прежде чем оценивать результаты вмешательства, нам в ходе базового обследования надо было определить, есть ли различия в поведении при выполнении этих заданий между детьми, оставшимися по результатам рандомизации в учреждении, и детьми, которые затем будут помещены в приемные семьи. Никаких различий не оказалось. Однако обследования в 30 и в 42 месяца показали удивительные различия. Дети из приемных семей гораздо чаще проявляли положительные эмоции и уделяли больше внимания заданиям, чем дети из группы CAUG. Они не только демонстрировали больше положительных эмоций в каждом возрасте, но и изменение эмоциональной выразительности у них с течением времени (по сравнению с данными базового обследования) было гораздо более значительным, чем у детей, оставшихся в учреждении[6].

К тому же дети, помещенные в приемные семьи, показали по меньшей мере такую же позитивную эмоциональную выразительность, как контрольная группа. То есть нам удалось доказать (в дополнение к демонстрации значительной разницы между приемными семьями и пребыванием в учреждении), что приемные дети смогли оправиться от ограниченной способности выражать положительные эмоции, обнаруженной перед рандомизацией и помещением в семьи. Такое полное восстановление было в проекте BEIP редкостью: по большинству проведенных нами измерений приемные дети хоть и превосходили по своим показателям детей группы CAUG, но все же не достигали результатов, которые показывала контрольная группа. Но в этой области восстановление было достаточно быстрым и полным и в среднем заметным уже через 8 месяцев жизни в приемной семье. Поскольку никаких временных эффектов обнаружено не было, мы сделали вывод, что способность к развитию выражения эмоций остается открытой для воздействия опыта по крайней мере в течение первых 2,5 лет жизни, и реакция в ответ на позитивные изменения в эмоциональном климате происходит очень быстро.

Привязанность

Проект BEIP предоставил нам возможность применить стандартизированные методы для изучения поведения привязанности у маленьких детей, живущих в учреждениях, и влияния семейного вмешательства на это поведение. Одна из целей нашего исследования заключалась в том, чтобы определить, подтвердят ли валидные способы оценки привязанности данные о серьезных нарушениях ее у многих детей, живущих в учреждениях, полу-

ченные в предыдущих описательных работах. Еще одна цель заключалась в изучении способности детей младшего возраста к восстановлению после пребывания в среде (по крайней мере, изначально), которая, по нашему мнению, предоставляла ограниченные возможности для формирования избирательной привязанности. Качество ухода давно считается важнейшим фактором для здорового развития привязанности, так что воспитание в учреждении давало возможность для серьезной проверки этой идеи. Наконец, мы хотели выяснить, связаны ли нарушения привязанности с возникновением психопатологии в той же степени, что и у детей, не имеющих опыта проживания в учреждениях.

Концепция привязанности имеет долгую и сложную историю в психологии и психиатрии. Вопрос о том, как и почему младенцы выбирают себе конкретных индивидуумов в качестве источника комфорта и поддержки, вызывает интерес давно. Психоанализ стал первым психологическим подходом к описанию важности ранней заботы о младенцах, связав привязанность с оральным удовольствием. Он позже был воплощен в бихевиористских работах, предполагавших, что отношения между воспитателем и ребенком могут быть поняты в контексте теории вторичных потребностей. Однако ни психодинамический, ни поведенческий подходы не смогли подтвердить идею о том, что развитие избирательных предпочтений у человеческих детенышей в отношении конкретных людей на первом году жизни связано исключительно с источником пищи. В знаменитых опытах Гарри Харлоу в 1960-х годах к детенышам обезьян помещали два вида искусственных «матерей». Первые были из проволоки, но давали детенышу пищу, а вторые — тряпичные, не дававшими пищи, но позволявшими прижаться и согреться. Детеныши обезьян предпочитали

«фигуры», обеспечивающие контактный комфорт (т. е. тряпочную «мать»)[7].

Психоаналитик Джон Боулби построил теорию привязанности, объединив известные к тому времени данные о развитии познания и восприятия у младенцев и этологические подходы к пониманию механизмов формирования привязанности[8]. Эмпирические исследования его студентки Мэри Эйнсворт и ее учеников проверили на практике многие из идей Боулби и обеспечили основу для измерения и оценки отношений привязанности, а также понимания процессов, происходящих в течение первого года жизни и приводящих к индивидуальным различиям в качестве отношений привязанности между младенцем и матерью.

Эйнсворт и ее ученики изучили небольшую группу матерей и младенцев в Балтиморе, штат Мэриленд. Они тщательно наблюдали за поведением матерей, осуществляющих уход, соотнося его с поведением ребенка, когда мать находилась в состоянии легкого или умеренного стресса[9]. Им удалось показать связь между тем поведением, которое демонстрировали младенцы и их матери в течение первого года жизни по наблюдениям в домашних условиях и поведением, проявляемым матерями и их детьми в возрасте 12 месяцев в лабораторных условиях. Если мать была чувствительна к сигналу младенца о неблагополучии (или, наоборот, удовольствии) и всегда проявляла заботу и участие, если ребенок бывал огорчен, малыш, как правило, искал близости и контакта с ней, ее присутствие его успокаивало. С матерями, склонными игнорировать подаваемые ребенком сигналы неблагополучия или проявлявшими чрезмерную строгость в обращении с ребенком, дети редко имели безопасную привязанность — она была «небезопасной». В обоих случаях отношения привязанности к матерям

у детей вполне сформировались, но качество их различалось в зависимости от типа ухода, который окружал ребенка в течение первого года жизни.

А что же младенцы, чей ранний опыт настолько отклоняется от обычного, что не позволяет им получить даже самого элементарного для формирования привязанности отклика на свои потребности? В условиях учреждения большинство младенцев не имеют единственного воспитателя или хотя бы нескольких постоянных. Дети, с раннего возраста живущие без последовательного, отзывчивого, заботливого ухода, являют собой показательный пример ограничений в формировании привязанности — процесса, ждущего личного опыта.

При всех различиях в определении привязанности термин в целом относится к склонности ребенка младшего возраста искать утешения, поддержки, заботы и защиты у избранных взрослых из тех, что обеспечивают уход за ними. В типичных для нашего вида условиях к 7–9 месяцам младенцы, когда они испуганы или что-то их беспокоит, ищут успокоения у определенных взрослых среди тех, кто о них заботится, начиная проявлять явные предпочтения. По мере развития отношений привязанности появляются новые модели поведения. Например, младенцы протестуют против разлуки с воспитывающим их человеком и проявляют сдержанность в отношении незнакомых людей, которой не было раньше. Как только дети начинают самостоятельно передвигаться (ползать, а к 12 месяцам — ходить), их поведение включает в себя поиск близости и контакта с предпочитаемым ими взрослым. Сочетание этих форм поведения в отношении ухаживающих за ребенком взрослых, в том числе поиск утешения, близости, а иногда и страдание при разлуке, дает основания полагать, что младенец сформировал отношения «привязанности». Самыми вы-

разительными чертами этих возникших отношений являются настороженность к незнакомым взрослым и протест против расставания (если любимый взрослый их ненадолго оставляет). Ядром процесса формирования привязанности является чуткость и отзывчивость взрослого к огорчениям и страхам ребенка. Сколько именно таких взаимодействий (и по количеству, и по качеству) необходимо для формирования привязанности, точно неизвестно.

Что касается младенцев, растущих в учреждениях, то у нас не было уверенности в том, какие именно отношения привязанности у них могут сформироваться — атипичные и слабые или здоровые и крепкие. Исследователи детского развития создали методы определения качества привязанности между маленькими детьми и их воспитателями, которыми мы и решили воспользоваться, чтобы посмотреть, что они смогут нам показать в этой важной области.

Оценка привязанности у детей, живущих в учреждениях

С детьми, живущими в учреждениях, мы использовали наиболее распространенную методику оценки привязанности в раннем детстве под названием «незнакомая ситуация»[10]. В соответствии с ней ребенка в возрасте от 1 до 2 лет наблюдают в серии эпизодов кратких расставаний и воссоединений с родителем/воспитателем. Теория привязанности утверждает, что маленькие дети балансируют между врожденной потребностью в отделении от объекта их привязанности для исследования окружающей среды и стремлением к физической близости к объекту привязанности в поисках успокоения и безопасности. В «незнакомой ситуации» ожидается, что ребенок чувствует себя более комфортно и более мотивирован

для исследования в присутствии объекта привязанности. В эпизодах разлучения с ним от ребенка ожидается проявление беспокойства или по крайней мере снижение мотивации для изучения окружающей среды. При кодировании «незнакомой ситуации» в поведении младенца, особенно во время воссоединения, отмечается, в какой мере он ищет близости и контакта и успокаивается после предшествующего эпизода разлучения. То, насколько во время этих эпизодов разлучения и воссоединения поведение ребенка является организованным, позволяет подготовленным кодировщикам определить качество привязанности ребенка к воспитателю.

Различия в том, как младенцы организуют свою привязанность и исследовательское поведение, особенно во время эпизодов воссоединения, можно надежно классифицировать по различным моделям привязанности. Малыши, страдающие от разлуки с воспитателем, при воссоединении с готовностью выражают ему свое огорчение, ищут утешения и, успокоившись, возобновляют исследовательское поведение. Такая модель классифицируется как безопасная привязанность к воспитателю. Примерно 50–60% типично развивающихся детей демонстрируют ее по отношению к своим воспитателям. Младенцы, которых огорчает разлука, но воссоединение с воспитателем их не утешает и беспокойство не проходит, классифицируются как имеющие амбивалентную/сопротивляющуюся привязанность и составляют 5–10% в выборках с низким уровнем риска. Еще 10–15% детей проявляют незначительную реакцию на разлуку и активно избегают или игнорируют своего воспитателя при воссоединении. Они относятся к числу имеющих избегающую привязанность[11]. Часто модели привязанностей зависят от отношений (то есть могут быть разными с разными воспитателями). Суть в том, что у ребенка

могут сформироваться несколько отношений привязанности с разными людьми, каждое со своей историей проявлений заботы и утешений от огорчения.

Четвертая модель — дезорганизованная привязанность — описывает маленьких детей, у которых нет организованной стратегии получения утешения. Вместо этого демонстрируется аберрантное поведение, плохо организованное или испуганное[12]. Около 15% детей с низким уровнем риска имеют дезорганизованную привязанность к своим воспитателям, но это число резко возрастает до 80% среди детей, подвергшихся жестокому обращению[13]. Чем больше количество и серьезность факторов риска в отношениях между воспитателем и ребенком, тем выше вероятность возникновения дезорганизованной привязанности[14]. Здесь важно отметить, что при всех различиях в моделях реагирования и в их качестве предполагается, что даже при дезорганизованной привязанности какие-то отношения привязанности с воспитателем у младенцев все же сформировались, т. е. они не находятся в ситуации, когда привязанность вообще не развивается.

Используя несколько модифицированный тест «незнакомая ситуация», исследователи выявили у детей дошкольного возраста закономерности, аналогичные полученным при изучении младенцев[15]. Безопасный, избегающий и сопротивляющийся/амбивалентный (зависимый у дошкольников) типы привязанности по своему описанию похожи на соответствующие модели во младенчестве. Дезорганизованная привязанность младенцев может проявляться у дошкольников как неорганизованная или контролирующая. Кроме того, у дошкольников группы высокого риска был выявлен еще один аберрантный паттерн, известный как небезопасная/иная привязанность.

Безопасные формы привязанности у младенцев и дошкольников считаются защитными факторами. Они снижают вероятность неадаптивных исходов, особенно в выборках детей высокого риска. Дезорганизованные, контролирующие и небезопасные/иные паттерны привязанности у дошкольников, напротив, служат серьезными факторами риска возникновения психопатологии в будущем[16].

Тип привязанности у младенцев, малышей и дошкольников доказал свою важность для понимания качества отношений между родителями и маленькими детьми в условиях высокого и низкого риска[17]. В значительном числе работ, исследующих различия в формах привязанности, показано наличие заметной связи между качеством ухода и типом привязанности, при этом чувствительность и отзывчивость лица, осуществляющего уход, связаны с безопасной привязанностью[18]. Кроме того, в случаях экстремальных отклонений в воспитании, таких, как жестокое обращение, ситуации межличностного насилия или злоупотребление психоактивными веществами со стороны матери, более вероятны аберрантные формы привязанности[19]. Все эти соображения побудили нас использовать именно методику «незнакомой ситуации» для оценки привязанности у детей младшего возраста, живущих в учреждениях.

Конечно, «незнакомая ситуация» была разработана для оценки качественных моделей привязанности у маленьких детей, которые сформировали эмоциональную связь со своими воспитателями. Мы не могли быть уверены в том, что у детей, живущих в учреждениях, действительно формируется привязанность к воспитателям. Тем не менее мы решили использовать эту методику, чтобы сравнить наши результаты с данными детей из разных условий и культур, а также посмотреть, покажет

ли она наличие привязанности у детей, находящихся в учреждениях, к их воспитателям.

Сразу возник вопрос, как выбрать человека для взаимодействия с ребенком в «незнакомой ситуации». В условиях, когда дети имеют ограниченные контакты с большим числом лиц, осуществляющих уход, неясно, кто может быть для ребенка объектом привязанности. Мы решили опросить сотрудников учреждений, где содержались дети, о наличии у них любимых воспитателей. Оказалось, что у персонала не было никаких разногласий в случаях, когда такие предпочтения явно присутствовали. Если же у ребенка не было явно предпочитаемого человека, мы просили, чтобы в задании участвовал воспитатель, регулярно работающий с ребенком и хорошо его знающий.

Для нас было важно, чтобы при оценке видеозаписей взаимодействия взрослых с детьми в «незнакомой ситуации» кодировщики не могли отличить воспитателей дома ребенка от матерей. Поэтому все воспитатели были одеты в обычную одежду, а видеозаписи кодировались специалистами по привязанности, не знающими статуса участников. На основе установленных критериев, соотносящих склонность малышей к исследованию среды и их стремление к близости со взрослым, детям приписывался один из четырех основных паттернов: безопасный, избегающий, сопротивляющийся/амбивалентный или дезорганизованный. Для части видеозаписей было проведено сравнение заключений двух экспертов кодировщиков, показавшее их совпадение.

Модели привязанности у детей, живущих в учреждениях

Проект BEIP был первым исследованием типов привязанности у румынских младенцев и малышей, включая живущих в учреждениях. Полученные нами результаты

поражали воображение. Среди детей, живущих со своими семьями в Бухаресте и никогда не находившихся в учреждениях, безопасную привязанность имели 74%, избегающую — 4%, и 22% проявляли дезорганизованную привязанность к своим матерям. Процент безопасных и неорганизованных паттернов оказался несколько выше, чем можно было бы ожидать в типично развивающейся выборке детей в Соединенных Штатах, но незначительные вариации в результатах для отдельного исследования — не редкость. Среди детей из учреждений лишь 18% проявили безопасную привязанность, 3% — избегающую, 65% — дезорганизованную. И 13% детей имели привязанности, которые были обозначены как неклассифицируемые[20]. Этот последний тип встречается крайне редко и никогда не выявлялся у детей, живущих в семьях.

Поразительные различия между детьми из контрольной группы и детьми из учреждений были похожи на данные, опубликованные другой группой исследователей, начавших описание греческих младенцев, растущих в учреждениях, уже после старта проекта BEIP[21]. Вышедшее вслед за тем исследование младенцев и малышей, растущих в украинских учреждениях, выявило схожее распределение паттернов привязанности[22]. Сходство результатов этих двух исследований в отношении привязанности контрастирует с показателями IQ, которые в проекте BEIP были гораздо ниже, чем у греческих или украинских детей. Разница говорит о том, что привязанность может быть более чувствительным показателем психологических нарушений, в то время как IQ может указывать на степень депривации. Важное, более старое исследование круглосуточных детских садов в Лондоне 1970-х годов также показало незначительное влияние институциализации на IQ, но глубокое влияние на тип

привязанности у маленьких детей[23]. Сближение результатов нашего исследования с другими повысило уверенность в том, что использование теста «незнакомой ситуации» в контексте работы в румынских закрытых учреждениях дало значимый эффект.

Нас также интересовало, можно ли предсказать, какие факторы особенно важны для формирования организованной привязанности к воспитателю в чрезвычайных условиях учреждения. Из многих переменных, которые мы проверили, только качество ухода оказалось существенно прогностическим. Повышение его на одну единицу было связано с 29-процентным увеличением шансов формирования организованной привязанности ребенка в учреждении. Когда дети с неклассифицируемой привязанностью были выделены в группу с использованием одних и тех же предикторов, повышение качества ухода на одну единицу ассоциировалось с 30-процентным увеличением шансов формирования организованной привязанности ребенка в учреждении[24].

Степень развития привязанностей у детей из учреждений

Несмотря на серьезные расхождения по формам привязанности между румынскими детьми в учреждениях и домашними, эти данные не в полной мере отражают всю глубину различий этих привязанностей. Кроме форм, выявились еще более важные различия в привязанности между детьми из учреждений и домашними детьми.

Элизабет Карлсон (Elizabeth Carlson), признанный эксперт по привязанности из Университета Миннесоты, была основным кодировщиком наших видеозаписей. Ей было известно лишь то, что в исследовании участвовали румынские дети, и в ее распоряжение были пере-

даны видеозаписи «незнакомой ситуации», длившиеся по 21 минуте для каждого ребенка. В ходе кодирования видеозаписей она отметила нечто странное, что описала как не вполне сформированная привязанность между ребенком и взрослым.

Многие дети на видео, которые кодировала Карлсон, демонстрировали очень необычное поведение. Более того, иногда они вообще не проявляли никаких предпочтений. Это заставило Карлсон остановиться и разработать 5-балльную шкалу для оценки степени сформированности привязанности между ребенком и воспитателем. Шкала описывала ряд поведенческих особенностей ребенка, которые не соответствовали традиционной схеме, но отражали степень или стадии формирования привязанности[25].

В шкале Карлсон оценке «5» соответствует любая вполне сформированная из традиционно выделяемых привязанностей, включая дезорганизованную. То есть поведение ребенка может быть классифицировано как соответствующее избегающей, амбивалентной и небезопасной или даже дезорганизованной, но все же привязанности, и оно получит оценку 5. Оценка «4» указывает на наличие сформированной привязанности, сопровождаемой экстремальными или сложными аномалиями поведения (выходящими за пределы традиционной кодировки дезорганизованной привязанности). Оценка «3» использовалась, когда наблюдались фрагментированные или неполные последовательности поведения привязанности, направленные больше к воспитателю, чем к незнакомцу. Следующая оценка, «2», использовалась при едва заметном различии в поведении ребенка по отношению к знакомому взрослому, с отдельными знаками и откликами привязанности. Наконец, детям, не проявлявшим сколько-нибудь заметного поведения

привязанности, присваивалась самая низкая оценка «1». Мы сопоставили шкалу Карлсон со шкалой другого эксперта по привязанности, Алана Сруфа (Alan Sroufe), ныне почетного профессора Университета Миннесоты. Обнаружился высокий уровень соответствия между ними и по описанию степеней сформированности привязанности, и в их отражении в 5-балльной шкале.

Мы строго следили за тем, чтобы в любые процедуры оценки привязанности включались только те дети, которые к этому моменту достигли возраста развития в когнитивной области, соответствующего 11 месяцам. Поскольку кодирование поведения ребенка в «незнакомой ситуации» зависит от его способности различать знакомых и незнакомых взрослых и организовывать свое поведение в ответ на умеренный стресс, мы хотели быть уверены, что дети имеют возраст развития в когнитивной и двигательной областях, достаточный для оценки их поведения привязанности. В результате мы включили 95 из 136 проживавших в учреждении детей, а также 50 из контрольной группы.

Результаты этого анализа были поразительны. Не зная ничего о детях, чье поведение они кодировали, эксперты оценили всех малышей из контрольной группы (50 человек) на 5 баллов по шкале Карлсон. То есть они имели полностью развитую привязанность и проявляли поведение, соответствующее ее паттернам. Из 95 воспитанников учреждения только 3 проявили поведение, соответствующее сформированной привязанности. 62 из этих 95 детей (65%) получили оценку «3» или ниже. Это означает, что они демонстрировали аномальное поведение, лишь минимально связанное с привязанностью. У 10% этих детей не просматривалось никаких признаков привязанности[26].

Такие результаты не слишком удивляют, учитывая чрезвычайно неблагоприятные условия для развития, существующие в учреждениях, хотя такого рода анализ никогда ранее и не проводился. Чуть более позднее исследование в Украине повторило наши выводы о не полностью сформированных привязанностях. Хотя там несколько более высокий процент детей, растущих в учреждении, получил оценку 5-го уровня по сравнению с нашим исследованием (24%, а не 3%)[27]. Еще один момент, представляющий интерес, связан с сопоставлением оценок степени сформированности привязанности и грубой типологией моделей привязанности. Во-первых, все 9 детей с оценкой «1» (не имеющие заметных привязанностей) были определены как неклассифицируемые. Во-вторых, 7 детей (29%), чья привязанность была отнесена к уровню 2, и еще 7 (24%) с оценкой 3, и 3 ребенка (10%) с 4 баллами показали надежную привязанность. Это означает, что проявившиеся ограниченные элементы поведения привязанности напоминали безопасную ее модель — например, огорчение при разлучении с воспитателем и поиск утешения от него, а не от незнакомца. Но очевидно, что их нельзя считать сопоставимыми с надежными привязанностями у детей из контрольной группы.

Пытаясь выяснить, что привело к отсутствию или к не полностью сформированной привязанности, мы рассматривали несколько возможных параметров. И единственным фактором, который мы смогли уверенно выделить, было качество ухода. Представляется, что в жизни детей отсутствовали внимательные и отзывчивые взрослые, которые могли бы обеспечить им последовательное позитивное социальное взаимодействие. Поэтому они и не формировали привязанности к своим воспитателям.

Расстройства привязанности у детей, живущих в учреждениях

Как мы видели, в обычных условиях воспитания все младенцы развивают отношения привязанности к заботящимся взрослым. В экстремальных же условиях, таких как сиротские учреждения, они могут быть серьезно нарушены или даже отсутствовать. Подходы к паттернам привязанности, которые мы описывали до сих пор, основаны на традициях фундаментальной психологии развития. Другой подход связан с клиническими описаниями детей, воспитываемых в учреждениях, и также основан на работах Джона Боулби. В его публикациях вводится определение психического расстройства, связанного с аберрантным поведением привязанности.

Реактивное расстройство привязанности (РРП) охватывает совокупность аберрантного поведения привязанности и других социальных аномалий, которые, как полагают, являются результатом социального пренебрежения и депривации. Описаны две клинические картины: эмоционально отстраненное/ингибированное поведение и социально расторможенное/дезингибированное поведение. В первом случае ребенок проявляет ограниченное или неразличимое поведение привязанности, даже когда расстроен. Кроме того, он не ищет успокоения в огорчении и не хочет, чтобы его утешали, а также испытывает трудности с регулированием эмоций, такие как необъяснимые вспышки раздражительности, страх или уход в себя. При социально расторможенной/дезингибированной модели ребенок проявляет отсутствие ожидаемой социальной сдержанности в отношении незнакомых взрослых, не поддерживает контакта с воспитателем в незнакомой обстановке и демонстрирует готовность «уйти» с не-

знакомыми людьми[28]. Несмотря на то, что систематическое изучение расстройств привязанности началось сравнительно недавно, у маленьких детей, живущих в условиях депривации, они известны на протяжении уже более полувека.

Проект BEIP дал возможность изучить ряд вопросов, не рассмотренных ни в одном из предыдущих исследований. Во-первых, он позволил нам систематически оценить расстройства привязанности среди нынешних воспитанников учреждений, используя современные методы. Более ранние работы носили в основном описательный характер и были выполнены в середине XX века. Во-вторых, наш проект позволил изучить естественное развитие расстройств привязанности в выборке высокого риска. В-третьих, мы получили беспрецедентную возможность изучить взаимосвязи между развивающимися паттернами привязанности (безопасной, избегающей, амбивалентной и дезорганизованной) и ее клиническими расстройствами. В-четвертых, мы смогли рассмотреть индивидуальные генетические различия, так называемые полиморфизмы, в качестве факторов риска для формирования расстройств привязанности. В-пятых, как и в случае с вышеописанной классификацией привязанности, проект позволил нам определить, является ли приемное воспитание (предположительно более благоприятная модель ухода) эффективным методом вмешательства при дезорганизованной привязанности. До сих пор не было проведено ни одного целенаправленного исследования по оценке такого рода вмешательства, не говоря уже о рандомизированном контролируемом исследовании. Наконец, как и в случае с другими результатами в проекте BEIP, мы смогли изучить влияние сроков помещения в приемную семью на формирование привязанности и определить, в какой

мере фактор времени имел значение. Все это были веские причины для включения исследования нарушений привязанности в проект BEIP.

Первые описания расстройств привязанности появились в исследованиях детей, растущих в учреждениях, и детей, переживших жестокое обращение. Одно из них, опубликованное в 1975 году, оказалось особенно известным[29]. В Лондоне конца 1960-х — начала 1970-х годов маленькие брошенные дети помещались в особые учреждения. Они включали отделения для младенцев и смешанные группы (для малышей и дошкольников) и были меньше типичных сиротских учреждений. В них проживало от 15 до 25 детей. Эти учреждения также были лучше оборудованы, чем их предшественники, известные по более ранним публикациям. Как правило, они имели достаточный штат, а у детей были не только игрушки и книги, но и расписание занятий, соответствующих возрасту и стимулирующих развитие. И действительно, к трем годам IQ этих детей достигал средних для возраста значений. Однако, как и в других подобных учреждениях, сотрудники работали посменно, и, что важно, им было прямо рекомендовано избегать привязанности к детям. Считалось, что если сформировавшиеся отношения привязанности окажутся прерваны, это отрицательно скажется на детях.

Ведущим исследователем этого проекта была Барбара Тизард (Barbara Tizard), лондонский психолог, специалист по усыновлению и воспитанию в закрытых учреждениях. Она наблюдала за 65 маленькими детьми, оставленными родителями и помещенными в эти лондонские учреждения в течение первых нескольких месяцев жизни. Они находились там по крайней мере до 2 лет. В возрасте от 2 до 4,5 лет 24 ребенка были усыновлены, а 15 возвращены их биологическим родителям. В результате

осталось 26 детей, живших в учреждениях с первых месяцев жизни до 4,5 лет.

Из этих 26 персонал выделил 18 как не имеющих глубокой привязанности ни к кому. При этом 8 детей были описаны как эмоционально отстраненные. Они были социально невосприимчивы и не проявляли никакого особого интереса к кому-либо, но имели некоторые поведенческие проблемы. Остальные 10 детей были более эмоциональны и социально включены, но описывались как ищущие внимания, цепляющиеся, чрезмерно дружелюбные с незнакомыми людьми и более склонные к проблемному поведению. Интересно, что те 8 детей, которые, по мнению персонала, проявляли привязанность, старались всегда держаться рядом с любимым воспитателем, протестовали против его ухода и не подходили к незнакомцам[30].

Поведение 8 детей, проявлявших эмоциональную отстраненность, теперь было бы классифицировано как эмоционально отстраненный/ингибированный тип реактивного расстройства привязанности. Со времени эпохального исследования Тизард другие работы показали, что это расстройство легко выявляется у некоторых маленьких детей, живущих в учреждениях, и у тех, кого только что поместили в приемную семью из ситуации социального пренебрежения. У детей же, усыновленных вне учреждений, напротив, такое расстройство обнаруживается редко.

10 детей из исследования Тизард, которые были более социально активны, но проявляли поверхностные эмоции и связи с другими людьми, сегодня были бы признаны имеющими социально расторможенное/дезингибированное реактивное расстройство привязанности. В более поздних исследованиях было показано, что оно также обнаруживается у детей, только что переведенных

в приемные семьи из семей, в которых они до этого испытывали социальное пренебрежение. В отличие от эмоционально отстраненного/ингибированного, социально расторможенное/дезингибированное расстройство наблюдается у очень немногих детей, усыновленных не из учреждений. Фактически устойчиво высокий уровень неизбирательного поведения является одной из наиболее частых социальных аномалий у детей, усыновленных из учреждений, в некоторых случаях он сохраняется многие годы[31].

В проекте BEIP мы оценивали признаки тех же типов поведения, что описаны в исследовании Тизард. Мы опросили воспитателей, а затем использовали кодировщиков для обработки материалов интервью. Обнаружилось, что, по оценкам воспитателей, у детей из учреждений эмоционально отстраненное/ингибированное и социально расторможенное/дезингибированное поведение встречается гораздо чаще, чем у детей контрольной группы. Однако у них не было очевидной связи между продолжительностью институциализации и признаками одного из этих двух типов расстройства привязанности.

Оценки степени сформированности привязанности по шкале Карлсон у детей из учреждений умеренно коррелировали с оценками воспитателей для эмоционально отстраненного/ингибированного расстройства привязанности, но не были связаны с оценками социально расторможенного/дезингибированного. Это может означать, что эмоционально отстраненный/ингибированный тип RAD соответствует маленьким детям, не испытывающим привязанности к воспитателям, в то время как дети постарше могут демонстрировать высокий уровень неизбирательного поведения как при наличии, так и при отсутствии привязанности.

Взаимосвязь между параметрами привязанности у детей, живущих в учреждениях

При базовом обследовании детей, живших в учреждениях, оценки степени развития привязанности умеренно коррелировали с оценками воспитателей в случае эмоционально отстраненного/ингибированного поведения, но не в случае социально расторможенного/дезингибированного реактивного расстройства привязанности. Это только подтверждает, что эмоционально отстраненный тип расстройства описывает частичное или почти полное отсутствие сформированных привязанностей. Однако высокий уровень неизбирательного поведения наблюдался у детей и с безопасными, и с небезопасными или неорганизованными привязанностями, и даже у детей без привязанностей. Это значит, что социально расторможенная/дезингибированная форма расстройства привязанности в значительной степени статистически независима от типов привязанности, определяемых по методу «незнакомой ситуации»[32]. У детей младшего возраста с расстройствами привязанности дезорганизованные или аберрантные паттерны более вероятны, чем организованные, но эти два конструкта — расстройства привязанности и ее паттерны — определенно являются разными показателями.

Влияние метода вмешательства на привязанность

Помещение детей в приемные семьи было специально разработано для укрепления отношений привязанности у детей и снижения признаков нарушений. Чтобы определить степень успешности нашего метода, мы исследовали как типы привязанности, определенные по методике «незнакомой ситуации», так и признаки расстройств.

Влияние вмешательства: типы привязанности

В возрасте 42 месяцев мы повторили процедуру «незнакомой ситуации»[33]. Она была очень похожа на ту, что использовалась с малышами, но система кодирования отличалась. В этом возрасте оценка моделей привязанности зависит не только от движений ребенка к воспитателю и от него, но и от использования им языка для регулирования эмоциональной дистанции. У дошкольников обнаруживаются паттерны безопасности, избегания, зависимости, дезорганизованности, контроля и небезопасности/другие. Последние три являются «нетипичными» и, как полагают, более связаны с психопатологией, чем безопасные, избегающие и зависимые модели. Таким образом, проведенный нами анализ состоял в категориальных сравнениях безопасных паттернов со всеми остальными и типичных (надежных, избегающих и зависимых) моделей с атипичными (дезорганизованными, контролирующими и небезопасными/другими). Мы также снова использовали оценку степени безопасности. Как и при базовом обследовании, дети, живущие в учреждениях, участвовали в процедуре вместе со своим любимым воспитателем, если таковой у них был, а если нет, с кем-то, кто регулярно работал с ребенком и хорошо его знал.

Мы прогнозировали более высокую долю безопасных привязанностей у детей из приемных семей, по сравнению с теми, кто остался в учреждениях. Мы также предсказывали меньшее число нетипичных паттернов среди тех, кто находится в приемных семьях.

В соответствии с нашими прогнозами, только 18% группы CAUG в 42 месяца проявили безопасную привязанность против 49% детей в приемных семьях и 65% из контрольной группы. По шкале оценки степени привязанности дети в контрольной группе показали значи-

тельно более сильную привязанность, чем две другие. Однако приемные дети проекта BEIP демонстрировали более высокую степень безопасности привязанности, чем дети, оставшиеся в учреждении.

Нас также интересовало влияние возраста помещения в приемную семью и срока пребывания в ней на безопасность привязанности. Другими словами, мы хотели понять, существует ли возраст, в котором шансы на развитие у ребенка безопасной привязанности начинают уменьшаться? И действительно, оказалось, что дети, помещенные в приемные семьи до достижения 24 месяцев, имели значительно больше шансов сформировать

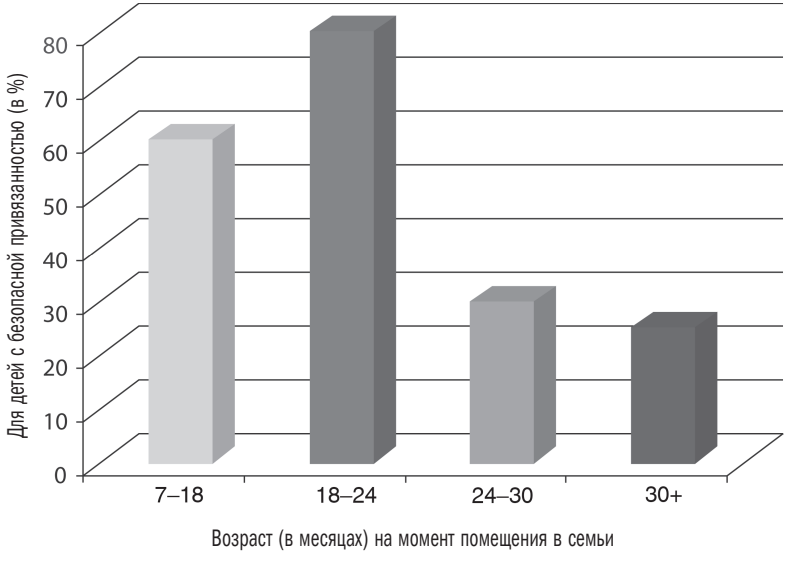

Рис. 10.1. Процент детей с безопасной привязанностью в приемных семьях в возрасте 42 месяцев как функция возраста при помещении в семью. Обратите внимание, что гораздо большее число детей проявляют безопасную привязанность, если они были помещены в семью в возрасте 24 месяцев или раньше

безопасные привязанности, чем те, которые были помещены туда позже. Более поздний перевод из учреждения не исключал развития у ребенка безопасной привязанности к приемному родителю, но уменьшал вероятность этого. Как показано на рисунке 10.1, 25% детей старше 24 месяцев на момент помещения в семью сумели сформировать безопасные привязанности. Этот вывод имеет важное значение, поскольку предполагает, что даже дети, начавшие свою жизнь в тяжелых условиях, обладают способностью к существенному восстановлению. Более того, как мы увидим в главе 11, дети, имевшие безопасные привязанности в 42 месяца, впоследствии были более успешными в социальном и психологическом плане, чем те, у кого их не было.

Влияние вмешательства: расстройства привязанностей

Наши данные о характере привязанности были ограничены возрастом 42 месяцев. Однако данные о расстройствах привязанности поступали в отчетах воспитателей для каждого возраста, а также при обследованиях в 54 месяца и в 8 лет. Воздействие метода вмешательства оказалось разным для двух типов расстройств привязанности.

Для эмоционально отстраненного/ингибированного типа реактивного расстройства привязанности значительные положительные эффекты помещения в приемную семью были очевидны при самом первом обследовании, то есть уже в возрасте 30 месяцев, а затем подтверждались при каждом плановом обследовании. То есть у приемных детей было значительно меньше признаков эмоционально отстраненного/ингибированного реактивного расстройства привязанности по сравнению с оставшимися в учреждении, а его уровни не отличались от контрольной группы. Это означает,

что все признаки расстройства были эффективно устранены в результате вмешательства уже к самому первому обследованию. К 30 месяцам приемные дети провели в своих новых семьях от одного (самые старшие дети на момент начала исследования) до 23 (самые младшие дети на момент начала исследования) месяцев, в среднем 8 месяцев. Не обнаружилось зависимости и от возраста ребенка при помещении в семью: признаки эмоционально отстраненных / ингибированных реактивных расстройств привязанности быстро исчезали независимо от возраста. Представляется, что такой паттерн поведения является довольно «пластичным» и может быть исправлен с помощью вмешательства[34].

При социально расторможенном /дезингибированном типе расстройства привязанности реакция на вмешательство была более сложной, но тоже довольно интересной. Отчеты опекунов и родителей об индивидуальном поведении, а также все данные за период от базового обследования до 8 лет показали, что у детей, помещенных в приемную семью проекта BEIP, было меньше признаков неизбирательного поведения, чем у оставшихся в учреждении, но больше, чем у детей, которые никогда не были институциализированы. Кроме того, кривые восстановления для социально расторможенного /дезингибированного реактивного расстройства привязанности в группе приемных детей и группе CAUG различались. Как обычно признаки улучшений появлялись в группе приемных детей и были очевидны между каждой парой обследований. Единственный раз изменения отсутствовали между 42 и 54 месяцами. В группе CAUG различия были отмечены только между 54 месяцами и 8 годами[35]. С другой стороны, общие различия между группами с течением времени были едва статистически значимы, что свидетельствует о гораздо

менее сильной реакции на вмешательство, чем при социально расторможенной /дезингибированной модели.

Не менее важным для нас было дополнить отчеты воспитателей собственными измерениями неизбирательного поведения. Всякий, кто посещал учреждения для маленьких детей, замечал малышей, которые с готовностью бегут к незнакомцу, протягивая руки навстречу, как будто вы их любимый товарищ по играм, хотя они никогда раньше вас не видели. Такое поведение обычно не наблюдается у типично развивающихся детей из-за так называемого страха незнакомцев, который обычно появляется к 7–9 месяцам жизни. Впервые появившись, эта настороженность к незнакомцам и некоторая степень замкнутости по отношению к ним сохраняется в течение следующих нескольких лет. Мы не только сами часто наблюдали это явление, но знали, что неизбирательное поведение является одной из наиболее стойких и распространенных аномалий, обнаруженных у детей, усыновленных из учреждений Румынии и других стран[36].

Поначалу мы рассматривали возможность процедуры, которая бы оценивала готовность детей «уйти» с незнакомым ассистентом, зашедшим в лабораторию. Но поскольку дети привыкли посещать лабораторию и следовать за научными сотрудниками, участвующими в процедурах, мы не были уверены, что это поможет выявить поведение, которое нас интересовало. В качестве альтернативы мы решили организовать нечто подобное в местах проживания детей, то есть в квартирах, домах или учреждениях, где они находились.

В возрасте 54 месяцев было запланировано три посещения детей на дому. По завершении первого визита, воспитателю/матери давались инструкции в отношении следующего визита. В следующий раз в дверь звонил

научный сотрудник, неизвестный ребенку. Мать (или воспитатель) и ребенок должны были присутствовать вместе, когда откроется дверь. Научный сотрудник, посмотрев на ребенка, говорит: «Здравствуй, меня зовут Флорин, а тебя как зовут?» Затем он, по-прежнему глядя на ребенка, говорит: «Пойдем со мной, я хочу тебе кое-что показать». По инструкции мать/воспитатель не должны давать ребенку никаких указаний относительно того, что делать. Мы отмечали, ушел ли ребенок с незнакомцем или отказался. Если он действительно уходил с гостем, они недолго шли вместе, а затем ребенка приветствовал научный сотрудник, знакомый ему по предыдущей неделе, который говорил: «Здравствуй, вот я и вернулся, чтобы поиграть с тобой подольше в этот раз». Эта процедура стала известна как «незнакомец у порога»[37].

Мы полагали, что для 4-летних детей будет необычным покидать свой дом в сопровождении незнакомца, и реакции участников из контрольной группы подтвердили нашу правоту. Только один из 28 (4%) детей из контрольной группы ушел с незнакомцем. Напротив, из группы CAUG за незнакомцем последовали 13 детей из 31 (42%). Дети из приемных семей оказались между этими группами, там 7 из 29 (24%) ушли с незнакомцем. У нас нет данных по всей выборке, поскольку мы разработали эту процедуру уже после того, как начали плановое обследование в 54 месяца. На тот момент только 88 детей смогли завершить ее с полезными для нас результатами. Несколько родителей отказались от участия или проинструктировали ребенка о том, что он должен делать — данные этих детей были исключены при анализе. Хотя различия между группами и кажутся значительными, на самом деле, поскольку выборка была маленькой, фактически нет никакой статистической разницы

между долей детей из группы CAUG и приемных. Однако дети из обеих этих групп были более склонны уйти с незнакомцем, чем дети из местной контрольной группы. Важно также отметить, что отчеты воспитателей о поведении детей и кодировки этой процедуры в значительной степени совпадали, и это означает, что они схватывали одно и то же явление.

Что касается сроков помещения в приемные семьи, то результаты для социально расторможенного/дезингибированного расстройства привязанности были неоднозначными. У детей, оказавшихся в семье рано (до 24 месяцев), баллы, как правило, были ниже, за исключением обследований в 42 месяца и в 8 лет. У этой группы оценки быстро снизились между базовым обследованием и 30 месяцами, а затем оставались стабильными. У группы детей, помещенных в семьи позднее 24 месяцев, отмечено умеренное снижение баллов между 30 и 42 месяцами, после чего они тоже стабилизировались вплоть до обследования в 54 месяца, а к обследованию в 8 лет снова снизились[38].

Демографические факторы, такие, как пол и этническая принадлежность, никак не влияют на восстановление детей с расстройствами привязанности. Дети с когнитивными расстройствами из группы CAUG (но не из группы помещенных в приемные семьи) показали меньшее улучшение по признакам эмоционально отстраненного/ингибированного расстройства привязанности[39]. Эти данные свидетельствуют, что помещение в семьи определенно устраняет его признаки у детей младшего возраста, ранее находившихся в учреждениях, но оказывает меньшее влияние на социально расторможенное/дезингибированное расстройство привязанности. В связи с этим возникает вопрос о том, какие дополнительные компоненты должны быть включены во вмешательство

для неизбирательного поведения. Например, приведет ли обучение чтению и реагированию на социальные сигналы к преодолению неизбирательного поведения? Такое обучение могло бы стать эффективнее при более четком понимании и описании социальных/когнитивных аномалий, лежащих в основе неизбирательного поведения.

Отношения со сверстниками, социальные навыки и социальная компетентность

По мере взросления детей их социальный мир расширяется от семьи к школе, классу и сверстникам. Участники проекта BEIP (даже те, кто оставался в учреждениях в течение многих лет) посещали школу, да и в самих учреждениях имелись возможности для социального взаимодействия. Понятно, что нас не могло не интересовать формирование у них социальных навыков и компетентности в общении со сверстниками. С этой целью мы попросили родителей/воспитателей докладывать о социальном поведении детей, а мы в свою очередь наблюдали каждого из них во взаимодействии с ровесником того же возраста и пола в нашей лаборатории. Мы структурировали это взаимодействие и записали его на видео. Затем по видеозаписям кодировалось поведение, которое показывало социальные навыки и компетентность.

Исследований, посвященных социальному поведению проживающих в учреждении детей, а также их социальным навыкам и близким и дружеским отношениям между ними, довольно мало. Пенни Рой (Penny Roy) и ее коллеги изучали социальное поведение детей младшего школьного возраста, проживающих в учреждениях, в сравнении с детьми, воспитывающимися в при-

емных семьях[40]. Основываясь на отчетах воспитателей, они обнаружили, что одна пятая часть детей из учреждений (но ни один из приемных семей) утверждает, что «настоящих» друзей у них мало или совсем нет. Исследователи заключили, что такой недостаток социальных связей обусловлен отсутствием у них соответствующих отношений с теми, кто за ними ухаживал. Похожие данные о проблемах в отношениях между сверстниками среди румынских детей дошкольного возраста, живущих в учреждениях, в сравнении с контрольной группой местных детей приводят Сандра Калер и Б. Дж. Фримен (Sandra Kaler and B. J. Freeman)[41]. Низи Эрол, Зейнеп Симсек и Керим Мунир (Nese Erol, Zeynep Simsek, and Kerim Munir) проанализировали самоотчеты о социальном поведении в выборке 11–18-летних подростков, живущих в учреждениях Турции[42]. Они обнаружили, что их воспитатели и учителя сообщают о более высоких показателях социальных проблем у этих подростков по сравнению с контрольной группой. Хотя в этих и других исследованиях сообщалось о социальных трудностях детей и подростков, воспитывающихся в учреждениях, исследователи не изучали собственно социальные навыки или особенности поведения в этих выборках, с тем чтобы выяснить причины трудностей детей и отсутствия у них друзей. Вполне возможно, что детям прежде всего не хватает навыков, необходимых для формирования такого типа отношений и просто нежелание в них вступать.

По ряду причин важно понять влияние институциализации на социальное развитие детей в разные периоды детства. Самое главное, что раннее социальное поведение закладывает основу для успеха детей в условиях растущих социальных требований и изменений, происходящих в более позднем возрасте. Социальное

отторжение или изоляция может приводить к вовлечению подростков в поведение, сопряженное с риском[43]. И действительно, Эрол (Erol) и его коллеги обнаружили, что те подростки, пережившие институциализацию, которые сообщали о меньшем количестве друзей и плохих отношениях с ними, показывали и более высокие баллы по шкале проблем поведения в Молодежном самоотчете[44]. Кроме того, трудности в отношениях со сверстниками в раннем детстве удалось связать с трудностями адаптации во взрослом возрасте[45]. Чтобы избежать такого негативного исхода, важно определить, может ли помещение в приемную семью как метод вмешательства исправить некоторые негативные социальные последствия предшествующего пребывания в учреждениях.

Измерение социального развития

Чтобы проанализировать социальные навыки 8-летних детей, мы попросили их основных воспитателей и учителей рассказать о них, используя систему оценки социальных навыков (SSRS — Social Skills Rating System)[46]. SSRS включает в себя 55 пунктов для воспитателей и 57 — для учителей, которые оценивают детские социальные навыки (подшкалы для общения, сотрудничества, самоутверждения, ответственности, сопереживания, участия и самоконтроля), проблемы поведения (подшкалы экстернализации, агрессии, гиперактивности/невнимательности, интернализации, аутистического спектра) и академическую компетентность (подшкалы достижений в языке, математических достижений и мотивации к обучению).

Взаимодействие детей с незнакомым сверстником оценивалось в лаборатории с помощью 6 интерактивных заданий, предъявлявшихся в следующем порядке:

«Расскажи мне», Лего, Головоломки, Дженга, «Мозговой штурм», карточная игра «Pacalici». В задании «Расскажи мне» детей просили рассказать друг другу о себе (по 2 минуты). В заданиях по Лего и Головоломкам им было предложено сначала построить конструкцию из набора Лего, а затем собрать головоломоки, работая вместе. Выполняя задание по Дженге, дети должны были по очереди вынимать деревянные блоки из основания башни и класть их сверху, не разрушая башню. В задании «Мозговой штурм» участников попросили обсудить, что они оба любят делать для удовольствия, и назвать 3 главные вещи. В задании Pacalici использовалась соревновательная румынская карточная игра. Каждое задание длилось около 5 минут.

Поведение детей записывалось на видеопленку, а затем кодировалось независимой группой румынских сотрудников. Оценивались, в частности, продолжительность высказывания, сотрудничество, отвлечения от задачи, пассивность, участие в разговоре, ерзание, повторение за партнером, позитивный аффект и негативный аффект. Нас особенно интересовали задержки начала общения во время конкретной сессии и активность/пассивность (равноправность) участия в решении конкретной задачи. Первый параметр назывался у нас «речевой сдержанностью», а второй — «социальной компетентностью».

Влияние метода вмешательства: социальные навыки

Используя анкеты, заполненные родителями/воспитателями и учителями, мы сравнили социальные навыки детей из 3 групп нашего проекта (CAUG, FCG и NIG). Результаты показали положительное влияние метода вмешательства на социальное поведение детей через

3,5 года после окончания эксперимента[47]. В частности, дети из приемных семей имели больше социальных навыков (по оценкам родителей, но не учителей), чем дети, оставшиеся в учреждениях. Интересно, что по оценкам учителей дети групп и FCG, и CAUG имели меньше социальных навыков, чем по оценкам их биологических или приемных родителей.

Еще одним важным выводом стало значительное влияние возраста при помещении в приемную семью. Дети, помещенные в семьи до 20 месяцев, были оценены учителями как имеющие больше социальных навыков, чем те, кто был переведен из учреждения в более позднем возрасте. Надо отметить, что учителям вряд ли могло быть известно, в каком возрасте ребенок был помещен в семью, или что он вообще когда-то находился в учреждении. Эти результаты свидетельствуют о положительном влиянии раннего вмешательства на социальные навыки детей. Тем не менее приемные дети не показали такого же результата, как контрольная группа. Это указывает на продолжающееся, по крайней мере к 8 годам, влияние на развитие ранней депривации.

Влияние вмешательства: отношения со сверстниками

Эффекты нашего метода вмешательства обнаружились и при наблюдении за поведением детей со сверстниками[48]. Участники из групп CAUG или FCG (т. е. с историей проживания в учреждениях) взаимодействовали со сверстником того же возраста и пола из контрольной группы (NIG) по описанным выше заданиям. Здесь тоже обнаружились положительные результаты вмешательства. В частности, приемные дети были оценены как более компетентные и менее скованные, чем оставшиеся в учреждении. Дети группы CAUG показали значитель-

но более ограниченную речь, а уровень речевой компетентности группы FCG был существенно выше. Эти результаты подчеркивают положительное влияние метода вмешательства на компетентность детей при взаимодействии с незнакомыми сверстниками по двум социально важным направлениям.

Для изучения того, как влияют характеристики (например, ограниченность речи) детей, когда-либо живших в учреждениях, на поведение сверстников без опыта проживания там (в таких областях, как речевая компетентность, социальная вовлеченность и социальная отстраненность), и наоборот, была использована модель взаимозависимости с партнером (Actor-Partner Interdependence Model — APIM)[49]. Комплекс ограниченности речи был выбран в качестве предиктора, поскольку он был зафиксирован в самом первом интерактивном задании («Расскажи мне»), которое дети выполняли при этом обследовании. Анализ APIM позволяет увидеть, как один ребенок влияет на поведение другого в паре.

Мы обнаружили, что, когда дети CAUG проявляли большую сдержанность речи, их сверстники NIG демонстрировали меньшую социальную вовлеченность. Однако обратного влияния не было, речевая активность детей группы NIG никак не воздействовала на социальную вовлеченность детей группы CAUG. В паре детей из групп FCG — NIG не зафиксировано никакого влияния речевой активности на социальную вовлеченность ни в каком направлении при выполнении заданий Дженга/Pacalici. В принципе, дети группы FCG имели социальные навыки и компетентность так взаимодействовать с незнакомыми сверстниками, что они не влияли на поведение партнеров из контрольной группы. Напротив, дети группы CAUG оказывали негативное влияние на поведение контрольной группы.

Мозг, поведение и социальное развитие

Как показано в главе 8, у 8-летних детей мы обнаружили влияние возраста помещения в семью на альфа-ритм, регистрируемый на ЭЭГ, схожее с влиянием на социальные навыки (по оценкам учителей). Чтобы исследовать отношения между функционированием мозга и социальным развитием, мы решили посмотреть, взаимодействуют ли они. И если да, то как биологические факторы (альфа-ритм) влияют на социальные навыки (по оценкам учителей) в ранние школьные годы.

Мы увидели, что чем более надежную привязанность проявляли дети к выбранным взрослым в возрасте 42 месяцев, тем больше была вероятность, что к 8 годам учителя отметят у них лучшие социальные навыки. Однако, рассмотрев значения альфа-ритма в 8 лет, мы смогли показать статистическое взаимодействие: альфа-ритм в значительной степени влиял на связь между надежностью привязанности и социальными навыками. Для детей с более высокими его показателями (т. е. более чем на одно стандартное отклонение выше среднего), большая надежность привязанности значимо предсказывала лучшие социальные навыки. Однако у детей с низкими показателями альфа-ритма (т. е. более чем на одно стандартное отклонение ниже среднего) никакой связи между надежностью привязанности и социальными навыками не было.

Таким образом, различия в функционировании мозга у детей (определяемые показателями альфа-ритма) в младшем школьном возрасте могут отражать различия в раннем развитии мозга в результате раннего опыта взаимодействия с воспитателями. В частности, есть основания предположить, что снижение альфа-ритма может, с одной стороны, отражать, а с другой — влиять на способности внимания и обработки сенсорной информа-

ции. А они в свою очередь могут быть связаны с такими социальными навыками, как инициирование общения с новыми сверстниками, решение споров, устойчивость к давлению со стороны и регулирование собственных эмоций. Неудивительно, что надежные отношения привязанности в раннем детстве предсказывают широкий спектр социальных навыков спустя годы. Но этот защитный эффект проявляется в первую очередь у детей с более зрелыми и соответствующими возрасту показателями альфа-ритма на ЭЭГ[50].

Краткие итоги 8 лет

Эта работа позволила получить ряд важных результатов (см. таблицу 10.1). Прежде всего мы видим, что влияние нашего метода вмешательства на социальное поведение и компетентность детей сохраняется через 8 лет после начала исследования и через 4 года после завершения экспериментальной части вмешательства. Здесь, как и при анализе других аспектов вмешательства, мы использовали подход «intent-to-treat» (намерение помогать), так что обнаруженные нами положительные результаты вмешательства на самом деле являются консервативной оценкой истинных эффектов. Во-вторых, временные факторы имеют важное значение для результатов вмешательства. То есть дети, выведенные из учреждений до 2 лет, демонстрируют лучшие социальные навыки, чем те, кто был помещен в приемные семьи после 2 лет. Очевидно также, что воздействие социальной депривации имеет долгосрочные последствия для всей выборки. В целом 8-летние дети, побывавшие в учреждениях в раннем возрасте, по-прежнему демонстрируют менее развитые социальные навыки, чем представители из местной контрольной группы. Наконец, установле-

Таблица 10.1 Влияние метода вмешательства, возраста помещения в семью и срока пребывания в ней на социально-эмоциональное развитие

Оцениваемый фактор	Обследование								
	42 месяца			54 месяца			8 лет		
	Эффекты вмешательства	Влияние возраста и срока пребывания	Когда проведено наблюдение	Эффекты вмешательства	Влияние возраста и срока пребывания	Когда проведено наблюдение	Эффекты вмешательства	Влияние возраста и срока пребывания	Когда проведено наблюдение
Позитивная эмоциональная выразительность	да	нет			Не оценивалась			Не оценивалась	
Привязанность									
Безопасность	да	да	24 мес.		Не оценивалась			Не оценивалась	
Организация	да	да	24 мес.		Не оценивалась			Не оценивалась	
Дезорганизованная привязанность									
Ингибированная	да	нет	–	да	нет	–	да	нет	–
Дезингибированная	да	да	24 мес.	нет	нет	–	нет	нет	–
Социальные навыки									
Учителя		Не оценивалась			Не оценивалась		да	нет	20 мес.
Родители		Не оценивалась			Не оценивалась				–
Отношения со сверстниками									
Речевая сдержанность		Не оценивалась			Не оценивалась		да	нет	–
Социальная отстраненность		Не оценивалась			Не оценивалась		нет	нет	–
Социальная включенность		Не оценивалась			Не оценивалась		нет	нет	–
Социальная компетентность		Не оценивалась			Не оценивалась		да	нет	–

ние связи функций мозга с социальным развитием дополнительно подчеркивает важность раннего опыта для последующего развития.

Заключение

В этой главе показано какие результаты нам удалось обнаружить в отношении эмоциональной отзывчивости, привязанности и социальном развитии в младшем школьном возрасте. Здесь также приведены некоторые самые сильные и убедительные выводы из Бухарестского проекта по раннему вмешательству. Последствия институциального воспитания в этих областях весьма глубоки, но и способность детей к восстановлению весьма сильна. По нашим наблюдениям, раньше и полнее всего происходит восстановление в сферах социального и эмоционального функционирования у детей, живущих в приемных семьях после пребывания в учреждениях. Например, в заданиях с перчаточными куклами и игре в ку-ку/прятки, уже при самой первой оценке в 30 месяцев, положительная эмоциональная выразительность приемных детей была сопоставима с таковой у никогда не бывших в учреждениях и намного лучше, чем у тех, которые остались там. То есть произошло полное восстановление по этому фактору. Нормализация признаков реактивного расстройства привязанности к 30 месяцам была также очевидна. Кроме того, на 4-м году жизни безопасность привязанности детей продолжает укрепляться и служить предиктором широкого спектра последующих исходов в области психопатологии и социального развития. Формирование безопасной привязанности к приемному родителю играло центральную роль в механизме или процессе, посредством которого эти

маленькие дети, начавшие свою жизнь в чрезвычайно неблагоприятных для развития условиях, сворачивали на более адаптивные траектории развития. И, наконец, достижения в младшем школьном возрасте, т. е. спустя годы после проведенного вмешательства, связаны с функциональными изменениями мозга.

Эти результаты также показывают, что социальные и эмоциональные аспекты развития обладают значительной пластичностью, по-видимому, даже большей, чем когнитивная сфера (см. главу 7). Другими словами, несмотря на то, что социальное и эмоциональное функционирование детей пострадало вследствие пребывания в учреждениях, при перемещении в нормальную среду ухода они демонстрировали замечательное восстановление. Очевидно, однако, что чем раньше происходит нормализация условий воспитания ребенка, тем лучше. Это явствует из многочисленных данных о наличии сензитивных периодов в данных областях. В заключительной главе книги мы вернемся к этим вопросам при обсуждении вклада проекта BEIP, выходящего за рамки непосредственного влияния на детей, которых мы изучали.

В будущем мы также надеемся обратиться к исследованию влияния перехода к подростковому возрасту (когда сложность социальных потребностей и распространенность эмоциональных проблем, как правило, возрастают) у детей с историей тяжелой депривации. Мы полагаем, что им придется очень нелегко, и ожидаем, что окружающая их на тот момент среда будет иметь важное значение. Тем не менее еще только предстоит увидеть, насколько очень ранний опыт, который нам удалось зафиксировать, все еще будет сказываться спустя годы после осуществления вмешательства.

Глава 11

Психопатология

Таким образом, мы пришли к выводу, что утрата материнской фигуры либо сама по себе, либо в сочетании с другими факторами, которые еще предстоит ясно выделить, способна вызывать реакции и процессы, представляющие огромный интерес для психопатологии.

Джон Боулби. Привязанность (1969)

В апреле 2010 года некая дама из штата Теннесси посадила своего 7-летнего приемного сына одного на самолет, летевший в Москву. Она снабдила его запиской с уведомлением для российских властей о том, что она больше не желает воспитывать мальчика, усыновленного ею 6 месяцев назад. Она жаловалась, что у него серьезные психологические проблемы, включая психопатические наклонности и агрессивное поведение. Она утверждала, что в детском доме, где он раньше жил, ее обманули в отношении его состояния и имеющихся проблем[1]. По этим причинам она решила отказаться от усыновления и, что удивительно, вернуть мальчика в Россию.

Это, конечно, экстремальный случай, но, по данным ABC News, за 15-летний период с начала 1990-х годов 15 детей, усыновленных из российских учреждений, были убиты приемными родителями в США[2]. Во всех

этих случаях они считали детей неуправляемыми и жестокими, хотя более чем половина из них были младше 3 лет[3].

Такие события, конечно, редки, но, как мы установили, многие дети, усыновленные из учреждений, имеют различные проблемы развития и поведения, а также эмоциональные проблемы. Почти 50 лет назад Джон Боулби при обсуждении психологических проблем детей, растущих в учреждениях, отмечал у них «тенденцию предъявлять повышенные требования к окружающим и сердиться и злиться, когда они не выполняются», а также подчеркивал «отсутствие способности завязывать глубокие отношения, подобное тому, что наблюдается у неэмоциональных и психопатических личностей»[4]. В последние 15 лет неблагоприятный опыт воспитания детей в учреждениях все чаще связывают с последующей серьезной психопатологией. Исследования по вопросам усыновления ясно показывают, что среди детей, живших в учреждениях, выше вероятность развития определенных видов психопатологии. Например, Раттер и англо-румынская исследовательская группа ERA выделяют расстройство привязанности по расторможенному типу, невнимательность/гиперактивность, квазиаутизм и интеллектуальные нарушения как постинституциальный синдром[5]. В других исследованиях описываются расстройства привязанности, стереотипии, проблемы интернализации и экстернализации поведения как обычные последствия воспитания в учреждениях[6].

Ко времени начала проекта BEIP существовало довольно мало систематических исследований психопатологических исходов, связанных с воспитанием в учреждениях. И до сих пор эта работа в основном сосредоточена на усыновленных из-за границы детях, начавших

свою жизнь в учреждениях. В этих исследованиях оценка состояния детей до усыновления не проводилась, так что оставалось неясным, когда именно возникли их проблемы. Кроме того, как уже отмечалось, исследования по вопросам усыновления по самой своей природе нерепрезентативны, поскольку семьи выбирают далеко не любых детей.

Предшествующие работы о психических расстройствах у детей с историей жизни в учреждениях, как правило, посвящены отдельным из них[7]. За исключением СДВГ (синдрома дефицита внимания и гиперактивности), расстройства, связанные с деструктивным поведением, специально не изучались, равно как и тревожные расстройства, выходящие за рамки посттравматического синдрома. Другие исследователи ограничивались анкетным опросом родителей о проблемах поведения детей, не проводя систематических диагностических собеседований[8]. Предвестникам психопатологии уделялось мало внимания, а механизмы возникновения ее у детей, воспитывающихся в учреждениях, не исследовались. При обсуждении дизайна проекта BEIP мы постарались учесть все эти пробелы.

Базовое обследование младенцев и детей раннего дошкольного возраста

Напомним, что к началу нашего исследования возраст детей составлял от 6 до 30 месяцев, а исходная группа включала 136 детей, которые проживали в учреждениях и провели в них не менее половины своей жизни (см. главу 2).

Учитывая, что дети были еще очень малы, мы ис-

пользовали отчеты родителя/воспитателя по методике «Социальной и эмоциональной оценки младенцев и малышей» (Infant Toddler Social Emotional Assessment — ITSEA), чтобы определить поведение, которое могло бы указывать на психопатологию или быть ее предвестником[9]. ITSEA состоит из 195 вопросов для оценки проблемного поведения и компетентностей детей в возрасте 12 месяцев и старше. Суммарные показатели проблем экстернализации (гиперактивность/импульсивность, агрессия/непослушание, агрессия в отношении сверстников), интернализации (депрессия/уход в себя, тревога, сепарационный дистресс, неприятие новизны), нарушений регуляции/дисрегуляции (негативные эмоции, нарушения сна и принятия пищи, проблемы сенсорной сензитивности) и общей компетентности (соблюдение требований, имитация/игра, внимание, мотивация к достижениям, эмпатия, просоциальные взаимоотношения со сверстниками) рассчитывались как суммы оценок по каждому аспекту. Отдельными баллами оценивались неадаптивное поведение, имеющиеся социальные связи и атипичное поведение. Поскольку анкета ITSEA уже была ранее нормирована по возрастным группам и полу, балл каждого ребенка можно было сравнить с результатми других детей[10].

Дети из учреждений и контрольная группа при базовом обследовании

К началу исследования, судя по отчетам воспитателей, дети, воспитывающиеся в учреждениях, чаще проявляли неадаптивное и нетипичное поведение, чем дети из контрольной группы. Удивительно, что между группами не было различия по шкалам экстернализации, интерна-

лизации и дисрегуляции. В то же время дети, воспитывающиеся в учреждениях, получили более низкие баллы за общую компетентность и социальные отношения, чем местные дети из контрольной группы[11].

Отсутствие различий между детьми из учреждений и детьми из местных семей в интернализации и экстернализации было неожиданным, поскольку большинство других измерений показали большую разницу между этими двумя группами. Возможно, дети были слишком малы (в среднем 22 месяца на начало исследования), чтобы демонстрировать поведение, которое могло бы быть признаком или предвестником психопатологии. Возможно, из-за небольшого возраста взрослые просто не смогли его распознать.

Влияние вмешательства на дошкольников

Когда детям было 54 месяца, мы смогли вместо анкет использовать структурированное психиатрическое интервью (Психиатрическое обследование дошкольного возраста — Preschool Age Psychiatric Assessment — PAPA)[12]. Эта методика ранее было использована в Северной Каролине в широкомасштабном исследовании детей 2–5 лет и проводилась во время педиатрических приемов. Она продемонстрировала надежность при повторном тестировании, сопоставимую с аналогичными интервью, используемых для оценки старших детей и взрослых[13].

Мы также использовали PAPA позже в Бухаресте при изучении распространенности психопатологии у маленьких детей, посещающих педиатрические клиники[14]. Как показано в таблице 11.1, частота нарушений в вы-

Таблица 11.1 Распространенность писхиатрических нарушений среди детей в возрасте 2-5 лет по данным бухарестского эпидемиологического исследования, контрольной группы проекта BEIP и группы проекта BEIP, состоящей из детей когда-либо живших в учреждениях

Психиатрические нарушения	Выборка бухарестского эпидемиологического исследования n=1003	Контрольная группа местных детей проекта BEIP (никогда не живших в учреждениях) n = 72	Группа детей проекта BEIP (когда-либо живших в учреждениях) n =111
	Распространенность (в процентах)		
Тяжелая депрессия	0.2	0.0	2.7
Тревожность любой степени	4.4	13.6	30.6
Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)	0.2	0.0	0.0
Дефицит внимания и гиперактивность	0.4	3.4	20.7
Реактивное расстройство привязанности (Ингибированное)	0.0	0.0	4.1
Реактивное расстройство привязанности (дезингибированное)	2.0	0.0	17.6
Любые эмоциональные расстройства	5.4	13.6	32.4
Любые расстройства поведения	1.4	6.8	27.0
Любые психиатрические расстройства	10.5	22.0	53.2

борке местных детей проекта BEIP в 54 месяца была в целом выше, чем среди других в возрасте от 2 до 5 лет, набранных несколькими годами позже из педиатрических клиник Бухареста.

Мы предприняли несколько шагов для обеспечения надлежащего сбора данных о психопатологии и нарушениях развития. Руководитель группы прошел подготовку по применению PAPA в университете Дьюка, где разрабатывалась эта методика. Впоследствии он обучил других румынских интервьюеров. Опросник PAPA был сначала переведена на румынский язык, а затем обратно на английский. Переводы сопоставлялись и исправлялись двуязычным исследовательским персоналом.

Воспитателей и родителей подробно опрашивали о наличии признаков психических расстройств у каждого ребенка, а также о том, в какой мере они нарушали школьное и социальное функционирование детей. О детях, живущих с биологическими или приемными родителями, рассказывали матери. О детях из учреждений, рассказывали сотрудники, которых, по мнению персонала, предпочитал данный ребенок. Если же он не проявлял такого рода предпочтений, мы выбирали воспитателя, который регулярно с ним работал и, как считалось, хорошо его знал. Этим взрослым были заданы подробные вопросы о частоте, продолжительности и времени появления симптомов большого числа психических расстройств. Затем к полученным ответам применялись определенные алгоритмы, чтобы определить, соответствует ли каждый ребенок диагностическим критериям конкретных расстройств. Кроме того, воспитателей и родителей спрашивали о том, в какой мере наблюдаемые ими симптомы мешают ребенку дома, в школе и в общественных местах. Для целей данного исследования мы ввели диагнозы, позволявшие охватить распро-

страненность симптомов психического расстройства, таких как интернализация, экстернализация, невнимательность, агрессия, а также степень функциональных нарушений.

История воспитания в учреждении

Мы обнаружили, что большинство детей в возрасте 4,5 лет с историей жизни в учреждении имели диагностируемые психические расстройства (53%), тогда как дети из местной контрольной группы страдали ими значительно реже (22%). Кроме того, 52% детей, росших в учреждениях, имели два или более психиатрических диагноза, тогда как только 20% местных детей имели одновременно несколько диагнозов. Эти данные позволяют предположить, что воспитание в учреждении является чрезвычайно мощным фактором риска по психопатологии. В таблице 11.1 приведены данные, позволяющие сравнить, детей, прошедших через учреждения с контрольной группой, с детьми из более широкой выборки посетителей педиатрических клиник Бухареста.

Эффекты вмешательства

Изучая последствия помещения детей в приемные семьи, мы сравнивали распространенность нарушений у детей из групп FCG и CAUG. У детей в приемных семьях психические нарушения были значительно менее вероятны (46%), чем у детей, оставшихся в учреждении (62%). Хотя в экстернализированных расстройствах существенных различий между группами не было. Различия же в интернализированных расстройствах (22% в FCG против 44% в CAUG) были очевидны. Отсюда видно, что, хотя вмешательство и снижает психопато-

логию, различия между группами проявляются именно в интернализированных расстройствах.

К сожалению, существует очень мало сопоставимых исследований эффективности программ помощи, способных пролить свет на выборочное влияние, которое помещение детей в приемные семьи оказывает на снижение интернализации, но не экстернализации. Мы, однако, обнаружили одно исследование, в котором было установлено, что дети дошкольного возраста, помещенные в приемные семьи, но подвергшиеся внутриутробному воздействию наркотиков или потерявшие нескольких основных воспитателей, как правило, устойчиво демонстрируют более высокий уровень агрессии и испытывают больше трудностей в развитии доверительных отношений со своими воспитателями, даже когда приемные родители получают интенсивную поведенческую программу помощи[15]. Многие дети нашего проекта, вероятно, ранее подверглись действию тех же факторов риска, что и дошкольники из этого исследования (пренатальное воздействие наркотиков и алкоголя и воздействие психосоциальной депривации в раннем возрасте), что, возможно, и объясняет неудачу нашего метода вмешательства в снижении признаков экстернализации.

Модераторы вмешательства

В психологических исследованиях модератор — это фактор, влияющий на направление и/или силу связи между независимой переменной, или переменной-предиктором, и зависимой, или переменной-критерием. В клинических исследованиях с наличием контрольной группы переменная-модератор указывает, для кого и при каких

условиях работает программа помощи[16]. Практически все вмешательства эффективны только для некоторых участников, поэтому важный вопрос заключается в том, кто откликается на данное вмешательство, а кто нет? Ниже мы рассмотрим три потенциальных модератора: пол, возраст, в котором ребенок был помещен в приемную семью, индивидуальные вариации в конкретных генах. Последние могут смягчить последствия раннего опыта — как переменные, которые, как мы полагали, могут объяснить, кто из детей ответил на вмешательство наименьшим числом признаков психопатологии.

Пол

В возрасте 54 месяцев мальчики проявляли больше симптомов психопатологии, чем девочки, безотносительно к особенностям окружающей их среды. Кроме того, в отличие от девочек, общее число признаков психических расстройств у мальчиков после помещения в приемные семьи не снижалось. Это было странно, потому что до этого момента мы не видели результатов, которые различались бы по признаку пола. И в единственном другом исследовании по психопатологии у детей дошкольного возраста с использованием PAPA, никаких гендерных различий также не было обнаружено[17]. Для начала следовало понять, почему мальчикам помещение в семью не помогало в снижении признаков психопатологии.

Возможных объяснений этого эффекта могло быть несколько. Во-первых, известно, что мальчики биологически более уязвимы, чем девочки. Например, распространенность пре- и перинатальных осложнений у мальчиков, как правило, выше чем у девочек, и мальчики имеют неврологические расстройства (например, аутизм) чаще, чем девочки[18]. Во-вторых, мальчики созре-

вают медленнее, чем девочки, и поэтому способности, необходимые для регуляции адаптивного поведения, могут быть в соответствующем возрасте еще недостаточно развиты, что повышает уязвимость мальчиков в неблагоприятных условиях. В действительности эта незрелость сохраняется в подростковом возрасте, когда развитие мозга мальчиков, как правило, отстает от развития мозга девочек на 1–2 года. Даже среди местных детей у мальчиков было больше симптомов расстройств и нарушений, чем у девочек[19]. Это говорит о том, что среда учреждений, возможно, усугубляет и так уже очевидную ситуацию.

В-третьих, не исключено, что воспитатели «предпочитали» девочек мальчикам. Если так, то могли ли они по-разному реагировать на экстернализированное поведение мальчиков и девочек? И хотя мы не обнаружили свидетельств различий в общении приемных родителей с мальчиками и девочками, наблюдая за ними в неструктурированной деятельности, возможно, мальчикам требовался иной опыт взаимодействия со взрослыми, чем девочкам, для выработки более успешных стратегий регулирования эмоций. Как мы покажем далее в этой главе, мальчики реже, чем девочки, формировали безопасные отношения привязанности к своим воспитателям, что, в свою очередь, опосредовало связь между пребыванием в учреждении и расстройствами.

Возраст ребенка при помещении в приемную семью

Вопрос о том, зависят ли результаты нашего метода вмешательства от возраста ребенка на момент помещения в приемную семью, был центральным для проекта BEIP. Как было показано выше, по таким параметрам, как IQ,

ЭЭГ, безопасность привязанности, языковые навыки и некоторые другие, более раннее помещение в семью было связано с улучшением результатов. В случае же психиатрических симптомов, расстройств и нарушений фактор времени роли не играл. Переход в приемную семью имел огромное значение, но когда это происходило — в 7 месяцев (для самых младших детей проекта) или в 33 (для самых старших) — несущественно. Это было удивительно; мы ожидали обнаружить сензитивный период, в пределах которого вмешательство могло повлиять на поведенческие результаты.

Эти данные, вернее, их отсутствие, можно объяснить разными причинами. Во-первых, самым младшим детям в нашем исследовании на момент начала вмешательства было 6 месяцев. Сензитивный период для интернализации и экстернализации поведения мог окончиться раньше достижения этого возраста, и поэтому мы его, возможно, пропустили. Во-вторых, отмеченные нами эффекты могли быть следствием пренатального воздействия алкоголя или генетики биологической семьи, что делало детей менее восприимчивыми к вмешательству по этому параметру, чем по другим. Как мы увидим в следующем разделе, индивидуальные особенности генетического кода ребенка могут играть некоторую роль в различиях результатов вмешательства.

Генетический полиморфизм

Эта быстро растущая область исследований в психопатологии развития, позволяющая лучше определить индивидуальные различия в уязвимости, устойчивости и восстановлении, фокусируется на влиянии обычных, но имеющих функциональное значение, различий в последовательностях ДНК конкретных генов.

Краткое введение в генетику

Геном человека — это полный набор генетической информации индивида, точная копия которой находится практически в каждой клетке организма. Он записан в длинных последовательностях дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) — кода, который точно указывает каждой клетке, что делать, какие белки производить и когда. Индивидуальные различия в этой последовательности, или генетическом коде, отчасти объясняют, почему мы отличаемся от других людей и чем — от животных. ДНК вместе с белками составляют хромосомы. Люди имеют 23 пары хромосом, по одной от каждого родителя, всего 46 хромосом, обнаруживаемых почти в каждой человеческой клетке (исключение составляют сперма, яйцеклетки и зрелые эритроциты).

ДНК в хромосомах организована в двойные спиральные молекулы, состоящие из цепи связанных звеньев, называемых нуклеотидами. Каждый нуклеотид состоит из сахара (дезоксирибозы), азотистого основания и фосфатной группы, которые вместе обеспечивают структуру или «костяк» двойной спирали ДНК. Две нити ДНК соединены электронными связями, образованными специфическими парами нуклеотидов, составляющих фактическую генетическую информацию индивида. В ДНК есть два пуриновых основания — аденин и гуанин и два пиримидиновых — цитозин и тимин (ACGT). Аденин всегда соединен с тимином, а гуанин с цитозином в комплементарной цепи ДНК. Гены — это функциональные единицы наследования, локализованные на хромосомах, которые представляют собой определенные последовательности нуклеотидов. Специфическая последовательность нуклеотидов — это код, необходимый для производства конкретных рибонуклеиновых (РНК) посланников, которые затем выходят из центра клетки, ядра, и отправляются в другие части ее, где производятся белки.

Люди имеют около 20 000 генов. Специфическая последовательность каждого из них находится в одном и том же месте на каждой хромосоме. Гены влияют на наши черты и особенности через создаваемые ими белки. Синтез белка происходит в две стадии. На первой — транскрипции — одна из нитей ДНК служит шаблоном для создания молекулы, называемой мессенджером РНК (мРНК). На второй стадии — трансляции — мРНК служит в качестве шаблона для создания белка. Хотя некоторые индивидуальные черты, или фенотипы, могут быть вызваны единичными генами, большинство их, например таких как рост, вероятно, обусловлены комбинациями генов.

Ген является основной последовательностью ДНК, в то время как аллель является одной из двух форм гена, которую человек получает от каждого из родителей. Аллели могут иметь, а могут и не иметь небольшие различия в фактической последовательности гена. Люди имеют одну копию каждого гена (и, следовательно, один аллель) на каждой хромосоме. Если оба аллеля одинаковы, то они гомозиготны, если разные — гетерозиготны. Иногда разные аллели могут приводить к разным наблюдаемым фенотипическим признакам, но большинство вариаций на уровне последовательности ДНК приводят к незначительным или не обнаруживаемым вариациям. Поэтому все люди являются носителями одинаковых генов, но у некоторых из нас может оказаться какой-то особый аллель того или иного гена. И это может привести к различиям в определенном индивидуальном признаке. Такие различия последовательностей, если они достаточно широко распространены в популяции, называются полиморфизмами. Именно они являются предметом наследования между родителями и детьми, что отчасти объясняет, почему дети похожи на своих родителей. Существует множество типов вариаций последовательности, и хотя большинство полиморфизмов, как ожидается, не

изменяют функцию или регуляцию гена, некоторые полиморфные варианты все-таки могут это делать.

Один часто используемый полиморфизм называется однонуклеотидным полиморфизмом (ОНП, на английском single nucleotide polymorphism – SNP). ОНП является вариацией в одном нуклеотиде – A (аденине), T (тимине), C (цитозине) или G (гуанине), – который отличает людей друг от друга. Для наглядности представьте, что последовательность ДНК у одного индивида ATTGCCA, а у другого – ATTGGCA. Эти две последовательности отличаются единственным нуклеотидом, гуанином вместо цитозина. Поскольку гены «ходят» парами (по одному от каждой хромосомы, которые человек наследует от своих родителей), эта замена может произойти как в одном, так и в обоих аллелях этого конкретного гена. В настоящее время созданы карты ОНП по всему геному, они широко используются для определения как больших областей генома, так и конкретных генов, связанных с определенными результатами. ОНП также можно рассматривать как способ обозначить определенную область генома. Не все ОНП функциональны, и любой ген может иметь более одного ОНП, а также другие формы полиморфизма. Хотя даже нефункциональные ОНП могут быть использованы для установления связи между геном и определенным фенотипом, поскольку они предполагают, что последний связан с определенной областью генома, где этот ген обитает, ОНП, которые изменяют функцию гена, предоставляют сильные доказательства причинно-следственной связи. Аналогичным образом, другие полиморфизмы могут быть функциональными или нефункциональными. Например, такие, как тандемные повторы с переменным числом (VNTR), которые представляют собой повторяющиеся блоки определенной последовательности нуклеотидов, где число блоков, в отличие от собственно последовательности, различает людей.

Хотя значение и взаимодействие генов (природы) и опыта (воспитания) долго были предметом бурных дискуссий, к настоящему времени достигнуто широкое согласие в отношении того, что и гены, и окружающая среда могут быть факторами риска и для развития, и для психопатологии. Сейчас все более пристальное внимание уделяется взаимодействию между генами и окружающей средой, а также тому, как это взаимодействие может влиять на риски и устойчивость свойств индивида[20].

Критическое значение для проекта BEIP имело исследование взаимодействия «ген — окружающая среда», где существует очевидная связь между функциональными полиморфизмами и конкретными аспектами окружающей среды. В психиатрических генетических исследованиях изучение взаимодействия «ген — окружающая среда» все чаще используется, чтобы определить, кто уязвим к влиянию неблагоприятных условий, а кто нет. Например, генетическая диатезно-стрессовая модель в психопатологии утверждает, что генетический полиморфизм предопределяет риск, но психопатология возникает только в том случае, если восприимчивый индивид подвергается действию специфических или неспецифических стрессоров.

Ряд исследований взаимодействия генов с окружающей средой к настоящему времени показал, что неблагоприятный ранний опыт вместе с индивидуальными различиями в генетических полиморфизмах приводит к вариабельности результатов[21]. Например, разные варианты генов участвуют в регулирования того, сколько нейротрансмиттеров, таких как серотонин или дофамин, доступны в различных цепях мозга.

В последние несколько лет нас все больше интересовала роль индивидуальных различий в генетической изменчивости и то, как они взаимодействуют с опытом

ребенка, порождая конкретные паттерны поведения и психопатологии. Дизайн рандомизированного контролируемого эксперимента, принятый для проекта BEIP, позволяет более прицельно исследовать взаимодействие генов с окружающей средой. Это означает, что изменения в окружающей среде в сочетании с малыми генетическими различиями могут приводить к различным результатам. Таким образом, данный дизайн исследования позволяет систематически оценить вклад генетических вариаций в различные типы психопатологии.

В проекте BEIP можно было решить два вопроса модерации. Во-первых, повышает ли генетическая изменчивость уязвимость к развитию психопатологии? То есть влияют ли специфические полиморфизмы на восприимчивость к конкретным видам психопатологии в зависимости от условий воспитания ребенка? Во-вторых, как конкретный ребенок как функция генотипа откликается на улучшение окружающей среды? Предполагается, что эти эффекты повышения или снижения риска для психопатологии являются результатом функциональных различий в генном продукте (то есть в белке), обусловленных вариацией последовательности нуклеотидов в гене.

Исследования генетического вклада в психопатологию интересны и важны, но первоначальный энтузиазм в этой области несколько ослаб, поскольку литература изобилует примерами неудачных попыток повторить результаты, казавшиеся столь впечатляющими. Различные исследования дали противоречивые данные во многих областях. Проблема, по-видимому, заключается в том, что в этих исследованиях была велика вероятность случайных выводов (например, из-за небольших или необъективно сформированных выборок). Поэтому

нейробиологически обоснованные гипотезы о возможном генетическом вкладе в разнообразие результатов являются ключевыми для нашего исследования. Стейси Друри (Stacy Drury), детский психиатр и молекулярный генетик из Университета Тулейн, возглавила исследование генетических факторов в проекте BEIP. Один из подходов заключался в изучении полиморфизма генов, которые, как было продемонстрировано ранее, участвуют в специфической нейронной цепочке, важной для исследуемых исходов. Первой областью, которую мы исследовали, стала симптоматика депрессии.

Депрессия

Ген катехол-о-метилтрансферазы (COMT) расположен в хромосоме 22q11, а его продукция особенно выражена в гиппокампе и префронтальной коре головного мозга. COMT — энзим, являющийся главным регулятором деградации (слома) таких нейротрансмиттеров, как дофамин и другие катехоламины в префронтальной коре[22]. Многие полиморфизмы этого гена (COMT) могут влиять на уровень и функциональные эффекты энзима.

Нейротрансмиттеры

Нейротрансмиттеры — это химические вещества, которые передаются от одного нейрона к другому через синапсы (место, где нейроны соединяются друг с другом). Они высвобождаются из аксона одного нейрона в синаптическое пространство в ответ на электрические импульсы, которые проходят через нервную клетку. После этого высвобождения нейромедиатор поглощается рецепторами в дендрите или клеточном теле другого нейрона.

В мозге человека, видимо, действуют более 100 нейротрансмиттеров, но катехоламины (дофамин, эпинефрин и норэпинефрин), серотонин, глютамат и ГАМК (гаммааминобутириновая кислота) являются одними из наиболее распространенных и важных в психиатрических исследованиях. Различные цепи мозга богаты одним или несколькими нейротрансмиттерами.

Наиболее часто изучаемым полиморфизмом гена COMT является замещение аминокислот val158 или 108met. Индивидуум может быть met/met, val/val или met/val в паре аллелей гена COMT. Белок, продуцируемый вариантом аллеля met, имеет четырехкратное снижение активности энзима COMT, что приводит к замедлению разложения дофамина в префронтальной коре. Медикаменты, поддерживающие уровень дофамина, используются для лечения депрессии, поэтому при изучении подверженности этому заболеванию и возможностей защиты от него в неблагоприятных условиях имело смысл взглянуть на полиморфизмы, влияющие на уровень дофамина. Поскольку аллель met снижает активность энзимов, мы ожидали обнаружить более высокий уровень дофамина у людей с этой аллельной вариацией и, следовательно, защитой от симптомов депрессии. И действительно, предыдущие исследования в целом показали более низкую вероятность депрессии для индивидов с 108met-вариацией COMT, несмотря на некоторые расхождения в полученных данных. Поэтому мы предположили, что и в проекте BEIP 108met-вариант COMT защитит детей от развития симптомов депрессии. Мы также предполагали, что его влияние будет отличаться между группами CAUG и FCG. А именно, мы думали, что дети группы CAUG продемонстрирует более сильное влияние

этой генетической вариации при более длительном воздействии негативной и стрессовой среды учреждений.

Мы исследовали воздействие различных val158met-версий COMT на симптомы депрессии двумя различными способами. Во-первых, мы сравнили индивидов с любыми копиями аллеля met (то есть met/met и met/val) с гомозиготными носителями val/val. Обнаружилось, что признаки депрессии были значительно ниже среди детей по крайней мере с одной копией аллеля met, даже после корректировки на группу и пол. То есть аллель met защищал только детей группы CAUG, но не детей группы FCG. Это означает, что генетические различия в виде аллельных вариаций имели последствия, но только для детей, подвергшихся воздействию более экстремальных неблагоприятных условий[23]. Для приемных детей, ответивших на вмешательство меньшим количеством признаков депрессивных расстройств к 54 месяцам, чем дети группы CAUG, защитный эффект met-аллеля COMT не был очевиден.

Во-вторых, мы изучили, существует ли эффект «зависимости от дозы» в группе CAUG, связанный с количеством met-аллелей. Мы обнаружили следующее: дети с met/met были более защищены, чем дети с met/val, которые, в свою очередь, были более защищены, чем дети с val/val.

Эти данные стали первым отчетом о взаимодействии генов с окружающей средой в условиях ранней тяжелой социальной депривации. Мы показали, что уязвимость к признакам депрессии у маленьких детей обусловлена как индивидуальными характеристиками, так и неблагоприятными условиями. То есть самый высокий уровень признаков депрессии наблюдался у детей с аллельной вариацией COMT и более длительным воздействием неблагоприятной среды учреждений[24].

Неизбирательное/расторможеннное поведение

Затем мы попытались выяснить, могут ли генетические полиморфизмы объяснить некоторые различия между детьми в отношении неизбирательного поведения, являющегося одной из наиболее распространенных аномалий у воспитанников учреждений в младшем возрасте. В частности, нас интересовало, не может ли взаимодействие между функциональными полиморфизмами в нейротрофическом факторе мозга (Brain-Derived Neurotrophic Factor — BDNF) и геном-переносчиком серотонина (5HTT) служить предиктором неизбирательного поведения в зависимости от типа группы, в которую помещен ребенок. Здесь вопрос несколько отличался от того, как он ставился при анализе COMT. Джей Бельский (Jay Belsky) и его коллеги предложили модель дифференциальной восприимчивости для описания генетического вклада в психопатологию и адаптацию[25]. В ней специфические полиморфизмы предопределяют дифференцированную чувствительность к окружающей среде в отличие от уязвимости или устойчивости как таковых. Считается, что так называемые аллели пластичности или аллели отклика не только улучшают исходы в положительных средах, но и повышают уязвимость в неблагоприятных средах. Ожидается, что люди с менее чувствительным или отзывчивым аллельным вариантом продемонстрируют гораздо более ограниченную вариативность исходов (то есть проявят меньшую чувствительность).

Когда мы исследовали неизбирательное поведение как исход, менее чувствительный, чем другие психопатологии, к влиянию вмешательства (т. е. помещения в приемную семью), мы обнаружили, что совокупная дифференцированная восприимчивость у детей определяется наличием аллелей пластичности (s/s геноти-

па гена – транспортера серотонина или met-носителей val66met-полиморфизма гена нейротрофического фактора). В частности, чем больше пластичных аллелей было у детей, тем больше была разница в неизбирательном поведении между группами CAUG и FCG.

При базовом обследовании, т. е. еще до каких-либо изменений в окружающей среде, мы не обнаружили явного генетического влияния на неизбирательное поведение. Однако в процессе применения нашего метода вмешательства проявилась четкая схема. Так, дети с большим числом «чувствительных» аллелей, оставленные в условиях учреждения, по-прежнему показывали самые высокие уровни неизбирательного поведения (наихудший исход), в то время как дети с такими же «отзывчивыми» аллелями, переведенные в приемные семьи, демонстрировали значительное его снижение (лучшие результаты). Дети с длинным аллелем 5HTT или генотипом val/val BDNF показали небольшие различия в уровнях неизбирательного поведения с течением времени и отсутствие различий между группами по генотипу[26]. Эти данные являются первыми свидетельствами связи особенностей индивидуального генома и расторможенного поведения и дополняют растущий объем литературы, поддерживающей модель дифференцированной восприимчивости в период раннего развития.

Экстернализированные расстройства

Оценка признаков экстернализованных расстройств не выявила влияния вмешательства к 54 месяцам. Это позволило нам рассмотреть модель дифференциальной восприимчивости, использующую нейробиологическую основу (комбинации генов) и поддерживающую ранее

известные связи с экстернализизованным поведением и данными о молекулярном взаимодействии между следующими генотипами: полиморфные варианты (DAT 3'UTR VNTR) гена — транспортера дофамина ВНТР, полиморфные варианты гена — транспортера серотонина (5HTT s/l), полиморфные варианты нейротропного фактора мозга (BDNF val66met). Основываясь на предыдущих исследованиях, мы разработали категориальный кумулятивный генотип чувствительности, установив, что между этими генами существуют молекулярные и биологические взаимодействия и что все они имеют отношение к психопатологии, связанной со стрессом. Контролируя параметры пола и этнической принадлежности, мы проверили связь между кумулятивной генотипической предрасположенностью и экстернализированным поведением по методике Психиатрического обследования детей дошкольного возраста (PAPA) у детей в возрасте 54 месяцев.

В этом возрасте дети с тремя генотипами восприимчивости (10/10 гомозиготные по повторяющемуся полиморфизму DAT 3'VNTR 10, s/s гомозиготные по полиморфизму 5HTTLPR, и BDNF Met носители полиморфизма val66met) проявляли наибольшее число признаков экстернализированного поведения в группе CAUG и наименьшее в группе FCG. Дети с нулем или одним генотипом восприимчивости не различались между двумя группами по этим признакам[27].

Такие результаты оказывают значительную поддержку теории дифференциальной генетической восприимчивости. Группа детей, определяемая кумулятивными генетическими факторами, является наиболее уязвимой к неблагоприятным условиям воспитания, но при этом и наиболее способной к восстановлению при помещении в благоприятную для развития среду.

Медиаторы вмешательства

Еще одним важным вопросом в исследованиях, посвященных оценке эффективности программ вмешательства, является способ достижения положительных результатов. Факторы, которые могут объяснить механизмы действия вмешательств, называются опосредующими переменными[28]. Медиация — это статистический анализ, который позволяет исследовать путь от фактора риска (в данном случае — помещения в приемную семью или продолжения жизни в учреждении) к результату (в данном случае — интернализованным расстройствам). Вопрос в том, какой вероятный путь может объяснить, почему помещение в приемную семью в первые 30 месяцев жизни ведет к снижению симптомов тревожности и депрессии в 54 месяца. Здесь мы опирались на то, что знали из наших предыдущих исследований в проекте BEIP, а также на другие исследования, посвященные потенциальным факторам, связанным с психопатологией.

Кейт МакЛафлин (Kate McLaughlin), клинический психолог и эпидемиолог из Вашингтонского университета, предложила считать безопасность привязанности в качестве потенциального медиатора вмешательства по интернализованным расстройствам. Она полагала, что, поскольку безопасная привязанность у маленького ребенка развивается в тех случаях, когда отношения с воспитателем предсказуемы и отличаются чувствительностью и отзывчивостью к его потребностям (а наш способ вмешательства явно поощряет приемных родителей к формированию близких отношений с детьми, находящимися на их попечении), имеет смысл посмотреть, не связана ли она со снижением риска психопатологии.

Мы уже показали, что привязанность детей, растущих в учреждениях, серьезно нарушена (см. главу 10). Мы

также знали, что в некоторых других выборках высокого риска безопасная и особенно дезорганизованная привязанность была связана с риском интернализованной психопатологии у детей, включая тревожные расстройства и выраженную депрессию[29].

Мы уже знали, что девочки группы FCG имели меньше интернализованных расстройств, чем девочки группы CAUG. Мы также знали, что наш метод вмешательства не оказал влияния на интернализованные расстройства у мальчиков[30]. Наконец, мы выяснили, что в 42 месяца у девочек группы FCG больше шансов иметь безопасные привязанности, чем у девочек группы CAUG, но не заметили никакой разницы у мальчиков этих групп[31]. Затем МакЛафлин показала, что более высокая безопасность привязанности служит предиктором меньшего числа интернализованных расстройств у обоих полов[32].

Таким образом, условия, необходимые для проверки на медиацию, были соблюдены. То есть у девочек группы FCG было меньше признаков интернализованных расстройств, чем у девочек группы CAUG в возрасте 54 месяцев. Дети группы FCG имели более безопасные привязанности к 42 месяцам, чем дети группы

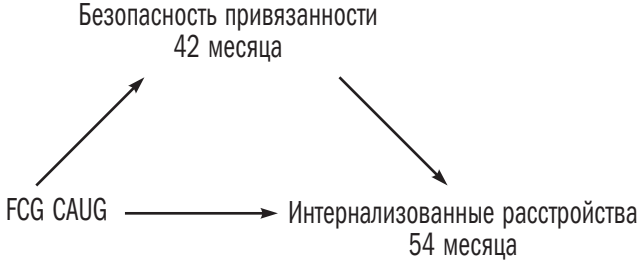

Рис. 11.1. Безопасность привязанности как медиатор влияния помещения в приемную семью на сокращение интернализованных расстройств

CAUG. Наконец, безопасность привязанности к 42 месяцам предсказывала признаки интернализованных расстройств в 54 месяца. Эти данные позволили провести проверку безопасности привязанности в качестве медиатора, как показано на рисунке 11.1.

Если учесть безопасность привязанности, то прямая связь между распределением по группам и интернализованными расстройствами становится несущественной. Это означало, что развитие безопасной привязанности к 42 месяцам полностью опосредовало влияние метода вмешательства на интернализацию расстройств у девочек. Другими словами, причиной снижения числа интернализованных расстройств у девочек в приемных семьях было формирование у них безопасных привязанностей. Эти дополнительные соображения также проясняли, почему более безопасная привязанность к 42 месяцам предсказывала меньшее число интернализованных расстройств и у девочек, и у мальчиков. Т.е. мальчики не показывали снижения числа интернализованных расстройств потому, что у них формирование безопасной привязанности к 42 месяцам было значительно менее вероятно, чем у девочек. Эти данные убедительно подтверждают важнейшую роль формирования безопасной привязанности в снижении вероятности интернализованных расстройств у маленьких детей, помещенных в учреждения.

Люси Макгорон (Lucy McGoron), психолог развития, работающая в Тулейнском университете, провела похожий анализ. Она рассматривала безопасность привязанности как медиатор влияния наблюдаемого качества заботы в 30 месяцев на психопатологические исходы в 54 месяца, включая признаки интернализованных и экстернализованных расстройств, реактивного расстройства привязанности, расторможенного поведения

и стереотипий, а также психических нарушений в целом. Безопасность привязанности опосредовала отношение между качеством заботы и признаками расстройства. Для анализа Макгорон использовались результаты всех детей в группах FCG и CAUG, поэтому он не просто протестировал механизм вмешательства, но и выявил важный путь, приводящий депривированных детей к более или менее вероятному развитию психопатологии. Эти результаты значимы в отношении детей младшего возраста с историей пребывания в учреждениях, поскольку формирование безопасных привязанностей представляется особенно важным средством снижения вероятности возникновения у них психопатологии[33].

Структура мозга, его функции и психопатология

Изучение отношений поведения и мозга, включая его функционирование при разных типах психопатологии, интересовало нас с самого начала, а предшествующие исследования в этой области показывали некоторые многообещающие результаты.

СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности) и структура и функционирование мозга

СДВГ является расстройством развития нервной системы, в значительной степени связанным с наследственными факторами, при этом чрезвычайно распространенным у детей с историей пребывания в учреждениях[34]. В проекте BEIP, например, СДВГ был диагностирован у 21% детей группы FCG и 23% группы CAUG, когда им было 54 месяца. Поскольку большин-

ство детей, от которых отказались родители, в Румынии попадают в учреждениях сразу после рождения, а СДВГ не выявляется во младенчестве, маловероятно, что родители могли заметить у своего новорожденного какие-то признаки этого синдрома и оставить ребенка в учреждении по этой причине. Это предполагает некий иной механизм, отличный от обычной генетической уязвимости к СДВГ, наблюдаемой в выборках детей, растущих в более типичных условиях.

Есть как минимум 2 возможных механизма, ведущих к высокой распространенности СДВГ у детей, живущих в учреждениях. Во-первых, развитию расстройства могут способствовать некоторые аспекты пренатального опыта (например, пренатальное воздействие алкоголя). Во-вторых, к этиологии СДВГ может быть каким-то образом причастна депривирующая среда учреждений. Это провокационная гипотеза, поскольку наследуемость СДВГ установлена вполне достоверно. С другой стороны, оценка наследуемости является специфичной для типичной популяции и проведена для выборок, сильно отличающихся от детей, растущих в учреждениях[35]. По причинам, которые мы уже обсуждали, у нас было мало информации о деталях пренатального опыта детей проекта BEIP, поэтому нам трудно определить, какая из этих конкурирующих гипотез объясняет связь между воспитанием в учреждениях и СДВГ.

Одна из возможных идей состояла в том, чтобы выяснить, есть ли у детей проекта BEIP структурные отличия мозга, ранее описанные в клинических выборках детей с СДВГ. С этой целью Кейт МакЛафлин проанализировала данные МРТ, собранные нами, когда детям было от 8 до 10 лет[36].

Приступая к их анализу, она прежде всего обратила внимание на то, что есть 2 пути в развитии нервной

системы, которые могут приводить к возникновению СДВГ у детей, не имеющих опыта жизни в учреждениях. Один путь связан с префронтальной корой (ПФК) и стриатумом (полосатое тело мозга). Существуют множественные доказательства того, что меньший объем ПФК и меньший объем стриатума, а также аномальная активация и функциональная согласованность между этими областями, влияют на выполнение задач с использованием исполнительных функциий[37]. Фактически, считалось, что аномальные лобно-стриатальные связи отвечают за поведение, типичное для СДВГ. Однако в последнее время некоторые данные указывают на то, что при СДВГ может происходить сокращение толщины коры не только в префронтальной зоне, но и в значительных областях теменной и височных долей[38].

Мы обнаружили, что дети, растущие в учреждениях, имеют редуцированную толщину коры в префронтальных отделах головного мозга, а также в теменной и височной области. Это очень похоже на картину обширного истончения коры, наблюдаемую у детей с СДВГ[39]. Однако мы не выявили связи воспитания в учреждениях с объемом стриатума.

Поскольку предшествующие исследования показали важные структурные и функциональные различия в стриатуме, особенно в его хвостатом ядре, у детей с СДВГ по сравнению с типично развивающимися детьми контрольной группы, мы предположили, что вклад изменений стриатума в симптоматику СДВГ может отражать в первую очередь генетические и пренатальные влияния. Тогда как кортикальные механизмы могут отражать постнатальное воздействие. Это предположение должно быть проверено в будущих исследованиях.

Мы дополнительно проанализировали наши данные для определения структуры мозга, показывающей влия-

ние воспитания в учреждении на поведение детей. Хотя снижение толщины коры и было обширным, именно утончения лобной и теменной ее части объясняют невнимательность. А утончения в префронтальной, теменной и височной коре объясняют повышение импульсивности, наблюдаемое у участников проекта. Похоже, что ранняя психосоциальная депривация нарушает развитие коры головного мозга, что приводит к повышению риска СДВГ.

СДВГ предполагает фундаментальные дефициты в способности предвидеть тип и время наступления событий окружающей среды, а затем использовать процессы контроля, чтобы изменить поведение после наступления этих событий. Очевидно, что депривирующая социальная среда учреждений может способствовать возникновению таких дефицитов. Учреждения предлагают детям слишком мало возможностей для встреч с непредвиденными обстоятельствами, поэтому у них не формируется способность более точно предсказывать будущие события. Кроме того, недостаточная отзывчивость персонала может снижать способность детей прогнозировать события после того, как они покинут учреждение.

Еще одно возможное направление исследований взаимоотношений между функционированием мозга и поведением, это изучение механизмов их связи на примере детей с диагнозом СДВГ. В предыдущих исследованиях детей, выведенных из учреждений, не изучалось функционирование мозга при СДВГ, поэтому мы решили выяснить, могут ли отдельные характеристики функционирования мозга пролить некоторый свет на формирование симптомов невнимательности и гиперактивности.

Кейт МакЛафлин проанализировала, не могут ли разные частоты волн регистрируемых на ЭЭГ головного мозга, избирательно опосредовать результаты в об-

ласти психического здоровья[40]. Оказалось, что могут. Ранее мы показали значительное снижение амплитуды альфа-ритма и увеличение амплитуды тета-ритма (обе модели, являются атипичными) среди детей, растущих в учреждениях, и предположили, что эти результаты соотносятся с задержкой созревания коры, описанной в предшествующих исследованиях в связи с признаками гиперактивности и импульсивности[41].

Поэтому мы заключили, что низкая амплитуда альфа-ритма и высокая тета-ритма на ЭЭГ, указывающие на кортикальную незрелость, могут опосредовать влияние пребывания в учреждении на признаки СДВГ. Как показано на рисунке 11.2, анализ, проведенный МакЛафлин подтвердил, что амплитуды альфа- и тета-ритмов частично объясняют влияние жизни в учреждении на гиперактивность. Результаты были аналогичны и для показателей импульсивности, но никакого опосредования по признакам невнимательности обнаружено не было[42].

Важно также, что нам удалось выявить отсутствие связи между амплитудой сигналов ЭЭГ и депрессией, беспокойством или разрушительным поведением. Таким образом, представляется, что гиперактивность и импульсивность могут быть частично объяснены изменениями в функционировании мозга, которые являются результатом пребывания в учреждении.

Тревожность и асимметрия ЭЭГ

Известно, что лобные участки коры головного мозга дифференцированно обрабатывают положительные и отрицательные стимулы и определяют поведенческие и экспрессивные реакции на эмоциональную информацию[43]. Левая лобная область головного мозга активируется положительными эмоциональными стимулами

и способствует поведению приближения, в то время как правая – отрицательными и определяет поведение ухода и избегания. Исследования развития фронтальной ЭЭГ-асимметрии у детей до сих пор не проводились, и данных о том, влияют ли неблагоприятные условия среды на траектории развития, нет.

Поэтому мы решили посмотреть, связаны ли индивидуальные различия в относительной активации полушарий лобной области головного мозга – индексированные по амплитуде альфа-ритма ЭЭГ – с интернализован-

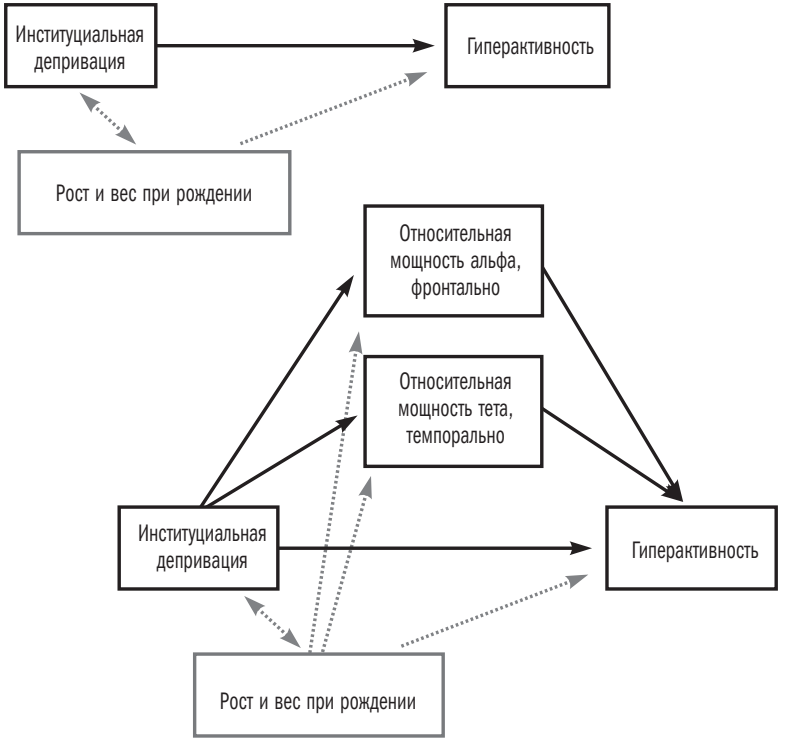

Рис. 11.2. Амплитуда альфа- и тета-ритмов ЭЭГ отчасти объясняет влияние пребывания в учреждениях на симптомы гиперактивности

ными расстройствами в возрасте 54 месяцев[44]. Кроме того, лонгитюдный характер нашего проекта позволял исследовать изменения траекторий амплитуды альфа-ритма ЭЭГ во времени.

И дети, проживавшие в учреждениях, и те, кто никогда там не был, демонстрировали первоначальный всплеск активности правого полушария головного мозга на фронтальном отведении ЭЭГ относительно левого, а затем наоборот. Первоначальное увеличение активности лобной ЭЭГ от правого полушария головного мозга у детей из учреждений сохранялся дольше, а последующий скачок в левом лобном отведении ЭЭГ-активности был у них менее значительным. К 8 годам дети, выросшие в местных семьях, демонстрируют достаточно выраженную фронтальную асимметрию, характеризующуюся более высокой ЭЭГ-активностью в левом, чем в правом полушарии головного мозга (регистрируется меньшая мощность альфа-ритма в левом полушарии относительно правого). А дети из учреждений показывают более высокую правостороннюю, чем левостороннюю активность. Другими словами, проживание в учреждениях связано с длительно существующей правой лобной асимметричной активностью в раннем детстве, которая затем снижается и сменяется повышением активности в левой у детей постарше. Помещение в приемную семью оказалось связано с улучшением траекторий развития, но только у детей, покинувших учреждения до 24 месяцев. Важно, что картина фронтальной асимметрии на ЭЭГ у детей из группы CAUG предсказывала признаки интернализованных нарушений к 54 месяцам[45].

Как влияют эти данные на наше понимание развития мозга? Хотя специфические нейронные механизмы, лежащие в основе фронтальной асимметрии, еще неизвестны, Ричард Дэвидсон (Richard Davidson) предполо-

жил, что она может быть связана с положительной и отрицательной эмоциональной выразительностью из-за ингибирования миндалевидного тела головного мозга левой префронтальной корой[46]. Известно, что префронтальная кора, особенно правая, участвует в регуляции негативных эмоциональных реакций посредством использования когнитивных стратегий[47].

Повышенная активация в правой лобной коре начиная примерно с 2-летнего возраста может отражать адаптивные поведенческие изменения. Например, избегание новизны по мере того, как дети сталкиваются с разнообразием условий вне дома и больше взаимодействуют с людьми, не являющимися их основными воспитателями. Составная часть темперамента, определяемая как «произвольный контроль», который включает задержку и ингибирование поведения, а также замедление двигательной активности, заметно усиливается в течение этого же периода развития и может служить показателем зрелости префронтальной коры[48]. Вместе с вышеприведенными данными эти закономерности указывают на усиление ингибирования поведения в норме у детей в возрасте от 2 до 3 лет, опосредованного изменениями в развитии префронтальной коры.

Помещение детей в приемные семьи в возрасте до 24 месяцев оказало положительное влияние на траектории развития фронтальной асимметрии головного мозга. Нейронные сети, лежащие в основе паттернов активации полушарий на ЭЭГ фронтальной коры, по-видимому, более чувствительны к средовым различиям в первые 24 месяца жизни и гораздо менее в последующие периоды. Этот вывод снова подтверждает представление о том, что содержание в учреждениях глубоко затрагивает некоторые специфические аспекты развития мозга у маленьких детей.

Распознавание эмоций по лицу и интернализированные расстройства

Как показано в главе 8, способность распознавать эмоции по выражению лица имеет важное значение для эффективного и надлежащего социального взаимодействия. Кроме того, было доказано, что эта способность связана с социальным окружением раннего детства. Поэтому у детей, живущих в крайне неблагоприятных условиях в раннем возрасте, включающих жестокое обращение и помещение в учреждения, нарушается процесс ее формирования. Мы наблюдали эти нарушения как в поведенческих реакциях на эмоциональные выражения лица, так и в показателях вызванных потенциалов головного мозга. Сет Поллак и Паван Синха (Seth Pollak and Pawan Sinha) зафиксировали заметно большую амплитуду одного конкретного компонента вызванных потенциалов головного мозга (P3b) в ответ на сердитое выражение лица у детей, подвергавшихся дурному обращению, по сравнению с теми, кто с ним не сталкивался[49]. Неблагоприятный опыт раннего детства может иметь долгосрочные последствия для обработки мозгом информации о выражениях лица. Учитывая, что нарушения в распознавании эмоций по выражению лица были обнаружены у детей, живущих в учреждении, эти изменения могут быть фактором развития, связывающим неблагоприятную среду с возникновением психопатологии в дальнейшем. Нас также интересовало, влияют ли эти нарушения (по отражению их при регистрации вызванных потенциалах головного мозга) на возникновение последующей психопатологии и являются ли они механизмом, связывающим пребывание в учреждении с психопатологией[50]. В частности, мы исследовали связь между несколькими компонентами вызванных потен-

циалов головного мозга, полученных при выполнении задания на распознавании знакомых и незнакомых лиц (см. главу 8) в начале исследования, и оценками психического здоровья в 54 месяца. Мы отметили, что значения пиковых амплитуд компонентов P100 и P700 в ответ на предъявляемые лица были меньше у детей из учреждений по сравнению с контрольной группой. И эти же специфические компоненты вызванных потенциалов головного мозга были связаны с психиатрической симптоматикой среди детей из учреждений. Снижение пиковой амплитуды P700 в ответ на предъявляемые лица у детей из учреждений частично объясняло рост их невнимательности, гиперактивности, импульсивности и тревожности к 54 месяцам. Однако этот аспект распознавания лиц не объяснял взаимосвязь между проживанием в учреждениях и другими признаками деструктивного поведения или депрессии.

Аномальная обработка информации при распознавании эмоций по выражению лица частично объясняет рост симптомов экстернализации и тревожности у детей в группе CAUG по сравнению с детьми группы NIG. Эти данные вносят свой вклад в растущее число исследований, ищущих и описывающих конкретные нейронные пути, участвующие в повышении риска психопатологии среди детей, растущих в учреждениях[51].

Заключение

В исследованиях наших предшественников были выявлены очевидные связи между пребыванием детей в учреждениях и разными типами психопатологии. В проекте BEIP мы продолжили эту работу в нескольких направлениях.

Во-первых, мы глубоко изучили распространенность психопатологии и нарушений, используя самое современное психиатрическое диагностическое обследование. Это позволило осуществить наиболее систематическое на сегодняшний день изучение психопатологии у детей раннего возраста с историей пребывания в учреждениях.

Во-вторых, мы рассмотрели факторы — модераторы вмешательства, в частности, пол, сроки размещения в приемную семью и генетические особенности. В отличие от большинства результатов, приведенных в главах 7—10, данные по психопатологии выявили значительные различия в исходах, связанные с полом. Девочки гораздо больше, чем мальчики, выигрывают от помещения в приемные семьи, во всяком случае, в том, что касается снижения вероятности психопатологии. Возраст на момент помещения в приемную семью, напротив, не оказывал влияния на психиатрические симптомы, расстройства или нарушения. Мы также показали, что полиморфные варианты в генах, которые, как известно, регулируют перенос нейромедиаторов в ключевых нейронных цепях, лежащих в основе депрессии, привязанности и экстернализированного поведения, модерируют, как и было предсказано, эффекты вмешательства. И, что особенно важно, нам удалось показать двумя разными методами, что одни и те же полиморфизмы, потенциально входящие в более обширную группу «успешных» аллелей, связаны с наиболее благоприятными исходами в приемных семьях и наименее — при продолжении пребывания в учреждениях. Этот вывод служит серьезной поддержкой генетически-дифференциальной модели восприимчивости, предполагающей, что многие общие и хорошо изученные полиморфизмы

не являются ни хорошими, ни плохими, а скорее обеспечивают дифференцированную способность адаптироваться к изменяющимся условиям. В случае проекта BEIP это означало разную отзывчивость на изменения в условиях ухода.

В-третьих, рассматривая факторы — модераторы вмешательства, мы обнаружили, что безопасность привязанности является мощным медиатором влияния нашего метода вмешательства на снижение интернализированных расстройств поведения. Кроме того, именно этот медиатор позволил объяснить, почему девочки лучше откликались на наше вмешательство, чем мальчики, — потому что девочки с большей вероятностью, чем мальчики, формируют безопасные привязанности. Причины этого различия требуют дальнейшего изучения.

Наконец, мы продемонстрировали некоторые новые связи между функционированием мозга и поведенческими исходами. Так было показано, что амплитуды альфа- и тета-ритмов на ЭЭГ, как показатели зрелости коры головного мозга, частично опосредуют влияние воспитания в учреждении на гиперактивность и импульсивность, но не на невнимательность. Мы также показали, что воспитание в учреждениях связано с увеличением продолжительности существования правой лобной асимметрии в раннем детстве, затем сменяющейся сглаженным пиком левой лобной активации в среднем детстве (по сравнению с более резкой левой лобной активацией среди детей группы NIG). Помещение в приемные семьи привело к более сильной активации левого лобного отдела головного мозга, но только у детей, переведенных туда до достижения ими 24 месяцев. К тому же правая лобная асимметрия по ЭЭГ в группе CAUG служила предиктором появления признаков интерна-

лизированных расстройств к 54 месяцам[52]. Используя связанные с событиями потенциалы (разновидность вызванных потенциалов головного мозга) для оценки реакции детей на знакомые и незнакомые лица, мы показали, что амплитуды отдельных компонентов вызванных потенциалов головного мозга у детей из учреждений были ослаблены по сравнению с местными детьми из контрольной группы. Это важно, так как именно эти специфические компоненты вызванных потенциалов головного мозга оказались связаны с отдельными типами психиатрической симптоматики у детей, растущих в учреждениях.

Глава 12

Собираем пазл

Начнем с вывода, основанного на данных, представленных в этой книге, о том, что воздействие глубокой ранней психосоциальной депривации является катастрофой для типичного развития. Почему это происходит?

Первоначальная организация архитектуры и связей головного мозга человека управляется набором генетических сценариев, формирующихся через несколько дней после зачатия и продолжающих действовать в ранний постнатальный период. Однако, пока гены создают проектную «рамку» для будущего мозга, опыт начинает постепенно наполнять этот контур и к концу подросткового возраста и началу ранней взрослости формирует зрелый мозг.

Как именно опыт вплетается в структуру мозга? В главе 1 показаны два пути, предложенные нейробиологом Уильямом Гринау: развитие, ожидающее опыта, и развитие, зависящее от опыта[1]. Развитие, ожидающее опыта, предполагает, что младенцы встретятся с окружающей средой, общей для всех представителей вида. Такой «со-

вместный опыт» помогает обеспечить выживание и репродуктивный успех, а также способствует более эффективному использованию генов. То есть вместо того, чтобы наш геном, ограниченный примерно 20 000 генов, определил во всех подробностях окончательную форму поведения и функции мозга, он создает мозг, окончательная конструкция которого зависит от опыта. Таким образом, у любого конкретного вида существует определенный опыт, которого следует ожидать всем представителям. Один из примеров такого рода — влияние паттернов световой информации на развитие визуальных способностей как низкого, так и высокого уровня (например, восприятие глубины и восприятие лица). Другим примером может служить влияние сложной слуховой информации на развитие речевого восприятия. Более того, если перейти от сенсорных систем к социально-эмоциональному развитию, мы знаем, что физическая и эмоциональная доступность ухаживающих людей способствует развитию привязанности ребенка.

Существенным для развития, ожидающего опыта, является понятие сензитивного периода. Чтобы развитие шло нормально, определенные элементы, ожидаемые от среды, должны присутствовать именно тогда, когда мозг может наилучшим образом использовать эту информацию для правильной сборки самого себя. Если в нужное время ожидаемая информация не поступает — например, ребенок не имеет доступа к определенному окружению или опыту или его мозг или какой-то из органов чувств поврежден так, что он не может воспринять и использовать этот опыт, — тогда развитие, иногда временно, иногда навсегда, может сбиться с пути. Так дети, рожденные с двусторонней катарактой, лишены возможности получения паттернов световой информации до тех пор, пока эти катаракты не будут удалены хирургическим путем.

Чем позднее в жизни ребенка будет сделана эта операция, тем больше у него будет проблем со зрением: фактически после некоторого момента зрение будет иметь пожизненные нарушения[2].

У развития, ожидающего определенного опыта, есть партнер: развитие, зависящее от опыта. Оно протекает уникальным образом для каждого человека и, вероятнее всего, предполагает активное формирование новых синаптических связей на протяжении всей жизни на основе взаимодействия конкретного человека с окружающей средой. Примерами являются обучение, память и накопление словарного запаса. Все это процессы и события развития не ограничены определенным периодом времени (то есть мы можем продолжать учиться и запоминать новые вещи до конца жизни при условии, что наш мозг остается здоровым).

Но общим для обеих форм развития, согласно Дж. Маквикеру Ханту (J. McVicker Hunt), является то, что «опыт работает в обоих направлениях»[3]. Другими словами, природа самого опыта в сочетании с восприимчивостью нервной системы в момент его возникновения определяет, станет ли результирующее нейронное изменение полезным или вредным для развития организма. Например, пластичная природа мозга младенца делает возможным усвоение языка. Однако именно эта же пластичность обеспечит ребенку, подвергшемуся воздействию тератогенов в окружающей среде (например, ртути или свинца), риск атипичного развития.

Тут необходимо сразу отметить, что некоторые аспекты развития могут быть как ожидающими опыта, так и зависимыми от него. Как показано в главе 10, примером может служить привязанность. Формирование ее отражает процесс, ожидающий опыта, но качество привязанности демонстрирует процесс, зависящий от

опыта. Ребенок, воспитатели которого последовательно и чутко реагируют на его нужды в период младенчества, с большей вероятностью станет психологически хорошо функционирующим взрослым, способным к формированию важных, прочных отношений с другими людьми. У ребенка, растущего в учреждении, где «забота» состоит в основном из кормления и смены подгузников, гораздо ниже вероятность достичь психологического здоровья.

Понимание долгосрочных последствий ранней психосоциальной депривации

Как это знание помогает нам понять то, почему тяжелая ранняя депривация приводит к такой всеобъемлющей катастрофе для развития и почему возникают такие долгосрочные последствия? Проще говоря, пребывание в учреждении в начале жизни оказывается нарушением ожиданий мозга в отношении среды обитания. Например, большинство младенцев, находящихся в учреждениях на протяжении первого года жизни, проводят большую часть суток, лежа в кроватке на спине, глядя на белый (без рисунка) потолок. Это мало стимулирует зрительную систему, например, движения глаз для изучения всего вокруг. Этим может объясняться то, почему мы видели так много маленьких детей с заметными признаками косоглазия (хотя мы не исследовали это специально). Аналогичным образом из-за нехватки лиц, обеспечивающих уход, у этих младенцев удовлетворяются только самые базовые потребности (например, в питании или смене подгузников), а психологические остаются без внимания. К тому же они крайне непродолжительное время видят обращенные к ним лица и слы-

шат человеческую речь. Это может вести к задержкам или нарушениям в социальном общении, включая способность понимать устную речь и «читать» выражения лиц. В некоторых учреждениях нарушается адекватное кормление, что в итоге приводит к серьезным нарушениям роста, а на более тонком уровне — к нарушению когнитивной функции из-за нехватки специфических питательных веществ. Из-за слишком большого числа детей, приходящихся на одного воспитателя, потребности некоторых из них в целом могут не удовлетворяться. Учитывая слабый психологический и неврологический фундамент, на котором строится последующее развитие, под угрозой могут оказаться более поздние его цели (например, способность общаться со сверстниками и другими взрослыми или способность смотреть на мир глазами другого человека). По аналогии, если думать о развитии как о башне из сложенных друг на друга кубиков, то представьте, что произойдет, если второй кубик чуть смещен по отношению к первому, а третий слегка смещен ко второму, четвертый к третьему и т. д. В конечном счете башня из кубиков начинает резко клониться в сторону, даже если смещение каждого из них очень незначительно.

Таким образом, самое основание развития детей, растущих в учреждениях, часто нарушено изначально. Со временем все большие нарушения приводят к дальнейшим отклонениям от нормы, что в конечном итоге направляет ребенка по пути, далекому от типичного.

Бухарестский проект по раннему вмешательству продемонстрировал, что глубокая депривация в раннем возрасте может иметь трагические долгосрочные последствия для психологического, неврологического и биологического развития ребенка. В этих выводах нет ничего удивительного — депривация давно признана вредной.

Тем не менее проект BEIP представляет собой наиболее полное, систематическое и детальное исследование, когда-либо проведенное в области развития мозга и поведения детей, воспитывающихся в учреждениях, наиболее подробно на сегодняшний день зафиксировавшее дефициты развития, обнаруживающиеся у этих детей. За очень небольшими исключениями мы показали нарушения практически по всем аспектам развития воспитанников учреждений. От уровня молекулярных структур до сложных социальных взаимодействий, от структуры мозга до его функций. Эти дети, несомненно, относятся к числу наиболее обездоленных.

Как измерить результаты вмешательства

Что же из того, что мы видим в этих детях, является результатом воспитания в учреждениях, а что зависит от характеристик, предшествующих их помещению в учреждения, таких как генетическая предрасположенность или пренатальный опыт? Единственный способ узнать это — сравнить развитие детей, имеющих одинаковые факторы риска (которые, возможно, и привели их в учреждения), но с разным опытом, полученным после рождения. Это и было основной целью проекта BEIP — определить, поможет ли перевод из учреждений и помещение младенцев и маленьких детей в приемные семьи их прогрессу в различных областях развития. Случайным образом отобрав детей для помещения в приемные семьи, мы смогли определить, что различия между группами FCG и CAUG были обусловлены фактом изменившихся условий жизни. Тем не менее важно помнить о том, что дети передавались в приемные семьи не при рождении, а после 7–31 месяцев пребывания в учреж-

дении. Фактический средний возраст при помещении в семьи составил 22 месяца. Таким образом, любые показанные нами различия между детьми в приемных семьях и детьми, оставшимися в учреждениях, ограничены тем, что и приемные дети уже получили некоторый опыт институциализации.

Другим фактором, который может ограничить масштабы результатов вмешательства, является принятый нами подход «intent to treat» (намерение помогать), при котором мы анализировали данные, основываясь на первоначальном определении детей в группы, а не на их фактическом проживании на момент обследования. Здесь стоит напомнить, что к обследованию в 8 лет лишь 15 из 68 детей группы CAUG все еще оставались в учреждениях. Это означает, что различия между группами FCG и CAUG носят консервативный характер, поскольку основная часть детей группы CAUG уже также находилась в семьях. В двух областях, по которым мы наблюдали детей, оставшихся в учреждении, на протяжении всего исследования — IQ и реактивное расстройство привязанности, — развитие этих детей оказалось нарушено еще сильнее[4]. С учетом этого характера наших данных проект BEIP показал, что помещение детей в приемные семьи смягчает многие, хотя и не все, негативные последствия ранней институциализации. В то же время наше исследование, вероятно, даже неспособно оценить все потенциальные возможности, которые дает устройство детей в семьи. Это будет особенно важно при последующем обсуждении значении результатов проекта для политических решений.

Конечно, развитие детей в учреждениях было нарушено не во всех областях (пример — вызванные потенциалы головного мозга, регистрируемые при реакции на знакомых и незнакомых взрослых), и не все области

развития откликнулись на вмешательство (пример — исполнительные функции). Кроме того, почти ни в одной области функционирование детей из группы FCG не достигло уровня детей группы NIG, так что их восстановление было неполным, по крайней мере, к 8-летнему возрасту. Эти оговорки в отношении наших данных также следует иметь в виду при любых концептуальных обсуждениях.

Сэр Майкл Раттер предположил, что за влияние раннего опыта жизни в учреждениях на последующее развитие отвечают два варианта программ[5]. Основываясь на работе Гринау, Раттер утверждал, что, когда опыт ребенка находится далеко за рамками ожидаемого для окружающей среды диапазона, как это происходит в учреждениях, развитие может быть сорвано. Он это называет программой, ожидающей опыта. Напротив, приспосабливающаяся к опыту программа отражает совсем другое явление. Поведение ребенка в учреждении, каким бы ненормальным оно ни выглядело вне его, адаптировано к среде, в которой он находится. Таким образом, неизбирательное поведение, которое мы и многие другие исследователи отмечают у детей, живущих в учреждениях, может считаться адаптивным в мире, где взрослые уделяют детям мало внимания, и именно детям приходится добиваться его как можно больше, даже если это приводит к необходимости обнимать совершенно незнакомого человека.

Учреждения, как мы утверждаем, представляют собой крайнюю, чрезвычайную форму пренебрежения. Тем не менее опыт детей, живущих в них, скорее количественно, чем качественно отличается от того, что обычно наблюдается у детей, проживающих во многих других организационных формах системы защиты детей. Им всем не хватает присмотра и структуры, необходимого

социального взаимодействия и регуляции эмоций, когнитивной и языковой стимуляции, доступа к адекватному питанию и т. д. Концепция пренебрежения позволяет понять, как проживание в учреждении может нарушить развитие мозга.

Напомним, что в главе 1 было показано, насколько разрушительным является глубокое пренебрежение для развития мозга. Если гены определяют только зачатки будущего мозга, предполагая, что опыт возьмет на себя ответственность за основную часть развития, представьте, что происходит, когда такой опыт отсутствует. Он необходим мозгу так же, как кислород. И если мозгу не хватает опыта, он остается на пути развития один, ограниченный своими внутренними возможностями и с недостатком ресурсов, а путь этот едва намечен и плохо показан на карте. Нейроны и синапсы, ожидающие сигналов от опыта из окружающей среды (феномен «используй или потеряешь»), оказываются перед неопределенным будущим, которое может привести к чрезмерной «прополке» — удалению неиспользуемых связей или их полному отсутствию. Конечным результатом может оказаться мозг со слишком малым числом нейронов и связей между ними. И действительно, данные ЭЭГ и МРТ подтверждают эту гипотезу: напомним, что у детей из учреждений размер головы был меньше, амплитуды ЭЭГ ниже, а общий объем коры головного мозга (включая и серое, и белое вещество) меньше, чем у детей, не имеющих опыта проживания в учреждениях[6].

Конечно, в случае проекта BEIP не только отсутствие критически важного опыта в определенные моменты времени вызвало результаты, которые мы наблюдали, но и то, что некоторые виды опыта сами по себе могли быть вредны для развития. Например, детей в учрежде-

нии кормил воспитатель, что соответствует ожиданиям младенцев нашего вида. Но то, как их кормили — еду запихивали в рот ребенку, сидящему спиной к воспитателю, — не было опытом, способствующим развитию теплых и доверительных отношений.

Проще говоря, детям, живущим в учреждениях, не хватало стимуляции, а ее отсутствие вело к неадекватному развитию мозга. Кроме того, в некоторых случаях стимуляция, которую они получали, входила в противоречие с ожиданиями в отношении среды — т. е. была не просто неадекватна, а разрушительна. В какой мере ущерб, причиненный отсутствием стимуляции или неадекватностью, может быть компенсирован или исправлен, отчасти зависит от степени депривации и ее продолжительности. Как показали к настоящему времени многие исследования, чем раньше ребенок покинет учреждение, тем лучше.

Семейная забота

Проект BEIP показал не только то, что ранняя депривация негативно влияет на развитие, но и что дети, помещенные в семьи после пребывания в учреждении, чувствуют себя лучше, чем оставленные в учреждении. Почему это происходит? Если совсем просто — потому, что семьи (по крайней мере, семьи в нашем проекте) обеспечивали ожидаемые потребности ребенка. С детьми разговаривали, играли, когда нужно, держали на руках, с ними занимались, поощряли их осваивать мир, уважали и любили. Это лишь некоторые черты опыта, ставшие ожидаемыми для нашего вида. И хотя семьи могут различаться по составу, размеру и даже способности обеспечить последовательную, высококачественную заботу, дело в том, что большинство из них все-таки

в состоянии это сделать лучше в той или иной степени. Таким образом, наши оценки наблюдаемого поведения по уходу выявили существенные различия между семьями и учреждениями. Естественно, некоторые дети, растущие в семьях, все еще испытывают проблемы в развитии или психологические трудности, но даже в этом случае они все же гораздо чаще, чем дети, оставшиеся в учреждениях, смогут вести осмысленную жизнь и вносить свой вклад в общество.

Того, что любящие взрослые могут сделать для ребенка, не хватает в учреждениях по ряду причин. Во-первых, воспитатели несут ответственность за многих детей и должны выполнять множество разных задач. В результате они могут не оценить потребности каждого отдельного ребенка как важные. Во-вторых, многие из тех, кто ухаживает за детьми в учреждениях, имеют слабое формальное образование (так, в Бухаресте, чтобы стать воспитателем, требовалось окончить 8 классов) и незначительную подготовку в области развития детей. Поэтому они могут просто не знать, как удовлетворять потребности ребенка. В-третьих, им мало платят, и это означает, что они могут чувствовать себя недооцененными, а люди с большей степенью подготовки даже не рассматривают эту работу как возможную. Это не значит, что формальное образование, более адекватная оплата или даже обучение в области развития ребенка являются необходимыми для содействия здоровому развитию. Но в контексте заботы об уязвимых детях известно, что специальная подготовка персонала может способствовать улучшению результатов[7]. Наконец, из-за широко распространенных предрассудков о детях в учреждениях как о неполноценных воспитатели могут недостаточно заботиться о тех, кто находится на их ответственности, поскольку они, возможно, тоже считают, что развитие

ребенка предопределено обстоятельствами, которые и привели его к помещению в учреждение.

Таким образом, в целом воспитание детей в семьях принципиально отличается от воспитания в учреждениях. Забота и в учреждениях, и в семье бывает разной в каждом конкретном случае. Но если предположить, что мы имеем дело с типичными семьями, все они в той или иной степени обеспечивают «ожидаемые потребности» ребенка.

Значение фактора времени

Обнаружение эффектов, связанных со сроками помещения в приемную семью, находится в полном согласии с литературой, существующей в области науки о развитии мозга в соответствии с сензитивными периодами — не все нейронные схемы имеют сензитивные периоды, но среди тех, что их имеют, точные сроки могут быть разными. Кроме того, в формировании сложного поведения, которое нас интересовало (привязанность, речь и психопатология, например), могут участвовать многие нейронные цепи, и, стало быть, они могут иметь много разных сензитивных периодов[8]. В нашей работе, например, сензитивный период, регулирующий развитие языка, отличался от того, что лежит в основе интеллектуального развития. Это означает, что нейронные цепи, ответственные за язык, скорее всего, требуют стимулов не одновременно с теми, что отвечают за интеллектуальное или эмоциональное развитие.

Поскольку дети были помещены в приемные семьи в возрасте от 7 до 33 месяцев, мы смогли оценить влияние возраста при помещении в семью на результаты при каждом последующем обследовании. Как показано в таблице 12.1, мы установили, что в некоторых, но не во

Таблица 12.1. Значение возраста при помещении в семью по результатам обследований в 42 месяца, 54 месяца и 8 лет

	42 месяца		54 месяца		8 лет	
	Эффект вмешательства	Эффект возраста	Эффект вмешательства	Эффект возраста	Эффект вмешательства	Эффект возраста
Амплитуда ЭЭГ	нет	нет	не измеряли	не измеряли	есть	есть
IQ	есть	есть	есть	есть	есть	нет
Язык	есть	есть	не измеряли	не измеряли	есть	есть
Стереотипии	есть	нет	есть	есть	не измеряли	не измеряли
Социальные навыки	не измеряли	не измеряли	не измеряли	не измеряли	есть	есть
Избирательность привязанности	есть	есть	не измеряли	не измеряли	не измеряли	не измеряли
Рост и вес	есть	есть	не измеряли	не измеряли	не измеряли	не измеряли

всех областях развития дети из учреждений, помещенные в семьи до определенного возраста, показывали лучшие результаты, чем попавшие туда позже.

Мы обнаружили свидетельства существования сензитивных периодов по широкому спектру результатов уже на ранних стадиях проекта. К 42 месяцам на это указывали значения таких характеристик, как IQ, экспрессивный и рецептивный язык, стереотипии и безопасность привязанности. Вопрос, конечно, состоит в том, могут ли эти эффекты сохраняться в ходе развития.

Почему некоторые области — такие, например, как сокращение признаков интернализированных расстройств (то есть снижение тревожности и депрессии) — не показали наличия сензитивных периодов? Во-первых, эти функции, возможно, связаны с опытом и, следовательно, будут улучшаться независимо от того, когда изменится окружающая среда. Независимо от того, в каком возрасте ребенок попадает в семью, он будет испытывать снижение тревоги и депрессии (хотя и здесь следует соблюдать осторожность в предсказаниях, поскольку ни один из детей проекта не был старше 33 месяцев при помещении в семью; поэтому мы не можем сказать, принесет ли это такую же пользу детям, устроенным в семьи в этом возрасте или позже). Если принесет, значит, эти функции являются зависящими от опыта, а не ожидающими его. Во-вторых, хотя симптомы интернализированных расстройств у детей и снижались при помещении в семьи, это не значит, что мы не увидели бы еще большего улучшения у этих детей, будь они гораздо младше при помещении в семьи, чем это произошло в нашем проекте (скажем, в течение первых 6 месяцев жизни). Другими словами, нашему экспериментальному дизайну, возможно, не хватило чувствительности для обнаружения всего диапазона сензитивных периодов. Третья воз-

можность заключается в том, что улучшение в этих областях было вторичным по сравнению с улучшением в других. Например, возможно, что улучшение когнитивных функций привело к снижению тревоги и депрессии — таким образом, изменения, которые мы наблюдали по симптомам интернализированных расстройств, были вторичным результатом помещения в приемную семью, а не первичным. В конечном итоге улучшение когнитивных способностей вполне могло привести к улучшению способности регулировать свое внутреннее психическое состояние.

К сожалению, недостатком нашего экспериментального дизайна было то, что у нас было мало детей, которые были совсем маленькими на момент помещения в приемную семью. В результате мы не можем предложить особенно точную информацию о сроках. Однако мы можем с большой уверенностью сказать, что для развития ряда областей (например, язык, некоторые когнитивные аспекты и безопасность привязанности) будет лучше, если дети скорее будут помещены в семьи, и тогда их шансы на последующую здоровую адаптацию будут выше. Это также согласуется с работой других исследователей, изучающих детей, выросших в учреждениях в условиях депривации[9].

Время имеет значение, но, возможно, не в любом возрасте

Концепция сензитивного периода предполагает, что если определенный опыт не наступает в течение конкретного временного «окна», то нервная цепь и соответствующее ей поведение изменяются навсегда. Если такое изменение происходит в ранний период жизни, возмож-

но, что оно сформирует основу для более сложных взаимосвязанных отношений, возникающих позднее. В этом случае последующее сложное поведение будет отображать то же влияние сензитивного периода, что и более простое поведение, ему предшествовавшее. Возможен, однако, и ряд альтернативных сюжетов. Один из них заключается в том, что, хотя сензитивный период и существует на раннем этапе жизни, доказательства его влияния можно обнаружить только гораздо позднее. Этот эффект, известный как «эффект спящего», проявляется в данном случае в том, что результаты, основанные на раннем опыте в конкретный сензитивный период, не обнаруживаются вплоть до гораздо более позднего возраста[10]. Другой возможный вариант развития событий заключается в том, что факторы окружающей среды могут создать такие условия, при которых нейронные цепи, сформированные в раннем возрасте в течение сензитивного периода, не действуют больше так же эффективно, как когда-то. В наших данных есть свидетельства в пользу обеих этих альтернативных траекторий.

Свидетельства, указывающие на «эффект спящего», обнаружились на ЭЭГ. Вспомните, что при базовом обследовании у детей, растущих в учреждениях, наблюдалось значительное снижение типичной амплитуды ритма ЭЭГ по сравнению с детьми из контрольной группы. И хотя мы снова измеряли этот показатель в 30 и 42 месяца, т. е. уже после помещения детей в семьи, влияние нашего метода вмешательства и наличие сензитивного периода стали очевидны только в возрасте 8 лет. То есть дети, помещенные в семьи до достижения возраста 24 месяцев, имели амплитуды ЭЭГ, сравнимые с детьми из местной контрольной группы[11].

Пример второй траектории обнаружился в результатах измерения IQ в возрасте 8 лет. В 42 и 54 месяца мы

видим ясные свидетельства существования сензитивных периодов для формирования IQ у детей, помещенных в семьи до достижения ими 24 месяцев. Они имели более высокий его уровень, чем дети, которые были старше при переходе из учреждения. Тем не менее в 8 лет эффект вмешательства по-прежнему наблюдался, а влияние возраста помещения в семью — нет. Это могло произойти по одной из нескольких причин. Во-первых, могло оказаться, что накопленный жизненный опыт постепенно начал играть более значительную роль в навыках, необходимых для сложного набора когнитивных процессов, оцениваемых с помощью IQ, перекрывая эффекты раннего опыта. Мы обнаружили, что у детей, все еще живших в приемных семьях проекта BEIP, более раннее помещение в семью было связано с более высоким IQ. Если предположить, что разные когнитивные способности, составляющие IQ, в значительной степени зависят от опыта (то есть от обучения, которое происходит на протяжении всей жизни), то не следует, наверное, удивляться, что по мере взросления детей их текущие жизненные обстоятельства стали играть более важную роль, чем их ранний жизненный опыт.

Наше вмешательство повлияло не на все области развития

В нескольких областях развития эффект нашего вмешательства отмечен не был. Например, нам не удалось добиться заметных успехов в улучшении исполнительных функций или в снижении распространенности экстернализированных расстройств поведения, таких как СДВГ. Почему так случилось? У нас есть несколько гипотез. Во-первых, возможно, мы поместили детей в семьи слиш-

ком поздно. Если бы нам удалось это сделать намного раньше, то мы бы добились большего успеха в их возвращении на курс типичного развития. В англо-румынском исследовании детей, усыновленных из румынских учреждений в возрасте до 6 месяцев, практически невозможно было отличить от детей, усыновленных в Великобритании внутри страны[12]. Во-вторых, возможно, что нейронные цепи, поддерживающие определенное поведение (например, ингибиторный контроль), были нарушены внутриутробно или в самом раннем послеродовом периоде, и в результате, каким бы маленьким ни был ребенок, помещенный в приемную семью, мы не смогли бы добиться успеха в восстановлении курса развития. В-третьих, возможно, что даже нескольких месяцев в учреждении достаточно, чтобы нарушить нейронную схему, которая определяет такое поведение, и что только интенсивные и целенаправленные терапевтические усилия (в отличие от более позитивного ухода в целом, как в нашем исследовании), смогут выправить ход развития. Например, в 54 месяца интернализированных расстройств поведения было еще много и они в общем не реагировали на вмешательство. Для корректировки траекторий развития этих детей могут потребоваться специальные, научно обоснованные методы лечения экстернализированного поведения, такие как программа «Детско-родительская терапия взаимодействия» (Parent Child Interaction Therapy)[13]. Если же это цепи, зависящие от опыта, то должны быть предприняты согласованные усилия, чтобы точно определить, какой именно опыт стимулирует их развитие.

И, конечно, в-четвертых, наиболее оптимистическая гипотеза состоит в том, что ранние сензитивные периоды постепенно преодолеваются/модифицируются/переформируются/перестраиваются последующим жиз-

ненным опытом. Такой опыт может принимать форму компенсаторных процессов, подобных тем, что действуют у взрослых после травм мозга (таких, например, как инсульты). В этом случае можно было бы говорить о проявлении нейропластичности как способности мозга реконструировать себя. Могут ли такие компенсаторные процессы преодолеть вред, причиненный на раннем этапе развития, — вопрос огромной важности, но, чтобы ответить на него, требуется отследить развитие детей из нашей выборки вплоть до процесса их перехода во взрослую жизнь.

Нормализуется ли развитие?

Есть лишь немного областей, в которых дети из учреждений когда-либо выглядели «нормально». Например, если их помещали в приемную семью до 2 лет, у них повышался IQ, но его значения оставались в диапазоне низких и средних (у детей, помещенных в приемные семьи между 7 и 18 месяцами, средний IQ в 54 месяца составлял 85). Точно так же помещение в приемные семьи значительно снизило распространенность тревожности и депрессии, но не до уровня детей, никогда не имевших опыта жизни в учреждениях. Почему же наше вмешательство оказалось не вполне эффективным?

Мы рассмотрели несколько вариантов. Во-первых, возможно, мы поместили детей в приемные семьи слишком поздно. Окажись они там в течение первых нескольких месяцев жизни, возможно, их нельзя было бы отличить от детей группы NIG. Во-вторых, могли быть тонкие биологические различия между детьми, оставленными родителями и попавшими в учреждения, и теми, кого семьи сохранили, например, такие как наблю-

дение (или его отсутствие) матери у врача в дородовый период, наличие (отсутствие) у младенцев пре- и перинатальных осложнений. Или, например, изучение медицинской документации и педиатрический осмотр могли выявить воздействие свинца или другого токсина, железодефицитную анемию, пренатальное воздействие алкоголя и/или наркотиков и т. д. Все эти биологические «тормоза» могли ограничивать восстановление детей. И действительно, в наших материалах есть свидетельства того, что дети со значительным числом признаков биологических нарушений (серьезная недоношенность, меньший вес при рождении, большее число стереотипий, меньшая окружность головы) в условиях учреждения страдают больше, чем те, у кого таких признаков нет. К сожалению, размер нашей выборки слишком мал, чтобы изучить этот вопрос достаточно глубоко и ответить на него определенно.

В-третьих, могут не полностью восстанавливаться дети, являющиеся носителями генетического полиморфизма (см. главу 11), который в условиях депривации предрасполагает их к ограничениям развития. Например, младенцы, рожденные с двумя копиями короткого аллеля 5HTT (ген — переносчик серотонина), при воспитании в учреждении могут быть более уязвимы к развитию тревожности. Эти полиморфизмы могут влиять на степень восстановления детей, помещенных в приемные семьи.

В-четвертых, может быть, нам и не следовало ожидать полного восстановления во всех областях по той простой причине, что силы, которые управляют развитием, делают это выборочно и работают в разных областях поразному. Показательным примером является контраст между IQ, который ни в одном случае не восстановился полностью, и социально-эмоциональным развитием, которое, по крайней мере, среди детей, помещенных

в приемные семьи до достижения 2 лет, в значительной степени восстановилось. Наконец, следует учитывать, что, хотя приемные семьи проекта BEIP отвечали достаточно высоким стандартам, то влияние, которое они могли оказать на некоторые отставания и проблемы в развитии, было недостаточно терапевтичным для их устранения. По данным нашего базового обследования, многие дети имели серьезные задержки или нарушения развития в ряде областей, так что некоторые из них (например, в случаях признаков СДВГ или когнитивных нарушений) вполне могли нуждаться в знаниях о более целенаправленных вмешательствах.

Политическое значение проекта

Начнем с признания непростой взаимосвязи между наукой и политикой. Ученые привыкли скептически относиться к новым результатам и быстро замечать их ограничения, даже если эти результаты их собственные. Как правило, научные работы в области поведения заканчиваются выводом о том, что «необходимы дополнительные исследования». И речь тут не столько о продлении исследовательской деятельности, сколько о признании того, что никакое отдельное исследование не может ответить на действительно важные вопросы вполне определенно, по крайней мере, настолько, чтобы удовлетворить исследователей. Политики, напротив, требуют выводов, четкого различения черного и белого. Либо мы вкладываем ресурсы в конкретные усилия, либо нет. Но ресурсы ограничены, поэтому решения должны быть вполне обоснованны. Кроме того, на политические решения — помимо науки — влияет ряд других факторов, включая политическую идеологию, экономику, культур-

ные ценности, права человека и т. д. Мы считаем, что наука может помогать политике, предоставляя более объективные данные о потенциальных областях инвестиций и особенно о предпочтительных формах вмешательства.

В оставшихся разделах этой главы мы поговорим о следствиях проекта BEIP для лиц, принимающих политические решения, подчеркивая три главных идеи.

1. Очевидно, что семейное воспитание предпочтительнее содержания в учреждениях.
2. Чем младше ребенок при помещении в семью, тем более вероятны для него высокие результаты.
3. Качество воспитания, предоставляемое в альтернативных учреждениям формах, имеет существенное значение.

Содержание детей в учреждениях

По разным оценкам, от 2 до 8 миллионов детей в мире воспитываются в учреждениях. Более того, учитывая проблемы, с которыми ЮНИСЕФ и другие организации постоянно сталкиваются, пытаясь получить точные данные о существовании учреждений, мы считаем, что эти цифры, судя по всему, ниже реальной численности живущих там детей. Какие-то правительства занижают число учреждений или называют их так, чтобы скрыть сущность. Другие просто не имеют ни инфраструктуры, ни желания для сбора значимых данных[14]. В Центральной и Южной Америке, Азии, на Ближнем Востоке, в Африке, и даже в некоторых частях Европы по-прежнему широко распространено помещение осиротевших, подвергшихся жестокому обращению и оставленных родителями маленьких детей в учреждения. 10 опубликованных на английском языке исследований с контроль-

ными группами, сравнивают детей в приемных семьях с детьми в учреждениях в 4 разных странах. Этот анализ последовательно показал, что дети в приемных семьях развиваются лучше[15]. С одной стороны, это относительно небольшая база данных, учитывая ограниченность и описательный характер некоторых исследований, но, с другой, впечатляет повторяемость результатов — через многие годы, страны и условия[16]. Загвоздка, однако, в том, что ни одно из этих исследований не предполагало рандомизации, это позволяло помещать в учреждения больше детей-инвалидов, чем в приемные семьи. Это означает, что лучшие результаты детей, помещенных в приемные семьи, могли быть следствием связанных с этим факторов.

С одной из форм такой аргументации мы столкнулись в Румынии. Говорилось приблизительно следующее: конечно, дети, живущие в учреждениях, отстают в развитии, потому что оно нарушено проблемами, возникшими до того, как они туда попали. А тогда, поскольку их развитие все равно нарушено, нет никаких оснований тратить на них ресурсы, которые и так ограничены. Эта позиция, как мы показали в главе 3, уходит своими корнями в дефектологию, советскую идею о том, что внутренние аномалии не поддаются исправлению вмешательством извне.

Проект BEIP убедительно опровергает мнение о том, что за все различия между детьми, помещенными в приемные семьи и оставшимися в учреждении, отвечают факторы, уже существовавшие к моменту разделения детей на эти две группы. Рандомизация исключала возможность предвзятого отбора детей для помещения в семьи. Именно поэтому проект BEIP предоставил самые веские на сегодняшний день доказательства того, что воспитание в семье предпочтительнее, нежели в учреждении.

Там, где помещение маленьких детей в приемные семьи используется недостаточно или не применяется вообще, необходимо разработать и в полной мере внедрять политические решения, поддерживающие преимущества семейного воспитания. Однако политика редко основывается непосредственно на научных выводах. Как уже отмечалось, содержание детей в учреждениях широко распространено в большинстве регионов мира. Подробный анализ такого положения дел выходит далеко за рамки нашего исследования, но несколько актуальных вопросов мы все-таки кратко рассмотрим.

В США открытие сиротских приютов активизировалось тогда же, когда стали широко создаваться тюрьмы и приюты для людей с психическими заболеваниями. Ближе к концу XIX века, когда индустриализация промышленности, урбанизация и экономический спад привели к появлению большого числа бездомных детей и взрослых, подобные учреждения считались весьма инновационными социальными решениями[17].

Эти нововведения поддерживали люди самых разных убеждений. Некоторые считали, что слабость характера брошенных или сбившихся с пути детей требует исправительных мер. Для детей младшего возраста это означало воспитание в стабильных, но регламентированных условиях, где под контролем властей они могли бы получить надлежащее образование и подготовку. Другие полагали, что удаление неблагополучных детей проблемных родителей из виду (с глаз долой, из сердца вон) означало снижение угрозы, которую они могли бы представлять для общества[18]. Эти две тенденции — реабилитации и прагматизма — в конце XIX века в Соединенных Штатах объединились в поддержке помещения детей младшего возраста в учреждения. Разумеется, будучи созданы, приюты затем становятся фактором экономической жизни:

им выделяются средства в зависимости от потребности в них, возникают вторичные экономические (рабочие места, зарплаты) и социальные эффекты.

Представляется, что в Румынии установлению традиции помещать маленьких детей в учреждения также способствовали как коррекционные, так и прагматические силы. И те, и другие были еще вполне ощутимы в конце XX века, когда мы начинали там свою работу. При Чаушеску власти полагали, что обученный государством персонал учреждений мог эффективнее воспитывать детей, чем малообразованные и проблемные родители. Эти защитные аргументы нам приходилось слышать от многих людей, работавших в системе таких учреждений. Румынская версия прагматичной позиции, напротив, сложилась еще до коммунистической эпохи, но и после нее была жива. Как отметила Лавиния Митрой (Lavinia Mitroi), в восточно-православной традиции дети, имеющие физические недостатки, уродства или инвалидность, иногда считаются проявлением божьего наказания[19]. Позор иметь ребенка с инвалидностью также мог служить причиной для его помещения в учреждение.

Брошенные дети и дети-инвалиды весьма успешно удалялись из поля зрения и из души общества Румынии времен Чаушеску. Нас снова и снова поражало, как часто люди, работавшие в Румынии в коммунистическую эпоху, говорили нам, что ничего не знали о количестве, а иногда даже о существовании крупных учреждений для маленьких детей. Брошенных детей держали в учреждениях, вне поля социального зрения, а это означало, что в стране, где практически все население едва справлялось с экономическими трудностями, людям не приходилось сталкиваться с мучительными вопросами о том, что делать с такими детьми.

Безусловно, есть и другие причины, по которым учреждения для маленьких детей продолжают существовать во многих частях мира и за пределами Румынии. Согласие на уход за биологически чужими детьми требует щедрости души от взрослых, которые могли бы — на время или навсегда — стать приемными родителями. А необходимое ощущение собственного благополучия, побуждающее к такой щедрости, вряд ли часто встречается среди людей, не уверенных, что могут прокормить свои собственные семьи. То есть в странах с преобладающим бедным населением и ограниченным доступом к ресурсам взрослые не чувствуют себя и свои семьи достаточно экономически защищенными, чтобы взять на себя дополнительное бремя заботы о чужих детях. Этим, по крайней мере отчасти, можно объяснить, почему страны с низким уровнем ресурсов больше полагаются на учреждения в уходе за брошенными детьми, чем страны с высоким.

Фактор времени при помещении детей в семьи

Во многих областях развития раннее помещение детей младшего возраста в семьи дает дополнительные преимущества. Это ясно видно из множества данных, которые мы обобщили в главах 7–11. Видно это и из анализа исследований усыновления, проведенных с 1970-х по 1990-е годы[20]. Хотя и мы, и другие исследователи не раз указывали конкретный возраст, после которого нарушения развития оказываются наиболее выраженными, обзор большого числа соответствующих работ показал, что данные по этому вопросу твердо поддерживают правило «чем раньше, тем лучше» для перевода детей из учреждений, а не какой-то определенный возраст[21]. Таким образом, чем старше ребенок, тем выше риск необратимых нарушений во многих областях развития.

Мы знаем, что легче и эффективнее «строить» мозг правильно с первого раза, чем перестраивать позже, после травмы или неблагоприятной ситуации. Таким образом, откладывать вмешательство, дожидаясь, пока мозг уже будет в значительной степени сформирован, означает необходимость приложить гораздо больше усилий впоследствии (и, вероятно, потратить больше денег) при существенно более низкой вероятности успешной реабилитации. Наши результаты хорошо согласуются с лонгитюдными исследованиями эффективности программ вмешательства для детей, растущих в неблагоприятных условиях, с нейробиологическими исследованиями на животных и с экономическим анализом раннего вмешательства. Эрик Кнудсен (Eric Knudsen) и его коллеги, выборочно проанализировав эту различную литературу, пришли к выводу, что ранний опыт оказывает уникальное мощное влияние на развитие архитектуры мозга и формирование навыков[22]. Они утверждают, что возможности изменений в развитии собственно человеческих навыков и нейронных цепей максимальны в начале жизни и уменьшаются с течением времени. Таким образом, приводимые ими данные из разных источников решительно поддерживают идею необходимости инвестиций в улучшение условий жизни детей, растущих в неблагоприятных условиях, в раннем детстве. Эти выводы полностью подтверждаются и нашей работой в проекте BEIP.

Альтернативы воспитанию детей в учреждениях

Еще одним следствием проекта BEIP является понимание того, что качеству жизни ребенка, являющейся альтернативой проживании в учреждении, необходимо уделять самое серьезное внимание. Мы заметили, что чем

больше окружение напоминает семейное, тем лучше там условия для развития. Наилучшим решением для детей из учреждений, следующим после помещения ребенка в семью кровных родственников, является приемная семья. Несмотря на необходимость инвестиций, создать систему высококачественных приемных семей для маленьких детей гораздо сложнее, чем просто создать систему приемных семей.

У нас есть данные, включая результаты, полученные по показателям психопатологии и IQ, которые демонстрируют преимущества качественной приемной семьи перед «обычной» приемной семьей. Мы показали, что уровень психопатологии у детей в приемных семьях проекта BEIP в возрасте 54 месяцев был значительно ниже, чем у детей в государственных приемных семьях. Кроме того, мы также писали о значительно более высоком IQ в возрасте 8 лет у детей в приемных семьях проекта BEIP по сравнению с детьми в государственных приемных семьях[23]. Тщательно организованная система приемных семей, действовавших под контролем хорошо обученных социальных работников (18–20 семей у каждого), дала свои результаты. Многие социальные работники государственных учреждений Румынии говорили нам в середине 2000-х годов, что на каждого из них приходится 80–100 семей. Это, безусловно, предопределяет провал. Кроме того, одним из ключевых компонентов воспитания детей в приемных семьях проекта BEIP было содействие формированию здоровых отношений привязанности между детьми и их воспитателями, тогда как в типичных государственных приемных семьях это вовсе не имеется в виду.

Это говорится совсем не ради обвинения румынских государственных приемных семей. Проблемы защиты детей, с которыми Румыния столкнулась в 1990 году, бы-

ли чудовищны и беспрецедентны. За 20 с небольшим лет по многим показателям был достигнут весьма значительный прогресс. И все-таки Румынии еще по-прежнему далеко до той квалифицированной, основанной на современных данных о развитии и ориентированной на интересы ребенка системы защиты оставленных родителями детей — такой идеальной системы, к которой следует стремиться, и которая, очевидно, не существует пока и в Соединенных Штатах тоже[24].

Проблема международного усыновления

Как показано в главе 3, Румыния оказалась втянутой в затяжной спор между Европейским союзом, выступавшим против международного усыновления, и Соединенными Штатами, которые его поддерживали. Этот конфликт сохраняется и теперь, хотя Румыния временно запретила международное усыновление в 2001 году, затем навсегда — в 2005 году, а затем в 2012 году приняла законодательство, разрешающее международные усыновления румынских детей родственниками четвертой степени, супругами биологического родителя ребенка и румынскими гражданами, постоянно проживающими за границей.

Сопротивление международному усыновлению проистекало по большей части из безудержной коррупции в Румынии в первое десятилетие после Чаушеску. Помимо взяток, которые органы защиты детей брали за организацию международных усыновлений, поступали сообщения о выплатах малоимущим женщинам за вынашивание детей для усыновления, об усыновлении детей, чьи родители сохраняли свои законные права, о других ужасающих историях. Ходили слухи об усыновлении детей в целях торговли органами, проституции и педо-

филии. Шининг Чоу и Кевин Браун (Shihning Chou and Kevin Browne) утверждали, что при международном усыновлении часто нарушаются права детей, и, ссылаясь на Конвенцию о защите детей и сотрудничестве в отношении иностранного усыновления (Гаага, 1993), отмечали, что оно должно рассматриваться только в качестве крайней меры[25]. Они возражали против «маркетинговых» и финансовых аспектов международного усыновления и использовали подстрекательские формулировки при описании «стран-импортеров» и «стран-экспортеров». Остаются также некоторые правовые вопросы, не затронутые Чоу и Брауном, особенно опасность утраты усыновленными за границу детьми важных аспектов своей культуры, языка и идентичности.

Правительство США, напротив, было ярым противником усилий Румынии по ликвидации международного усыновления. Американцы утверждали, что нет никаких оснований для этого, так как это один из вариантов защиты детей, учитывая, что десятки тысяч детей по-прежнему находятся в учреждениях, а новые тысячи детей Румынии ежегодно оказываются брошенными. Кроме того, усыновление позволяет достигать важнейшей цели стабильности и надежности для детей, особое внимание которым уделяется в законодательстве США в последние 15 лет (Государственный Закон 105—89). Помещение в семьи без усыновления всегда было краткосрочным вмешательством, особенно для маленьких детей. Поэтому, рассуждая также и с позиции прав детей, Соединенные Штаты пришли к выводу, весьма отличающемуся от вывода Европейского Союза, а именно, о желательности международного усыновления. Подчеркивая стабильность и надежность условий для маленьких детей, Соединенные Штаты считают, что международное усыновление — это не крайняя мера, а вариант,

который намного лучше, чем долгосрочное пребывание в семье без усыновления или содержание детей в учреждениях. Да и Конвенция о защите детей и сотрудничестве в отношении иностранного усыновления предпочитает международное усыновление содержанию детей в учреждениях.

Три важных аспекта определяют вклад проекта BEIP в эту дискуссию. Во-первых, мы ясно показали, что семейный уход предпочтительнее содержанию в учреждениях. Во-вторых, качество ухода при любом способе размещения детей имеет существенное значение для траектории развития ребенка. Поскольку наилучшие условия обеспечиваются именно в семье, политика, поддерживающая помещение детей в семьи, должна быть приоритетной по сравнению с любым типом содержания в учреждениях. И, наконец, влияние фактора времени на развитие детей при их помещении в семьи, подтвержденное нами в проекте BEIP, должно служить предупреждением для органов защиты детей.

Есть ли все же какое-либо место для учреждений в системе защиты детей?

В некоторых регионах мира приемное воспитание отсутствует и вряд ли будет реализовано в обозримом будущем. Например, для детей, осиротевших вследствие распространения СПИДа во многих странах Африки к югу от Сахары, приемные семьи полностью недоступны. Вопрос заключается в том, может ли быть хоть какой-то конструктивный смысл у учреждений в таких условиях. Мы считаем, что есть достаточные основания утверждать, что такие крупные учреждения, которые были широко распространены в Румынии во второй половине XX века, не имеют никакой осмысленной роли в эффек-

тивной системе защиты детей. Данные, собранные к настоящему времени, ясно свидетельствуют о том, что чем больше условия, в которых воспитываются дети, напоминают семейные, тем больше шансов для развития здорового мозга и соответствующего поведения. Кроме того, недвусмысленный урок Румынии заключается в том, что, как только страна начинает инвестировать средства в такого рода учреждения, включаются экономические факторы, стремящиеся эту систему учреждений увековечить. В Румынии учреждения становились экономическими центрами небольших поселков, жители которых там работали, а органы местного управления и даже национальные агентства и департаменты получали финансирование из расчета числа детей, содержащихся в подведомственных им учреждениях. Как показано в главе 3, эти экономические факторы стали серьезными препятствиями на пути реформ в Румынии.

Безусловно, необходимо приложить все усилия для того, чтобы размещать всех брошенных или осиротевших детей в семьи, в идеале — на постоянное проживание. Там, где постоянство ухода не может быть обеспечено, следует рассмотреть вопрос о высококачественном приемном воспитании без усыновления. Если нет и такой возможности, следует отдать предпочтение малым группам детей со стабильным составом и малым числом воспитателей, которые индивидуально занимаются ребенком. Смешанные возрастные группы детей также сделают эти условия более похожими на семейные. Отклонения от этих подходов, вероятнее всего, приведут к значительному росту рисков для детей младшего возраста, что, по нашему мнению, не оправдывает инвестиций, особенно, учитывая то, что система учреждений всегда имеет тенденцию расти и укреплять саму себя.

Новые направления в области защиты детей

Значение рассказанной нами истории выходит далеко за пределы Румынии и даже всей Восточной Европы. Термин «депривированные» вполне может быть использован не только для описания конкретных условий жизни детей, но и для характеристики недостаточных систем защиты детей, существующих по всему миру. И при всем заметном спектре усилий по эффективному взаимодействию с осиротевшими, брошенными или подвергшимися жестокому обращению детьми (от детей, живущих самостоятельно на улице, через крупные и обезличенные учреждения, небольшие как бы «домашние» группы, до приемных семей (без усыновления) и расширенных приемных семей), оно изобилует проблемами. В целом наш опыт показывает, что очень немногие страны в мире, если такие вообще существуют, могут испытывать удовлетворение результатами своих усилий по охране детства. Ограниченность средств, недостаточная подготовка персонала, отсутствие ориентации на развитие, неспособность учитывать важнейшие интересы детей — это темы, которые находят отклик от Бухареста до Бостона и Пекина.

В последнее время в Румынии, Европейском союзе и Соединенных Штатах, с учетом результатов и выводов проекта BEIP и других данных, предпринимаются конкретные шаги, которые, по нашему мнению, свидетельствуют о переходе к более скоординированной и комплексной практике охраны детства.

Усилия Правительства Румынии

За последние 15 лет в Румынии произошли значительные изменения в политике по охране детства. Как отмечал Кристиан Табакару, до 1997 года в Румынии прак-

тически не было приемных семей, а сейчас их десятки тысяч[26]. Были достигнуты значительные успехи в ликвидации крупных учреждений, но достижения в предотвращении отказов от детей гораздо скромнее.

В 2005 году правительство Румынии приняло закон 272/2004, который запрещает помещать детей в учреждения в течение первых 2 лет жизни, если они не являются инвалидами. И хотя мы точно не знаем, какую роль (если таковая имела место) проект BEIP сыграл в этих политических изменениях, но по времени они совпали с представлением наших первоначальных результатов правительству и публикацией первых научных исследований.

Габриэлла Коман, руководившая национальным агентством по охране детства в Румынии с 2000 по 2004 год, говорила, что она и ее сотрудники знали о первых результатах проекта BEIP и испытали их влияние, но отметила также, что реформам способствовали многие факторы[27]. Богдан Симион, в настоящее время исполнительный директор SERA Румынии и председатель Федерации неправительственных организаций по охране детства, также считает, что проект BEIP в последнее десятилетие послужил важнейшим источником данных для проводимых в Румынии реформ[28]. Аналогичные заявления делали и другие лица[29]. Учитывая, что итоги проекта BEIP окончательно еще не подведены, мы рассчитываем предоставить дополнительные данные, которые окажутся полезны для директивных органов Румынии, в ближайшие годы.

Усилия правительства США

Пытаясь помочь пострадавшим от землетрясения на Гаити в 2010 году, правительство США быстро обнаружило, что его усилия плохо согласованы, часто дублируют

друг друга, а иногда и вовсе контрпродуктивны. Аналогичный опыт отсутствия целенаправленности, координации и интеграции усилий по оказанию помощи привел правительственные ведомства и организации США, работающие в интересах наиболее уязвимых детей в мире, к серьезному пересмотру своей деятельности. К этой задаче были подключены соответствующие подразделения в министерствах сельского хозяйства, обороны, здравоохранения и гуманитарных служб, труда, Государственного департамента, Корпуса мира и Агентства США по международному развитию (USAID). Проверка показала, что в 2009 финансовом году правительство выделило более 2 миллиардов долларов на поддержку примерно 2000 проектов оказания помощи уязвимым детям и их семьям в более чем 100 странах[30]. Был сделан вывод о том, что необходимо сконцентрировать усилия на создании устойчивых систем охраны детства, которые были бы способны эффективно откликаться на нужды детей, оставшихся без семьи[31].

Одним из результатов этой работы явился организованный правительством «Саммит доказательств», направленный на обсуждение материалов по программе «Защита детей, оставшихся без семьи» как межведомственной инициативы правительства США. Саммит прошел в декабре 2011 года, в нем приняли участие исследователи, международные эксперты по охране детства и работники правительственных учреждений США, которые всесторонне обсудили имеющуюся базу фактических данных по методам вмешательства и политики в отношении детей, оставшихся без попечения родителей, в странах с низким и средним уровнем дохода. Одной из важных задач саммита было определить, что дополнительно необходимо для повышения эффективности международных усилий США по оказанию помощи, и здесь

часто упоминался проект BEIP как пример сбора и представления свидетельств, имеющих важнейшее значение для обоснования и эффективной разработки политических решений[32]. Совсем недавно правительство США опубликовало стратегию продвижения известных «лучших практик» для детей-сирот и уязвимых детей, оставшихся без попечения семьи[33].

Усилия Европейского союза

В июне 2012 года парламент Европейского союза организовал выставку и круглый стол по проблеме детей, воспитывающихся в учреждениях. В ходе круглого стола, проходившего под председательством Малрида Макгиннесса (Malread McGuinness), члена Европарламента от Ирландии, были представлены доклады о правах детей, о проекте BEIP и последствиях содержания в учреждениях для развития, экономике учреждений и практических последствиях реформ.

Соорганизаторами этого мероприятия, целью которого было показать заинтересованность ЕС в ликвидации учреждений как метода защиты детей в пределах его границ, выступили такие неправительственные организации, как Ark (Absolute Return for Kids) и Eurochild. Это чрезвычайно важное движение, поскольку исследования, проведенные в последнее десятилетие, показали, что учреждения для малолетних детей, оставшихся без попечения родителей, распространены и во многих западноевропейских странах, и в странах Восточной Европы[34]. По одному из вопросов повестки участники встречи были единодушны: «структурированные фонды», выделяемые менее развитым странам ЕС, должны использоваться для разработки альтернатив содержанию детей в учреждениях.

Политические выводы

Начиная с первой конференции Белого дома по положению детей в 1909 году и до Конвенции Организации Объединенных Наций о правах ребенка 1989 года и Конвенции о защите детей и сотрудничестве в отношении иностранного усыновления 1993 года (Гаага), важность помещения детей, оставшихся без попечения, в семьи утверждалась в качестве руководящего принципа. Эти утверждения основывались главным образом на гуманитарных ценностях. Проект BEIP и другие исследования создали для этой позиции еще и прочную доказательную базу.

Тщательно проведенные научные исследования убедительно показали, что легче и эффективнее «строить» мозг правильно с самого начала, чем перестраивать его после травмы или неблагоприятных условий жизни. Откладывать вмешательство до тех пор, пока мозг не будет более развит, значит вкладывать гораздо больше усилий и ресурсов при меньших шансах на успех. Таким образом, политика поддержки как можно более раннего вмешательства в жизнь брошенных или осиротевших маленьких детей, оказавшихся в условиях депривации, явно подтверждается проектом BEIP и аналогичными исследованиями.

Кроме того, особое внимание к раннему опыту ребенка имеет значение для почти полумиллиона детей в Соединенных Штатах, находящихся во временных приемных семьях. Выводы проекта BEIP опираются на ранний опыт, но последующий опыт также имеет значение. Слишком часто мы забываем, что приемные семьи без усыновления являются методом вмешательства для детей, подвергшихся пренебрежению. Усилия служб охраны детства в США направлены, как это и должно быть,

на воссоединение семей, а жизни детей во временных приемных семьях уделяется слишком мало внимания. Наше исследование показало, что результаты детей, по всей вероятности, очень сильно связаны с опытом, который они получают в такой семье. Проект BEIP раскрыл множество путей, с помощью которых развитие мозга и поведения связано с опытом. Уроки, извлеченные из этой работы и трудов других ученых, должны помочь нам в создании такой системы защиты детей, которая опирается на известные данные о взаимодействии «мозг-опыт», а не на политические соображения или эмоциональные предпочтения.

Депривация, развитие мозга и трудности восстановления

Эта книга посвящена проекту, который в течение более 10 лет отслеживал состояние детей с общим для них опытом серьезных и нетипичных для нашего вида неблагоприятных условий жизни. После некой внешней манипуляции, приведшей половину этих детей в семьи, две группы начали свое движение по разным траекториям развития. Уроков, полученных в течение первых 8 лет проекта BEIP, по крайней мере несколько. Во-первых, развитие детей, живущих в учреждениях, серьезно нарушено. Некоторые нарушения, вероятно, предшествовали помещению в учреждения — они обязаны своим появлением генетике и неблагоприятному пре- или перинатальному опыту. Но из нашей работы и трудов других авторов мы знаем, что многие аномалии связаны именно с пребыванием в учреждениях. Во-вторых, в рамках группы детей, помещенных в приемные семьи, более ранний перевод из учреждения значимо связан с луч-

шими результатами по некоторым (хотя и не по всем) направлениям развития. Этот вывод является одним из наиболее важных в этой работе и имеет огромное значение для детей во всем мире, подвергшихся неблагоприятным воздействиям в раннем возрасте. В-третьих, помещение детей в семьи позволяет преодолеть некоторые, хотя и не все, отклонения в развитии. Как уже подчеркивалось, мы придерживались консервативного подхода к анализу и представлению результатов вмешательства, как это и полагается в научном исследовании, хотя из-за этого мы вполне могли их недооценить. И наконец, следы раннего опыта детей никуда не исчезают. То есть немногие дети из первоначальной выборки, по крайней мере к 8 годам, восстановились до состояния, сопоставимого с их сверстниками, не имевшими опыта проживания в учреждениях. Но с учетом масштабов отставания мы не ожидаем, что эти данные изменятся даже с той нейронной реорганизацией, которая происходит в подростковом возрасте.

Наша история развернулась в Румынии — стране, имеющей особые исторические и контекстуальные характеристики, о которых мы рассказали. Тем не менее сходство румынских детей, которых мы изучали, с детьми в других странах, испытывающими серьезные лишения, более важно, чем различия между ними. Мы с нетерпением ожидаем использования данных (клинических и данных наук о мозге и развитии) для создания систем защиты детей, которые обеспечили бы детям всестороннюю, устойчивую, основанную на понимании развития и соответствующую культурным особенностям помощь. Только так мы сможем решить проблемы, вызванные серьезной депривацией, и помочь детям в преодолении трудностей восстановления.

Над русской версией книги работали:

Президент Фонда «Обнажённые сердца»
Анастасия Залогина

Директор программы
«Каждый ребенок достоин семьи»
Инна Монова

Эксперты Фонда «Обнажённые сердца»
Святослав Довбня, детский невролог
Татьяна Морозова, клинический психолог

Переводчики
Юлия Турчанинова
Эрнст Гусинский

Координатор проекта
Вера Курбатова

Библиография

Abela, J. R. Z., B. L. Hankin, E. A. P. Haigh, T. Vinokuroff, L. Trayhern, and P. Adams. 2005. Interpersonal vulnerability to depression in high-risk children: The role of insecure attachment and reassurance seeking. *Journal of Child and Adolescent Psychology* 34: 182–192.

Adolphs, R., and M. L. Spezio. 2006. Role of the amygdala in processing visual social stimuli. *Progress in Brain Research* 156: 363–378.

Ahmad A., J. Qahar, A. Siddiq, A. Majeed, J. Rasheed, F. Jabar, and A. L. von Knorring. 2005. A 2-year follow-up of orphans' competence, socioemotional problems and post-traumatic stress symptoms in traditional foster care and orphanages in Iraqi Kurdistan. *Child Care Health and Development* 31: 203–215.

Ainsworth, M. D., M. C. Blehar, E. Waters, and S. Wall. 1978. *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Albers, L., D. E. Johnson, M. Hostetter, S. Iverson, M. Georgieff, and L. Miller. 1997. Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe: Comparison with pre-adoptive medical records.

Journal of the American Medical Association 278: 922–924.

Allen, J. P., C. Moore, G. Kupermine, and K. Bell. 1998. Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development* 69: 1406–1419.

Almas, A. N., K. A. Degnan, A. Radulescu, C. A. Nelson, C. H. Zeanah, and N. A. Fox. 2012. The effects of early intervention and the moderating effects of brain activity on institutionalized children's social skills at age 8. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 109: 17228–17231.

Almas, A. N., K. A. Degnan, O. L. Walker, A. Radalescu, C. A. Nelson, C. H. Zeanah, and N. A. Fox. In preparation. The effects of early institutionalization and foster care intervention on children's social behaviors at age 8.

Ames, E. W, and M. Carter. 1992. Development of Romanian orphanage children adopted to Canada. *Canadian Psychology* 99 (6): 444–453.

Bachman, R. D., ed. 1991. *Romania: A country study.* Washington, DC: Library of Congress, Federal Research Division. Available at http://lcweb2.loc.gov/frd/cs/rotoc.html.

Bakermans-Kranenburg, M. J., M. H. van Ijezdoorn, and F. Juffer. 2008. Earlier is better: A meta-analysis of 70 years of intervention improving cognitive development in institutionalized children. *Monographs for Society in Research of Child Development* 73 (3): 279–293.

Banks, S. J., K. T. Eddy, M. Angstadt, P. J. Nathan, and K. L. Phan. 2007. Amygdala-frontal connectivity during emotion regulation. *Social and Affective Neuroscience* 2: 303–312.

Barker, D. J., G. Osmond, J. Golding, D. Kuh, and M. E. Wadsworth. 1989. Growth in utero, blood pressure in childhood and adult life and mortality from cardiovascular disease. *British Medical Journal* 298 (6673): 564–567.

Barker, D. J., P. D. Winter, C. Osmond, B. Margetts, S. J. Simmonds. 1989. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet* 2 (8663): 577–580.

Barry, R. J., A. R. Clarke, and S. J. Johnstone. 2003. A review of electrophysiology in attention-deficit/hyperactivity disorder. I: Qualitative and quantitative electroencephalography. *Clinical Neurophysiology* 114: 171–183.

Barry, R. J., A. R. Clarke, S. J. Johnstone, R. McCarthy, and M. Selikowitz. 2009. Electroencephalogram theta/beta ratio and arousal in attention-deficit/hyperactivity disorder: Evidence of independent processes. *Biological Psychiatry* 66: 398–401.

Bauer, P. M., J. L. Hanson, R. K. Pierson, R. J. Davidson, and S. D. Pollak. 2009. Cerebellar volume and cognitive functioning in children who experienced early deprivation. *Biological Psychiatry* 66 (12): 1100–1106.

Bayley, N. 1969. *Bayley Scales of Infant Development.* NewYork: Psychological Corporation.

Bayley, N. 1993. *Bayley Scales of Infant Development,* 2nd ed. New York: Psychological Corporation.

Beckett, C., B. Maughan, M. Rutter, J. Castle, E. Colvert, C. Groothues, A. Hawkins, J. Kreppner, T. G. O'Connor, S. Stevens, and E. J. Sonuga-Barke. 2007. Scholastic attainment following severe early institutional deprivation: A study of children adopted from Romania. *Journal of Abnormal Child Psychology* 35: 1063–1073.

Beckett, C., B. Maughan, M. Rutter, J. Castle, C. Colvert, C. Groothues, J. Kreppner, S. Stevens, T. G. O'Connor, and E. J. Sonuga-Barke. 2006. Do the effects of early severe deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the English and Romanian adoptees study. *Child Development* 77 (3): 696–711.

Beecher, H. K. 1966. Ethics and clinical research. *New Engl and Journal of Medicine* 274: 1354–1360.

Belsky, J., M. J. Bakermans-Kranenburg, and M. H. van IJzendoorn. 2007. For better and for worse: Differential susceptibility to environmental influences. *Current Directions in Psychological Science* 6: 300–304.

Belsky, J., and M. Pluess. 2009. The nature (and nurture?) of plasticity in early human development. *Perspectives on Psychological Science* 4: 345351.

Berument, S. K. 2013. Environmental enrichment and caregiver training to support the development of birth to 6-year-olds in Turkish orphanages. *Infant Mental Health Journal* 34: 189–201.

Binet, A., and T. Simon. 1904. Methodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *L'Annee psychologique* 11: 191–244.

Binet, A., and T. Simon. 1916. *The development of intelligence in children.* Baltimore: Williams and Wilkins; reprinted New York: Arno Press, 1973; Salem, NH: Ayer, 1983.

Black, J. E., T. A. Jones, C. A. Nelson, and W T. Greenough. 1998. Neuronal plasticity and the developing brain. In *Handbook of child and adolescent psychiatry,* vol. 6: *Basic psychiatric science and treatment,* edited by N. E. Alessi, J. T. Coyle, S. I. Harrison, and S. Eth, 31–53. New York: John Wiley and Sons.

Blair, C., P. D. Zelazo, and M. T. Greenberg. 2005. The meas urement of executive function in early childhood. *Developmental Neuropsychology* 28 (2): 561–571.

Blizzard, R. M., and A. Bulatovic. 1996. Syndromes of psychosocial short stature. In *Pediatric endocrinology,* edited by F Lifshitz, 3rd ed., 83–93. New York: Marcel Dekker.

Boothby, N., R. L. Balster, P. Goldman, M. G. Wessells, C. H. Zeanah, G. Huebner, and J. Garbarino. 2012. Coordinated and evidence-based policy and practice for protecting children outside of family care. *Child Abuse and Neglect* 36: 743–751.

Bos, K. J., N. Fox, C. H. Zeanah, and C. A. Nelson. 2009. Effects of early psychosocial deprivat ion on the development of memory and executive function. *Frontiers in Behavioral Neuroscience,* vol. 3, art. 16: 1–7.

Bos, K., C. H. Zeanah, N. A. Fox, and C. A. Nelson. 2010. Stereotypies in children with a history of early institutional care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 164 (5): 406–411.

Boswell, J. 1988. *The kindness of strangers: The abandonment of children in western Europe from late antiquity to the Renaissance.* New York: Pantheon Books.

Bowlby, J. 1944. Forty-four juvenile thieves: Their characters and home-life. *International Journal of Psychoanalysis* 25: 19–52, 107–128.

Bowlby, J. 1951. Maternal care and mental health. *Bulletin of the World Health Organization* 3: 355–534. Available at http://libdoc.who.int/publications/9241400021_part1.pdf (to p. 63) and http://libdoc.who. int/publications/9241400021_part2.pdf (pp. 64–194).

Bowlby, J. 1969. *Attachment.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. 1973. *Separation.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. 1980. *Loss.* New York: Basic Books.

Brestan, E.V., and S. M. Eyberg. 1998. Effective psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior disorders: 29 years, 82 studies, and 5272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology* 27: 179188.

Brodbeck, A. J., and O. C. Irwin. 1946. The speech behaviour of infants without families. *Child Development* 17: 145–156.

Brodzinsky, D., and M. Schechter. 1990. *The psychology of adoption.* New York: Oxford University Press.

Browne, K., and C. Hamilton-Giachritsis. 2004. Mapping the number and characteristics of children under three in institutions across Europe

at risk of harm. European Union, Daphne Programme – Year 2002: Final report, project no. 2002/017/C. Available at http://ec.europa.eu/justice_home/daphnetoolkit/files/projects/2002_017/01_final_ report_2002_017.doc.

Browne, K. D., C. E. Hamilton-Giachritsis, R. Johnson, and M. Ostergren. 2006. Overuse of institutional care for children in Europe. *British Medical Journal* 332: 485–487.

Bruer, J. T. 1998. The brain and child development: Time for some critical thinking. *Public Health Reports* 113 (5): 388–397.

Bruininks, R. H., and B. D. Bruininks. 2005. *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency,* 2nd ed. Minneapolis: NCS Pearson.

Bunge, S. A., and S. B. Wright. 2007. Neurodevelopmental changes in working memory and cognitive control. *Current Opinion in Neurobiology* 17 (2): 243–250.

Bunge, S. A., and P. D. Zelazo. 2006. A brain-based account of the development of rule use in childhood. *Current Directions in Psychological Science* 15 (3): 118–121.

Carlson, V, D. Cicchetti, D. Barnett, and K. Braunwald. 1989. Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology* 25: 525–531.

Carter, A. S., M. J. Briggs-Gowan, S. M. Jones, and T. D. Little. 2003. The Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of Abnormal Child Psychology* 31: 495–514.

Casey, B. J., F. X. Castellanos, J. N. Giedd, et al. 1997. Implication of right frontostriatal circuitry in response inhibition and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36: 374–383.

Casey, B. J., R. J. Trainor, J. L. Orendi, et al. 1997. A developmental functional MRI study of prefrontal activation during performance of a Go-No-Go task. *Journal of Cognitive Neuroscience* 9 (6): 835–847.

Cassidy, J., R. S. Marvin, and the MacArthur Working Group on Attachment. 1992. Attachment organizat ion in preschool children: Coding guidelines, 4th ed. Unpublished manuscript, University ofVirginia.

Castellanos, F. X., J. N. Giedd, W L. Marsh, et al. 1996. Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry* 53: 607–616.

Cermak, S. A., and L. A. Daunhauer. 1997. Sensory processing in the post-institutionalized child. *American Journal of Occupational Therapy* 51: 500507.

Champagne, D. L., R. C. Bagot, F. van Hasselt, G. Ramakers, M. J. Meaney, E. R de Kloet, M. Joels, and H. Krugers. 2008. Maternal care and hippocampal plasticity: Evidence for experience-dependent structural plasticity, altered synaptic functioning, and differential responsiveness to glucocorticoids and stress. *Journal of Neuroscience* 28 (23): 60376045.

Chapin, H. D. 1915. Are institutions necessary for infants? *Journal of the American Medical Association* 64: 1–3.

Chapin, H. D. 1926. Family vs. institution. *Survey* 55: 485–488.

Chapman, D. P., C. L. Whitfield, V J. Felitti, S. R. Dube, V. J. Edwards, and R. F. Anda. 2004. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood.*Journal of Affective Disorders* 82: 217–225.

Children's Bureau. 2009. *Child Maltreatment 2009.* Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. Available at http://archive.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm09/cm09.pdf.

Child Welfare League of America. 2007. Children in group homes and institutions by age and state, 2004. *Special Tabulation of the Adoption and Foster Care Analysis Reporting System.* Washington, DC: Author.

Chisholm, K. 1998. A three-year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development* 69: 1092–1106.

Chisholm, K., M. C. Carter, E. W. Ames, and S. J. Morison. 1995. Attachment security and indiscriminately friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology* 7: 283–294.

Chou, S., and K. Browne. 2008. The relationship between institutional care and the international adoption of children in Europe. *Adoption and Fostering* 32: 40–48.

Chugani, H. T., M. E. Behen, O. Musik, C. Juhasz, F. Nagy, and D. C. Chugani. 2001. Local brain functional activity following early deprivation: A study of postinstitutionalized Romanian orphans. *NeuroImage* 14: 1290–1301.

Coles, E. M. 2001. Note on objectives of psychological assessment procedures and the value of multidimensional questionnaires and inventories. *Psychological Reports* 88: 813–816.

Colvert, E., M. Rutter, C. Beckett, J. Castle, C. Groothues, A. Hawkins, J. Kreppner, T. J. O'Connor, S. Stevens, and E. J. Sonuga-Barke. 2008. Emotional difficulties in early adolescence following severe early deprivation: Findings from the English and Romanian adoptees study. *Development and Psychopathology* 20: 547–567.

Colvert, E., M. Rutter, J. Kreppner, C. Beckett, J. Castle, C. Groothues, A. Hawkins, S. Stevens, and E. J. Sonuga-Barke. 2008. Do theory of mind and executive function deficits underlie the adverse outcomes associated with profound early deprivalion? Findings from the English and Romanian adoptees study. *Journal of Abnormal Child Psychology* 36 (7): 1057–1068.

Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization. 2002. *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects.* Geneva: CIOMS. Available at http://www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf.

Craciun, O. 2011, January 18. Abandona^i § i de paring, § i de mamele sociale. Available at http://www.evz.ro/detalii/stiri/abandonati-si-de-parinti-si-de-mamele-sociale-918471. html#ixzz1 kn9lJXmz E VZ. ro.

Cragg, L., and K. Nation. 2008. Go or no-go? Developmental improvements in the efficiency of response inhibition in mid-childhood. *Developmental Science* 11 (6): 819–827.

Crenson, M. A. 1998. *Building the invisible orphanage: A prehistory of the American welfare system.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Curtis, W. J., L. L. Lindeke, M. K. Georgieff, and C. A. Nelson. 2002. Neu-robehavioral functioning in neonatal intensive care unit graduates in late childhood and early adolescence. *Brain* 125 (7): 1646–1659.

Cyr, C., E. M. Euser, M. J. Bakermans-Kranenburg, and M. H van IJzen-doorn. 2010. Attachment security and disorganizat ion in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology* 22: 87–108.

Damjanovic, A. K., Y Yang, R. Glaser, J. K. Keicolt-Glaser, H. Nguyen, B. Laskowski, Y. Zou, D. Q. Beversdorf, and N. P. Weng. 2007. Accelerated telomere erosion is associated with a declining immune function of caregivers of Alzheimer's disease patients. *Journal of Immunology* 179 (6): 4249–4254.

Davidson, R. J. 2000. Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist* 55: 1196–1214.

Davidson, R. J., and N. A. Fox. 1982. Asymmetrical brain activity discriminates between positive and negative stimuli in human infants. *Science* 218: 1235–1237.

De Haan, M. 2007. *Infant EEG and event-related potentials.* London: Psychology Press.

De Haan, M., K. Humphreys, and M. H. Johnson. 2002. Developing a brain specialized for face perception: A converging methods approach. *Developmental Psychobiology* 40 (3): 200–212.

De Haan, M., and C. A. Nelson. 1997. Recognition of the mother's face by 6-month-old infants: A neurobehavioral study. *Child Development* 68 (2): 187–210.

DeKlyen, M., and M. T. Greenberg. 2008. Attachment and psychopathol-ogy in childhood. In *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications,* 2nd ed., edited by J. Cassidy and P. Shaver, 637–665. New York: Guilford.

Dennis, W, and P. Najarian. 1957. Infant development under environmental handicap. *Psychological Monographs: General and Applied* 71: 1–13.

Dente, K., and J. Hess. 2006. Pediatric AIDS in Romania: A country faces its epidemic and serves as a model of success. *Medscape General Medicine* 8 (2): 11.

De Wolff, M. S., and M. H. van IJzendoorn. 1997. Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development* 68: 571–591.

Dickens, J., and V Groza. 2004. Empowerment in difficulty: A critical appraisal of international intervention in child welfare in Romania. *International Social Work Journal* 47: 469–487.

Dobrova-Krol, N. A., M. J. Bakermans-Kranenburg, M. H. van IJzendoorn, and F. Juffer. 2010. The importance of quality of care: Effects of perinatal HIV infection and early institutional rearing on preschoolers' attachment and indiscriminate friendliness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51: 1368–1376.

Dobrova-Krol, N. A., M. H. van IJzendoorn, M. J. Bakermans-Kranen-

burg, and F. Juffer. 2010. Effects of perinatal HIV infection and early institutional rearing on physical and cognitive development of children in Ukraine. *Child Development* 81 (1): 237–251.

Doolittle, T. 1995. The long term effects of institutionalization on the behavior of children from Eastern Europe and the former Soviet Union: Research, diagnoses, and therapy options. Parent Network for Post-Institutionalized Children. Retrieved July 17, 2004, from http://www. mariaschildren.org/english/ babyhouse/ effects.html.

Dozier, M., E. Peloso, O. Lindhiem, M. K. Gordon, M. Manni, S. Sepul-veda, J. Ackerman, A. Bernier, and S. Levine. 2006. Preliminary evidence from a randomized clinical trial: Intervention effects on foster children's behavioral and biological regulation. *Journal of Social Issues* 62: 767–785.

Drury, S. S., K. P. Theal, A. T. Smyke, B. J. B. Keats, H. L. Egger, C. A. Nelson, N. A. Fox, P. J. Marshall, and C. H. Zeanah. 2010. Modification of depression by COMT val^{158}met polymorphism in children exposed to early psychosocial deprivation. *Child Abuse and Neglect* 34: 387–395.

Drury, S. S., K. Theall, M. M. Gleason, A. T. Smyke, I. De Vivo, J.Y.Y. Wong, N. A. Fox, C. H. Zeanah, and C. A. Nelson. 2011. Telomere length and early severe social deprivation: Linking early adversity and cellular aging. *Molecular Psychiatry* 17 (7): 719–727.

Dube, S. R., R. F Anda, V J. Felitti, D. P. Chapman, D. F. Williamson, and W. H. Giles. 2001. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findi ngs from the adverse childhood experiences study. *Journal of the American Medical Association* 286: 3089–3096.

Durston, S., K. M. Thomas, M. S. Worden, Y. Yang, and B. J. Casey. 2002. The effect of preceding context on inhibition: An event-related fMRI study. *Neuroimage* 16 (2): 449–453.

Early Child Care Research Network. 1997. The effects of infant child care on infant-mother attachment security: Results of the NICHD study of early child care. *Child Development* 68: 860–879.

Edwards, V J., G. W Holden, V J. Felitti, and R. F. Anda. 2003. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry* 160: 1453–1460.

Egger, H. L., B. H. Ascher, and A. Angold. 1999. The Preschool Age Psychiatric Assessment: Version 1.1. Durham, NC: Duke University Health System, Center for Developmental Epidemiology. Information available at http://devepi.duhs.duke.edu/papa.html.

Egger, H. L., A. Erkanli, G. Keeler, E. Potts, B. K. Walter, and A. Angold. 2006. Test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45: 538–549.

Ellis, B. H., P. A. Fisher, and S. Zaharie. 2004. Predictors of disruptive behavior, developmental delays, anxiety, and affective symptomatology among institutionally reared Romanian children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43: 1283–1292.

Eluvathingal, T. J., H. T. Chugani, M. E. Behen, C. Juhasz, O. Muzik, M. Maqbool, D. C. Chugani, and M. Makki. 2006. Abnormal brain connectivity in children after early severe socioemotional deprivat ion: A diffusion tensor imaging study. *Pediatrics* 117: 2093–2100.

Emanuel, E. J., D. Wendler, and C. Grady. 2000. What makes clinical research ethical? *Journal of the American Medical Association* 283: 2701–2711.

Emanuel, E. J., D. Wendler, J. Killen, and C. Grady. 2004. What makes clinical research in developing countries ethical? The benchmarks of ethical research. *Journal of Infectious Diseases* 189: 930–937.

Epel, E. S., E. H. Blackburn, J. Lin, F S. Dhabhar, N. E. Adler, J. D. Morrow, and R. M. Cawthon. 2004. Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proceedings of the National Academy of Science* 101 (49): 17312–17315.

Erol, N., Z. Simsek, and K. Munir. 2010. Mental health of adolescents reared in institutional care in Turkey: Challenges and hope in the twenty-first century. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 19: 113–124.

Ethical neuroscientist, The. 2008. *Nature Neuroscience* 11: 239.

Fagiolini, M., and T. K. Hensch. 2000. Inhibitory threshold for critical-period activation in primary visual cortex. *Nature* 404 (6774): 183–186.

Falkenstein, M., J. Hohnsbien, J. Hoormann, and L. Blanke. 1991. Effects of crossmodal divided attention on late ERP components. II. Error Processing in choice reaction tasks. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology* 78 (6): 447–455.

First White House Conference on the Care of Dependent Children. 1909. Available at http://www.libertynet.org/edcivic/whoukids.html.

Fisher, L., E. W Ames, K. Chisholm, and L. Savoie. 1997. Problems reported by parents of Romanian orphans adopted to British Columbia. *International Journal of Behavioral Development* 20 (1): 67–82.

Fisher, P. A., B. H. Ellis, and P. Chamberlain. 1999. Early intervention foster care: A model of preventing risk in young children who have been maltreated. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice* 2: 159–182.

Fitzpatrick, A. L., R. A. Kronmal, J. P. Gardner, B. M. Psaty, N. S. Jenny, R. P. Tracy, J. Walston, M. Kimura, and A. Aviv. 2007. Leukocyte telomere length and cardiovascular disease in the cardiovascular health study. *American Journal of Epidemiology* 165 (1): 14–21.

Fox, N. A., A. N. Almas, K. A. Degnan, C. A. Nelson, and C. H Zeanah. 2011. The effects of severe psychosocial deprivation and foster care intervention on cognitive development at 8 years of age: Findi ngs from the Bucharest Early Intervention Project. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52 (9): 919–928.

Fox, S. E., P. Levitt, and C. A. Nelson. 2010. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Development* 81 (1): 28–40.

Francis, D. D., and M. J. Meaney. 1999. Maternal care and the development of stress responses. *Current Opinions in Neurobiology* 9 (1): 128–134.

Freedman, B. 1987. Equipoise and the ethics of clinical research. *New England Journal of Medicine* 317: 141–145.

Freud, A., and D. T. Burlingham. 1943. *War and children.* New York: Medical War Books.

Fries, A. B., and S. D. Pollak. 2004. Emotion understanding in postinstitu-tionalized Eastern European children. *Development and Psychopathology* 16: 355–369.

Gelles, R. J. 2011. *The third lie: Why government programs don't work – and a blueprint for change.* Walnut Creek, CA: Left Coast Press.

Ghera, M. M., P. J. Marshall, N. A. Fox, C. H. Zeanah, C. A. Nelson, A. Smyke, and D. Guthrie. 2009. The effects of foster care intervention on socially deprived institutionalized children's attention and positive affect: Results from the BEIP study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50: 246–253.

Gilkerson, L. 2004. Irving B. Harris distinguished lecture: Reflective supervision in infant-family programs: Adding clinical process to nonclinical settings. *Infant Mental Health Journal* 25: 424–439.

Gilley, D., B. Herbert, N. Huda, H. Tanaka, and T. Reed. 2008. Factors impacting human telomere homeostasis and age-felated disease. *Mechanisms of Ageing and Development* 129 (1–2): 27–34.

Gindis, B. 2000. Language-related problems and remediation strategies for internationally adopted orphanage-raised children. In *International adoption: Challenges and opportunities,* 2nd ed., edited by T. Tepper, L. Hannon, and D. Sandstrom, 89–97. Meadow Lands, PA: Parent Network for the Post-Institutionalized Child.

Gleason, M. M., N. A. Fox, S. Drury, A. T. Smyke, H. L. Egger, C. A. Nelson, M. G. Gregas, and C. H. Zeanah. 2011. The validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: Indiscriminately social/ disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 50: 216–231.

Gleason, M. M., N. A. Fox, S. S. Drury, A. Smyke, C. A. Nelson, and C. H. Zeanah. Forthcoming. Indiscriminate behaviors in young children with a history of institutional care. *Pediatrics.*

Gogos, J. A., M. Morgan, V Luine, M. Santha, S. Ogawa, D. Pfaff, and M. Karayiorgou. 1998. Catechol-O-methyltransferase-deficient mice exhibit sexually dimorphic changes in catecholamine levels and behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 95: 9991–9996.

Goldfarb, W 1943. Infant rearing and problem behavior. *American Journal of Orthopsychiatry* 13: 249–265.

Goldfarb, W. 1944. Infant rearing as a factor in foster home replacement. *American Journal of Orthopsychiatry* 14: 162–173.

Goldfarb, W 1945a. Effects of psychological deprivation in infancy and subsequent stimulation. *American Journal of Psychiatry* 102: 18–33.

Goldfarb, W. 1945b. Psychological privation in infancy and subsequent adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry* 15: 247–255.

Goldsmith, H. H., and M. K. Rothbart. 1999. *The Laboratory Temperament Assessment Battery* (Locomotor version 3.1). Madison: University of Wisconsin.

Green, J., and R. Goldwyn. 2002. Attachment disorganization and psycho-pathology: New findings and their potential implications for de-

velopmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43: 679–690.

Greenough, W. T., J. E. Black, and C. S. Wallace. 1987. Experience and brain development. *Child Development* 58 (3): 539–559.

Greenwell, K. 2003. The effects of child welfare reform on levels of child abandonment and deinstitutionalization in Romania, 1987–2000. Ph.D. diss., University ofTexas.

Gresham, F., and S. Elliot. 1990. *Social Skills Rating System Manual.* Minneapolis: Pearson.

Groza, V, and the American and Romanian Research Teams, in cooperation with Romanian Children's Relief/Fundatia Inocenti. 2001, November. A study of Romanian foster families. Available at http://msass.case.edu/downloads/vgroza/Final_Report_English.pdf.

Groza, V. K., K. M. Bunkers, and G. N. Gamer. 2011. Children without permanent parents: Research, practice and policy. VII: Ideal components and current characteristics of alternative care options for children outside of parental care in low-resource countries. *Monographs of Research in Child Development* 76 (4): 163–189.

Gunnar, M. R., and P. A. Fisher. 2006. Bringing basic research on early experience and stress neurobiology to bear on preventive interventions for neglected and maltreated children. *Developmental Psychopathology* 18 (3): 651–677.

Gunnar, M. R., and D. A. Kertes. 2003. Early risk factors and development of internationally adopted children: Can we generalize from the Romanian case? Paper presented at the Society for Research in Child Development, Tampa, FL.

Hacsi, T. A. 1997. *Second home: Orphan asylums and poor families in America.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Hague Convention on Protection of Children and Co-operation in Respect of Intercountry Adoption. 1993. Available at www.hcch.net/index_en.php?act = conventions.pdfandcid=69.

Halperin, J. M., and K. P. Schulz. 2006. Revisiting the role of the prefrontal cortex in the pathophysiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychological Bulletin* 132: 560–581.

Harden, B. J. 2002. Congregate care for infants and toddlers: Shedding new light on an old question. *Infant Mental Health Journal* 23: 476–495.

Harlow, H. F. 1958. The nature of love. *American Psychologist* 13: 673–685.

Harlow, H. F. 1962. The heterosexual affectional system. *American Psychologist* 17: 1–10.

Harlow, H., and S. Suomi. 1970. Nature of love: Simplified. *American Psychologist* 25: 161–168.

Harris, K. M., E. M. Mahone, and H. S. Singer. 2008. Nonautistic motor stereotypies: Clinical features and longitudinal follow-up. *Pediatric Neurology* 38 (4): 267–272.

Hart, B., and T. R. Risley. 1995. *Meaningful differences in the everyday experience of young American children.* Baltimore: Brookes.

Heller, S. S., A. T. Smyke, and N. W. Boris. 2002.Very young foster

children and foster families: Clinical challenges and interventions. *Infant Mental Health Journal* 23: 555–575.

Hermann, M. J., A. C. Ehlis, H. Elgring, and A. J. Fallgatter. 2005. Early stages (P100) of face perception in humans as meas ured with event-related potentials (ERPs). *Journal of Neural Transmissions* 112 (8): 10731081.

Hill, M. N., and B. S. McEwen. 2010. Involvement of the endocannabi-noid system in the neurobehavioural effects of stress and glucocorticoids. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 34 (5): 791–797.

Hodges, J., and B. Tizard. 1989a. IQ and behavioral adjustment of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology, Psychiatry, and Allied Disciplines* 30: 53–75.

Hodges, J., and B. Tizard. 1989b. Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology, Psychiatry, and Allied Disciplines* 30: 77–97.

Hoeksbergen, R. A. C., J. ter Laak, C. van Dijkum, S. Rijk, K. Rijk, and F. Stoutjesdijk. 2003. Posttraumatic stress disorder in adopted children from Romania. *American Journal of Orthopsychiatry* 73: 255–265.

Hough, S. D. 2000. Risk factors for the speech and language development of children adopted from Eastern Europe and the former USSR. In *International rdoption: Challenges and opportunities,* 2nd ed., edited by T. Tepper, L. Hannon, and D. Sandstrom, 99–119. Meadow Lands, PA: Parent Network for the Post-Institutionalized Child.

Human Rights Watch. 1999. *Human Rights Watch world report 1999: Events of December 1997–November 1998,* 420. New York: Human Rights Watch.

Human Rights Watch. 2004. *Children's rights: Orphans and abandoned children.* Retrieved July 13, 2004, from http://www.hrw.org/topic/childrens-rights/orphans-and-abandoned-children.

Hunt, J. M., K. Mohandessi, M. Ghodssi, and M. Akiyama. 1976. The psychological development of orphanage-reared infants: Interventions with outcomes. *Genetic Psychology Monographs* 94: 177–226.

Hunt, K. 1991, March 24. The Romanian baby bazaar. *New York Times,* Magazine. Available at http://www.nytimes.com/1991/03/24/magazine/the-romanian-baby-bazaar.html?pagewanted=allandsrc=pm.

Huttenlocher, P. R. 1979. Synaptic density in human frontal cortex: Developmental changes and effects of aging. *Brain Research* 163 (2): 195205.

Huttenlocher, P. R. 1984. Synapse elimination and plasticity in developing human cerebral cortex. *American Journal of Mental Deficiency* 88 (5): 488496.

Huttenlocher, P. R. 2002. *Neural plasticity: The effects of environment on the development of the cerebral cortex.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Huttenlocher, P. R., and A. S. Dabholkar. 1997. Regional differences in synaptogenesis in human cerebral cortex. *Journal of Comparative Neurology* 387 (2): 167–178.

Huttenlocher, P. R., and C. de Courten. 1987. The development of synapses in striate cortex of man. *Human Neurobiology* 6 (1): 1–9.

Hwang, H. J., K. H. Kim, Y. J. Jung, D. W Kim, Y. H. Lee, and C. H. Im. 2011. An EEG-based real time cortical functional connectivity imaging system. *Medical and Biological Engineering and Computing* 49 (9): 985–995.

IRB Procedures. 1991, June 18. Office for Protection from Research Risks, United States Department of Health and Human Services. Available at http://www.csc.vsc.edu/researchguidelines/procedures. pdf.

Jarriel, T. 1990, October 5. Inside Romanian orphanages. Produced by J. Tomlin. *20/20,* ABC.

Jeon, H., C. A. Nelson, and M. Moulson. 2010. The effects of early experience on emotion recognition: A study of institutionalized children in Romania. *Infancy* 15 (2): 209–221.

Johnson, D. 2011. Children without permanent parents: Research practice, and policy. IV: Growth failure in institutionalized children. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 76 (4): 92–106.

Johnson, D. E., D. Guthrie, A. T. Smyke, S. F. Koga, N. A. Fox, C. H. Zeanah, and C. A. Nelson. 2010. Growth and relations between auxology, care-giving environment and cognition in socially deprived Romanian children randomized to foster vs. ongoing institutional care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 164 (6): 507–516.

Johnson, D. E., L. C. Miller, S. Iverson, W. Thomas, B. Franchino, K. Dole, M. T. Kiernan, M. K. Georgieff, and M. K. Hostetter. 1992. The health of children adopted from Romania. *Journal of the American Medical Association* 268 (24): 3446–3451.

Johnson, R., K. Browne, and C. Hamilton-Giachritsis. 2006. Young children in institutional care at risk of harm. *Trauma, Violence, and Abuse* 7: 34–59.

Juffer, F, M. J. Bakermans-Kranenburg, and M. H. van IJzendoorn. 2005. The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46: 263–274.

Kaler, S. R., and B. J. Freeman. 1994. Analysis of environmental deprivation: Cognitive and social development in Romanian orphans. *Journal of Child Psychiatry and Psychology* 35: 769–781.

Kananen, L., I. Surakka, S. Pirkola, J. Suvisaari, J. Lonnqvist, L. Peltonen, S. Ripatti, and I. Hovatta. 2010. Childhood adversities are associated with shorter telomere length at adult age both in individuals with an anxiety disorder and controls. *PLoS ONE* 5 (5): e10826.

Karoum, F., S. J. Chrapusta, and M. F. Egan. 1994. 3-Methoxytyramine is the major metabolite of released dopamine in the rat frontal cortex: Reassessment of the effects of antipsychotics on the dynamics of dopamine release and metabolism in the frontal cortex, nucleus accumbens, and striatum by a simple two pool model. *Journal of Neurochemistry* 63: 972–979.

Karoum, F., M. F. Egan, and R. J. Wyatt. 1994. Selective reduction in dopa-mine turnover in the rat frontal cortex and hypothalamus during withdrawal from repeated cocaine exposure. *European Journal of Pharmacology* 254: 127–132.

Kashy, D. A., and D. A. Kenny. 1999. The analysis of data from dyads and groups. In *Handbook of research methods in social psychology,* edited by H. T. Reis and C. M. Judd. New York: Cambridge University Press.

Kenny, D. A. 1996. Models of non-independence in dyadic research. *Journal of Social and Personal Relationships* 13: 279–294.

Kenny, D. A., and D. A. Kashy. 2010. Dyadic data analysis using multilevel modeling. In *The handbook of advanced multilevel analysis,* edited by J. Hox and J. K. Roberts. London: Taylor and Francis.

Kligman, G. 1998. *The politics of duplicity: Controlling reproduction in Ceaus-escu's Romania.* Berkeley: University of California Press.

Kline, M. W., S. Rugina, M. Ilie, R. F. Matusa, A. M. Schweitzer, N. R. Calles, and H. L. Schwarzwald. 2007. Long-lerm follow-up of 414 HIV-infected Romanian children and adolescents receiving lopinavir/ritonavir-containing highly active antiretroviral therapy. *Pediatrics* 119: e1116–1120.

Knox, N. 2004, June 15. Romania to ban international adoptions permanently. *USA Today.* Available at http://usatoday30.usatoday.com/news/world/2004–06–15-romania-adoptions_x.htm.

Knudsen, E. 2004. Sensitive periods in the development of the brain and behavior. *Journal of Cognitive Neuroscience* 16: 1412–1425.

Knudsen, E. I., J. J. Heckman, J. L. Cameron, and J. P. Shonkoff 2006. Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 103: 10155–10162.

Kochanska, G., K. C. Coy, T. L. Tjebkes, and S. J. Husarek. 1998. Individual differences in emotionality in infancy. *Child Development* 69 (2): 375390.

Kochanska, G., K. T. Murray, and E. T. Harlan. 2000. Effortful control in early childhood: Continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Developmental Psychology* 36: 220–232.

Konrad, K., S. Neufang, C. Hanisch, G. R. Fink, and B. Herpertz-Dahlmann. 2006. Dysfunctional attentional networks in children with attention deficit/hyperactivity disorder: Evidence from an event-related functional magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry* 59: 643–651.

Kraemer, H. C., G. T. Wilson, C. Fairburn, and W. S. Agras. 2002. Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry* 59: 877–883.

Kreppner, J. M., T. G. O'Connor, M. Rutter, and the English and Romanian Adoptees Study Team. 2001. Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *Journal of Abnormal Child Psychology* 29: 513–528.

Larrieu, J. A., and C. H. Zeanah. 1998. An intensive intervention for infants and toddlers in foster care. In *Custody: Child and adolescent psychiatric clinics of North America,* edited by K. Pruett and M. Pruett, 357–371. Philadelphia: Williams and Wilkins.

Larrieu, J. A., and C. H. Zeanah. 2003. Treating infant-parent relationships in context of maltreatment: An integrated, systems approach. In

Treatment of infant-parent relationship disturbances, edited by A. Sameroff, S. McDonough, and K. Rosenblum, 243–264. New York: Guilford.

Lee, A., and B. L. Hankin. 2009. Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 38: 219–231.

Le Grand, R., C. J. Mondloch, D. Maurer, and H. P. Brent. 2001. Neuroperception: Early visual experience and face processing. *Nature* 410: 890.

Leiden Conference on the Development and Care of Children without Permanent Parents. 2012. The development and care of institutionally reared children. *Child Development Perspectives* 6: 174–180.

Leppanen, J. M., and C. A. Nelson. 2009. Tuning the developing brain to social signals of emotion. *Nature Reviews Neuroscience* 10 (1): 37–47.

Leppanen, J. M., and C. A. Nelson. 2013. The emergence of perceptual preferences for social signals of emotion. In *Navigating the social world,* edited by M. Banaji and S. Gelman. Oxford: Oxford University Press.

Leuner, B., E. R. Glasper, and E. Gould. 2010. Parenting and plasticity. *Trends in Neurosciences* 33: 465–473.

Levin, A. R., C. H. Zeanah, Jr., N. A. Fox, and C. A. Nelson. In press. Motor outcomes in children exposed to early psychosocial deprivation. *Journal of Pediatrics.*

Levy, R. J. 1947. Effects of institutional vs. boarding home care on a group of infants. *Journal of Personality* 15: 233–241.

Lie, N., and D. Murarasu. 2001. A follow-back of men and women who grew up in Romanian orphanages. *Journal of Preventative Medicine* 9 (2): 20–31.

Liston, C., B. S. McEwen, and B. J. Casey. 2009. Psychosocial stress revers-ibly disrupts prefrontal processing and attentional control. *Proceedings of the National Academy of Science* 106 (3): 912–917.

Loman, M. M., A. E. Johnson, A. Westerlund, S. D. Pollak, C. A. Nelson, and M. R. Gunnar. 2013. The effect of early deprivation on executive attention in middle childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 54: 37–45.

Loman, M. M., K. L. Wiik, K. A. Frenn, S. D. Pollak, and M. R. Gunnar. 2009. Postinstitutionalized children's development: Growth, cognitive, and language outcomes. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 30 (5): 426–434.

Loue, S. 2004. Ethical issues in research: A Romanian case study. *Revista Romana de Bioetica* 2: 16–27.

Lowrey, L. G. 1940. Personality distortion and early institutional care. *American Journal of Orthopsychiatry* 10: 576–585.

Luciana, M., and C. A. Nelson. 1998. The functional emergence of pre-frontally guided working memory systems in four-to eight-year-old children. *Neuropsychologia* 36 (3): 273–293.

Luciana, M., and C. A. Nelson. 2002. Assessment of neuropsychologl cal function through use of the Cambridge Neuropsychological Testing Automated Battery: Performance in 4-to 12-year-old children. *Developmental Neuropsychology* 22 (3): 595–624.

Lung, F. W., N. C. Chen, and B. C. Shu. 2007. Genetic pathway of ma-

jor depressive disorder in shortening telomeric length. *Psychiatric Genetics* 17 (3): 195–199.

Lyons-Ruth, K., M. A. Easterbrooks, and C. D. Cibelli. 1997. Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms:

Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology*, 33: 681–692.

Mackenzie, E. J. Review of evidence regarding trauma system effectiveness resulting from panel studies.*Journal ofTrauma*, 47 (3 Suppl): S34–41.

Main, M., and J. Solomon. 1990. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*, edited by M. T. Greenberg, D. Cicchetti, and E. M. Cummings, 121–160. Chicago: University of Chicago Press.

Marcovitch, S., L. Cesaroni, W. Roberts, and C. Swanson. 1995. Romanian a doption: Parents' dreams, nightmares and realities. *Child Welfare* 74: 936–1032.

Marcovitch, S., S. Goldberg, A. Gold, J. Washington, C. Wasson, K. Kreke-wich, and M. Handley-Derry. 1997. Determinants of behavioral problems in Romanian children adopted in Ontario. *International Journal of Behavioral Development* 20: 17–31.

Marshall, P. J., Y. Bar-Haim, and N. A. Fox. 2002. Development of the EEG from 5 months to 4 years of age. *Clinical Neurophysiology* 113 (8): 11991208.

Marshall, P. J., N. A. Fox, and the Bucharest Early Intervention Project Core Group. 2004. A comparison of the electroencephalogram between institutionalized and community children in Romania. *Journal of Cognitive Neuroscience* 16 (8): 1327–1338.

Marshall, P. J., B. Reeb, N. A. Fox, C. A. Nelson, and C. H. Zeanah. 2008. Effects of early intervention on EEG power and coherence in previously institutionalized children in Romania. *Development and Psychopathology* 20: 861–880.

Martin-Ruiz, C., H. O. Dickinson, B. Keys, E. Rowan, R. A. Kenny, and T. von Zglinicki. 2006. Telomere length predicts poststroke mortality, dementia, and cognitive decline. *Annals of Neurology* 60 (2): 174–180.

Maurer, D., C. J. Mondloch, and T. L. Lewis. 2006. Sleeper effects. *Developmental Science* 10: 40–47.

McCartney, K., M. T. Owen, C. L. Booth, A. Clarke-Stewart, and D. L. Van-dell. 2004. Testing a maternal attachment model of behavior probl ems in early childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45: 765778.

McDermott, J. M., A. Westerlund, C. H. Zeanah, C. A. Nelson, and N. A. Fox. 2012. Early adversity and neural correlates of executive function: Implications for academic adjustment. *Developmental Cognitive Neurosci-ence* 2S: S59-S66.

McDermott M., D. L. Noordsy, and M. Traum. 2013. Neuroleptic malignant syndrome during multiple antipsychotic therapy. *Community Mental Health Journal* 49 (1): 45–46.

McEwen, B. 1998. Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine* 338 (3): 171–179.

McEwen, B. S. 2007. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews* 87 (3): 873–904.

McGoron, L., M. M. Gleason, A. T. Smyke, S. S. Drury, C. A. Nelson, N. A. Fox, and C. H. Zeanah. 2012. Recovering from early deprivation: Attachment mediates effects of caregiving on psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 51: 683–693.

McLaughlin, K. A., N. A. Fox, C. H. Zeanah, and C. A. Nelson. 2011. Adverse rearing environments and neural development in children: The development of frontal electroencephalogram asymmetry. *Biological Psychiatry* 70: 1008–1015.

McLaughlin, K. A., N. A. Fox, C. H. Zeanah, M. A. Sheridan, P. J. Marshall, and C. A. Nelson. 2010. Delayed maturation in brain activity explains the association between early environmental deprivation and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Biological Psychiatry* 68 (4): 329–336.

McLaughlin, K. A., M. A. Sheridan, W Winter, N. A. Fox, C. H. Zeanah, and C. A. Nelson. Forthcoming. Widespread reductions in cortical thickness following severe early-life deprivation: A neurodevelopmental pathway to ADHD. *Biological Psychiatry.*

McLaughlin, K. A., C. H. Zeanah, N. A. Fox, and C. A. Nelson. 2012. Attachment security as a mechanism linking foster care placement to improved mental health outcomes in previously institutionalized children.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 53 (1): 46–55.

Meaney, M. J. 2001. Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neuroscience* 24: 1161–1192.

Mehta, M. A., N. I. Golembo, C. Nosarti, E. Colvert, A. Mota, S. C. Williams, M. Rutter, and E. J. Sonuga-Barke. 2009. Amygdala, hippocampal and corpus callosum size following severe early institutional deprivation: The English and Romanian adoptees study pilot. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50 (8): 943–951.

Miller, E. K. 2000. The prefrontal cortex and cognitive control. *Nature Reviews Neuroscience* 1: 59–65.

Miller, F. G. 2009. The randomized controlled trial as a demonstration project: An ethical perspective. *American Journal of Psychiatry* 166: 743745.

Miller, F. G., and H. Brody. 2003. A critique of clinical equipoise: Therapeutic misconception in the ethics of clinical trials. *Hastings Center Report* 33: 19–28.

Miller, L. C., and H. W. Hendrie. 2000. Health of children adopted from China. *Pediatrics* 105: e76–81.

Millum, J., and E. J. Emanuel. 2007. The ethics of international research with abandoned children. *Science* 318: 1874–1875.

Mitroi, L. 2012. From the orfanotrofia to the institutions for irrecoverables: Tracing the origins of institutional care for orphaned and abandoned children in Romania. B. A. Honors thesis, History of Science Department, Harvard University.

Moffitt, T. E., A. Caspi, and M. Rutter. 2006. Measured gene-environ-

ment interactions in psychopathology: Concepts, research strategies, and implications for research, intervention, and public understanding of genetics. *Perspectives on Psychological Science* 1: 5–27.

Monk, C. S., and C. A. Nelson. 2002. The effects of hydrocortisone on cognitive and neural functions: A behavioral and event-related potential investigation. *Neuropsychopharmacology* 26 (4): 505–519.

Mostofsky, S. H., K. L. Cooper, W. R. Kates, M. B. Denckla, and W. E. Kaufman. 2002. Smaller prefrontal and premotor volumes in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry* 52: 785794.

Moulson, M. C., N. A. Fox, C. H. Zeanah, and C. A. Nelson. 2009. Early adverse experiences and the neurobiology of facial emotion processing. *Developmental Psychology* 45: 17–30.

Moulson, M. C., A. Westerlund, N. A. Fox, C. H. Zeanah, and C. A. Nelson. 2009. The effects of early experience on face recognition: An event-related potential study of institutionalized children in Romania. *Child Development* 80 (4): 1039–1056.

Najjar, S. S., A. K. Khachadurian, M. N. Ilbawi, and R. M. Blizzard. 1971. Dwarfism with elevated levels of plasma growth hormone. *New England Journal of Medicine* 284 (15): 809–812.

Narr, K. L., R. P. Woods, J. Lin, et al. 2009. Widespread cortical thinning is a robust anatomical marker for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 48: 1014–1022.

National Authority for Child Protection and Adoption. 2004. *Protectia co-pilului: Intre rezultate obtinute si prioritati pentru viitor.* Bucharest: Government of Romania.

Nelson, C. A. 1997. The neurobiological basis of early memory development. In *The development of memory in childhood*, edited by N. Cowan, 41–82. Hove, East Sussex, UK: Psychology Press.

Nelson, C. A. 1998. The nature of early memory. *Preventive Medicine* 27: 172–179.

Nelson, C. A. 2001. The development and neural bases of face recognition. *Infant and Child Development* 10: 3–18.

Nelson, C. A. 2007. A neurobiological perspective on early human deprivation. *Child Development Perspectives* 1: 13–18.

Nelson, C. A., E. A. Furtado, N. A. Fox, and C. H. Zeanah. 2009. The deprived human brain. *American Scientist* 97: 222–229.

Nelson, C. A., and S. Jeste. 2008. Neurobiological perspectives on developmental psychopathology. In *Textbook on child and adolescent psychiatry,* 5th ed., edited by M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, and A. Thapar, 145–159. London: Blackwell.

Nelson, C. A., and M. Luciana, eds. 2008. *Handbook of developmental cognitive neuroscience,* 2nd ed. Cambridge, MA: MIT Press.

Nelson, C. A., and J. P. McCleery. 2008. The use of event-related potentials in the study of typical and atypical development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47 (11): 1252–1261.

Nelson, C. A., and C. Monk. 2001. The use of event-related potentials in the study of cognitive development. In *Handbook of developmental cogni-*

tive neuroscience, edited by C. A. Nelson and M. Luciana, 125–136. Cambridge, MA: MIT Press.

Nelson, C. A., S. W Parker, D. Guthrie, and the Bucharest Early Intervention Project Core Group. 2006. The discrimination of facial expressions by typically developing infants and toddlers and those experiencing early institutional care. *Infant Behavior and Development* 29 (2): 210–219.

Nelson, C. A., A. Westerlund, J. M. McDermott, C. H. Zeanah, and N. A. Fox. 2013. Emotion recognition following early psychosocial deprivation. *Developmental Psychopathology* 25: 517–525.

Nelson, C. A., C. H. Zeanah, N. A. Fox, P. J. Marshall, A. T. Smyke, and D. Guthrie. 2007. Cognitive recovery in socially deprived young children: The Bucharest Early Intervention Project. *Science* 318 (5858): 1937–1940, and supplemental online material.

Netter, S., and Z. Magee. 2010, April 9. Tennessee mother ships adopted son back to Moscow alone. ABC World News with Diane Sawyer. http://abcnews.go.com/WN/anger-mom-adopted-boy-back-russia/story?id=10331728#.

NGO Working Group on Children without Parental Care. 2006. Development of international standards for the protection of children deprived of parental care. Child Rights, the Role of Families and Alternative Care: Policies Developments, Trends and Challenges in Europe. International Conference, Bucharest, 2–3 February. Available at http:// www.crin.org/docs/Bucharest%20Conference%20Presentation.doc.

NICHD Early Child Care Research Network. 1996. Characteristics of infant child care: Factors contributing to positive caregiving. *Early Childhood Research Quarterly* 11: 269–306.

Nigg, J. T., and B. J. Casey. 2005. An integrative theory of attention-deficit/ hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosci-ences. *Development and Psychopathology* 17: 785–806.

Noble, K. G., B. D. McCandliss, M. J. Farah. 2007. Socioeconomic gradients predict individual differences in neurocognitive abilities. *Developmental Science* 10 (4): 464–480.

Norris, C. L. 2009. The banning of international adoption in Romania: Reasons, meaning and implications for child care and protection. Ph.D. diss., Boston University.

Novotny, T., D. Haazen, and O. Adeyi. 2003. *HIV/AIDS in Southeastern Europe: Case studies from Bulgaria, Croatia, and Romania*. Washington, DC: World Bank.

O'Connor, T. G., D. Bredenkamp, M. Rutter, and the English and Romanian Adoptees Study Team. 1999. Attachment disturbances and disorders in children exposed to early and severe deprivation. *Infant Mental Health Journal* 20: 10–29.

O'Connor, T. G., R. S. Marvin, M. Rutter, J. T. Olrick, P. A. Brittner, and the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. 2003. Child-parent attachment following severe early institutional deprivation. *Development and Psychopathology* 15: 19–38.

O'Connor, T. G., M. Rutter, and the English and Romanian Adoptees Study Team. 2000. Attachment disorder behavior following early severe

deprivation: Extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39: 703–712.

Ollendick, T. H., M. D. Weist, M. C. Borden, and R. W. Greene. 1992. So-ciometric stat us and academic, behavioral, and psychological adjustment: A five-year longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60: 80–87.

Parker, S. W., C. A. Nelson, and the Bucharest Early Intervention Project Core Group. 2005a. The impact of early institutional rearing on the ability to discriminate facial expressions of emotion: An event-related potential study. *Child Development* 76 (1): 54–72.

Parker, S. W., C. A. Nelson, and the Bucharest Early Intervention Project Core Group. 2005b. An event-related potential study of the impact of institutional rearing on face recognition. *Development and Psychopathol-ogy* 17: 621–639.

Parker, J., K. Rubin, X. Erath, J. Wojslawowicz, and A. Buskirk. 2006. Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation. In *Developmentalpsychopathology,* 2nd ed., edited by D. Cicchetti and D. Cohen, 419–493. New York: John Wiley and Sons.

Parks, C. G., D. B. Miller, E. C. McCanlies, R. M. Cawthon, M. E. Andrew, L. A. DeRoo, and D. P. Sandler. 2009. Telomere length, current perceived stress, and urinary stress hormones in women. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention* 18 (2): 551–560.

Parliclpants in the 2001 Conference on Ethical Aspects of Research in Developing Countries. 2002. Fair benefits for research in developing countries. *Science* 298 (5601): 2133–2134.

Phillips, N., C. Hammen, P. Brennan, J. Najman, and W Bor. 2005. Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents.*Journal of Abnormal Child Psychology* 33 (1): 13–24.

Pinheiro, P. S. 2006. *World report on violence against children.* Geneva: United Nations. Available at http://www.unicef.org/lac/full_tex (3).pdf.

Pollak, S. D. 2005. Early adversity and mechanisms of plasticity: Integrating affective neuroscience and developmental approaches to psychopathol-ogy. *Developmental Psychopathology* 17 (3): 725–752.

Pollak, S. D., L. L. Holt, and A. B. Wismer Fries. 2004. Hemispheric asymmetries in children's perception of nonlinguistic human affective sounds. *Developmental Science* 7 (1): 10–18.

Pollak, S. D., C. A. Nelson, M. F. Schlaak, B. J. Roeber, S. S. Wewerka, K. L. Wiik, K. A. Frenn, M. M. Loman, and M. R. Gunnar. 2010. Neurodevelopmental effects of early deprivation in postinstitutionalized children. *Child Development* 81 (1): 224–236.

Pollak, S. D., and P. Sinha. 2002. Effects of early experience on children's recognition of facial displays of emotion. *Developmental Psychology* 38: 784–791.

Popa-Mabe, M. C. 2010. «Ceausescu's orphans»: Narrating the crisis of Romanian international child adoption. Ph.D. diss., Bryn Mawr College. Available from ProQuest Dissertations and Theses database, UMI no. 3402968.

Powell, G. E., J. A. Brasel, and R. M. Blizzard. 1967. Emotional deprivation and growth retardation simulating idiopathic hypopituitarism.

I. Clinical evaluation of the syndrome. *New England Journal of Medicine* 276: 1271–1278.

Provence, S., and R. C. Lipton. Preface by M. J. E. Senn. 1962. *Infants in institutions: A comparison of their development with family-reared infants during the first year of life.* New York: International Universities Press.

Puscasu, G., and B. Codres. 2011. Nonlinear system identification and control based on modular neural networks. *International Journal of Neural Systems* 21 (4): 319–334.

Ramey, C. T., and F A. Campbell. 1984. Preventive education for high-risk children: Cognitive consequences of the Carolina Abecedarian Project. *American Journal of Mental Deficiency* 88 (5): 515–523.

Rauscher, F. H., G. L. Shaw, and K. N. Ky. 1993. Music and spatial task performance. *Nature* 365: 611.

Rheingold, H. L. 1961. The effect of environmental stimulation upon social and exploratory behavior in the human infant. In *Determinants of infant behavior,* edited by B. M. Foss, 143–177. London: Methuen.

Rid, A. 2012. When is research socially valuable? Lessons from the Bucharest Early Intervention Project. *Journal of Nervous and Mental Disease* 200: 248–249.

Righi, G., and C. A. Nelson. 2013. The neural architecture and developmental course of face processing. In *Neural circuit development and function in the brain,* edited by J. Rubenstein and P. Rakic, 331–350. San Diego: Academic Press.

Robertson, J., and J. Robertson. 1989. *Separation and the very young.* London: Free Association Books.

Roger, C., C. G. Benar, F. Vidal, T. Hasbroucq, and B. Burle. 2010. Rostral cingulate zone and correct response monitoring: ICA and source localization evidences for the unicity of correct-and error-negativities. *NeuroImage* 51 (1): 391–403.

Rosapepe, J. C. 2001. *Half way home: Romania's abandoned children ten years after the revolution.* Report to Americans from the U. S. Embassy, Bucharest, Romania.

Rosenberg, D. R., K. Pajer, and M. Rancurello. 1992. Neuropsychiatric assessment of orphans in one Romanian orphanage for «unsalvage-ables.» *Journal of the American Medical Association* 268 (24): 3489–3490.

Rousseau, J.-J. (1781) 1953. *The confessions.* Harmondsworth, UK: Penguin Books.

Rousseau, J.-J. (1762) 1980. *Emile.* Meppel: Boom.

Roy, Chaitali B. 2010, October 4. Child trafficking new form of slavery. *Arab Times.* Available at http://www.arabtimesonline.com/NewsDetails/tabid/96/smid/414/ArticleID/160266/reftab/36/t/Child-trafficking-new-form-of-slavery/Default.aspx.

Roy, P., M. Rutter, and A. Pickles. 2000. Institutional care: Risk from family background or pattern of rearing? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41: 139–141.

Roy, P., M. Rutter, and A. Pickles. 2004. Institutional care: Associations between over-activity and a lack of selectivity in social relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45: 866–873.

Rubia, K., S. Overmeyer, E. Taylor, et al. 1999. Hypofrontality in attention deficit hyperactivity disorder during higher-order motor control: A study with functional MRI. *American Journal of Psychiatry* 156: 891–896.

Rutter, M. 1996. Connections between child and adult psychopathology. *European Child and Adolescent Psychiatry* 5 Suppl 1: 4–7.

Rutter, M., L. Andersen-Wood, C. Beckett, D. Bredenkamp, J. Castle, C. Groothues, J. Kreppner, L. Keaveney, C. Lord, T. G. O'Connor, and the English and Romanian Adoptees Study Team. 1999. Quasi-autistic patterns following severe early global privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40: 537–549.

Rutter, M., E. Colvert, J. Kreppner, C. Beckett, J. Castle, C. Groothues, A. Hawkins, T. G. O'Connor, S. E. Stevens, E. J. Sonuga-Barke. 2007. Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and nonde-prived adoptees. I: Disinhibited attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48: 17–30.

Rutter, M., and the English and Romanian Adoptees Study Team. 1998. Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 39: 465476.

Rutter, M., J. M. Kreppner, and T. O'Connor. 2001. Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *British Journal of Psychiatry* 179: 97–103.

Rutter, M., J. Kreppner, and E. Sonuga-Barke. 2009. Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: Where do research findi ngs leave the concepts? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50: 529–543.

Rutter, M., T. G. O'Connor, and the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. 2004. Are there biological programming effects for psychological development? Findi ngs from a study of Romanian adoptees. *Developmental Psychology* 40: 81–94.

Rutter, M., and E. J. Sonuga-Barke. 2010. X. Conclusions: Overview of findings from the era study, inferences and research implications. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 75 (1): 212–229.

Rutter, M., E. J. Sonuga-Barke, C. Beckett, J. Castle, J. Kreppner, R. Kum-sta, W. Schlotz, S. E. Stevens, C. A. Bell, and M. R. Gunnar. 2010. Deprivation-specific psychological patterns: Effects of institutional deprivation. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 75 (1, serial no. 295).

Sanchez, M. M., C. O. Ladd, and P. M. Plotsky. 2001. Early adverse experience as a developmental risk factor for later psychopathology: Evidence from rodent and primate models. *Developmental Psychopathology* (13) 3: 419–449.

Sandu, A. I. 2006. Poverty, institutions and child health in a post communist rural Romania: A view from below. Ph.D. diss., Department of Public Administration, Syracuse University. Available at http://surface.syr.edu/ppa_etd/11/.

Save the Children. 2009. Institutional care: The last resort. Policy brief. London. http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-

library/keeping-children-out-of-harmful-institutions-why-we-should-be-investing-in-family-based-care.

Scheffel, J. K. 2005. Beyond death towards solicitude in Bulgaria and Romania: A critical hermeneutic inquiry of home among orphaned and abandoned children. Ed.D. diss., School of Education, University of San Francisco. Available from ProQuest Dissertations and Theses database, UMI no. 3167896.

Shaw, P., K. Eckstrand, W. Sharp, et al. 2007. Attention-deficit/hyperactiv-ity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 104: 19649–19654.

Shaw, P., J. P. Lerch, D. Greenstein, et al. 2006. Longitudinal mapping of cortical thickness and clinical outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry* 63: 540–549.

Sheridan, M. A., N. A. Fox, C. H. Zeanah, K. McLaughlin, and C. A. Nelson. 2012. Variation in neural development as a result of exposure to institutionalization early in childhood. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 109 (32): 12927–12932.

Shonkoff J. P., and D. A. Phillips, eds. 2000. From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. Washington, DC: National Academy Press.

Simion, F., E. Di Giorgio, I. Leo, and L. Bardi. 2011. The processing of social stimuli in early infancy: From faces to biological motion perception. *Progress in Brain Research* 189: 173–193.

Simon, N. M., J. W Smoller, K. L. McNamara, R. S. Maser, A. K. Zalta, M. H. Pollack, A. A. Nierenberg, M. Fava, and K. K. Wong. 2006. Telomere shortening and mood disorders: Preliminary support for chronic stress model of accelerated aging. *Biological Psychiatry* 60 (5): 432–435.

Skeels, H. M. 1966. Adult status of children with contrasting early life experiences: A follow up study. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 31 (3, serial no. 105).

Skeels, H. M., and M. Skodak. 1965. Techniques for a high-yield follow-up study in the field. *Public Health Reports* 80: 249–257.

Slopen, N., K. A. McLaughlin, N. A. Fox, C. H. Zeanah, and C. A. Nelson. 2012. Alterations in neural processing and psychopathology in children raised in institutions. *Archives of General Psychiatry* 69: 1022–1030.

Sloutsky, V M. 1997. Effects of institutional care on cognitive and social development of six-and seven-year-old children: A contextualist perspective. *International Journal of Behavioral Development* 20: 131–153.

Smith, M. G., and R. Fong. 2004. *The children of neglect.* New York: Brunner-Routledge.

Smyke, A. T., and A. S. Breidenstine. 2009. Foster care in early childhood. In *Handbook of infant mental health,* 3rd ed., edited by C. H. Zeanah, 500–515. New York: Guilford Press.

Smyke, A. T., A. Dumitrescu, and C. H. Zeanah. 2002. Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41 (8): 972–982.

Smyke, A. T., S. F Koga, D. E. Johnson, N. A. Fox, P. J. Marshall, C. A. Nelson, C. H. Zeanah, and the Bucharest Early Intervention Project Core Group. 2007. The caregiving context in institution-reared and family-reared infants and toddlers in Romania. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48 (2): 210–218.

Smyke, A. T., C. H. Zeanah, N. A. Fox, and C. A. Nelson. 2009a. A new model of foster care for young children: The Bucharest Early Intervention Project. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America* 18 (3): 721–734.

Smyke, A. T., C. H. Zeanah, N. A. Fox, and C. A. Nelson. 2009b. Psychosocial interventions: Bucharest Early Intervention Project. In *Infant and early childhood mental health*, edited by D. Schechter and M. M. Gleason, special issue, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 18: 721–734.

Smyke, A. T., C. H. Zeanah, N. A. Fox, C. A. Nelson, and D. Guthrie. 2010. Placement in foster care enhances quality of attachment among young institutionalized children. *Child Development* 81: 212–223.

Smyke, A. T., C. H. Zeanah, M. M. Gleason, S. S. Drury, N. A. Fox, C. A. Nelson, and D. G. Guthrie. 2012. A randomized controlled trial of foster care vs. institutional care for children with signs of reactive attachment disorder. *American Journal of Psychiatry* 169: 508–514.

Sonuga-Barke, E. J., W. Schlotz, and M. Rutter. 2008. Deprivation-specific psychological patterns. VII: Physical growth and maturation following early severe institutional deprivation: Do they mediate specific psycho-pathological effects? *Monographs of the Society for Research in Child Development* 75 (1): 143–166.

Sowell, E. R., P. M. Thompson, C. J. Holmes, T. L. Jernigan, and A. W Toga. 1999. In vivo evidence for post-adolescent brain maturation in frontal and striatal regions. *Nature Neuroscience* 2 (10): 859–851.

Sparling, J., C. Dragomir, S. L. Ramey, and L. Florescu. 2005. An educational intervention improves developmental progress of young children in a Romanian orphanage. *Infant Mental Health Journal* 26 (2): 127–142.

Spitz, E. B., C. Brenner, and C. Davison. 1945. A new absorbable material for use in neurological and general surgery. *Science* 102 (2658): 621.

Spitz, R. 1945. Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child* 1: 53–74.

Spitz, R. 1952. *Psychogenic diseases in infancy: An attempt at their classification.* A film by the Psychoanalytic Research Project on Problems of Infancy. Available at http://www.youtube.com/watch?v=VvdOe10vrs4.

Stativa, E., C. Anghelescu, R. Mitulescu, M. Nanu, and N. Stanciu. 2005. *The situation of child abandonment in Romania.* Geneva: UNICEF. Available at http://www.ceecis.org/child_protection/PDF/child%20abandonment%20in%20Romania.pdf.

Stern, D. N. 1985. *The interpersonal world of the infant.* New York: Basic Books.

Stevens, S. E., E. J. Sonuga-Barke, J. M. Kreppner, C. Beckett, J. Castle, E. Colvert, C. Groothues, A. Hawkins, and M. Rutter. 2008. Inatten-tion/overactivity following early severe institutional deprivation: Presentation and associations in early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology* 36: 385–398.

St. Petersburg-USA Orphanage Research Team. 2008. The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young children. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 72 (3, serial no. 291).

Stromswold, K. 1995. The cognitive and neural bases of language acquisition. In *The cognitive neurosciences,* edited by M. S. Gazzaniga, 855–870. Cambridge, MA: MIT Press.

Szyf, M., I. Weaver, and M. Meaney. 2007. Maternal care, the epigenome and phenotypic differences in behavior. *Reproductive Toxicology* 24 (1): 9–19.

Tarabulsy, G. M., R. Tessier, and A. Kappas. 1996. Contingency detection and the contingent organization of behavior interactions: Implications for socioemotional development in infancy. *Psychological Bulletin* 120: 25–41.

Terman, L. M., and M. A. Merrill. 1937. *Measuring intelligence: A guide to the administration of the new revised Stanford – Binet tests of intelligence.* Boston: Houghton Mifflin.

Thomas, L. A., M. D. De Bellis, R. Graham, and K. S. LaBar. 2007. Development of emotional facial recognition in late childhood and adolescence. *Developmental Science* 10 (5): 547–558.

Thompson, R. A., and C. A. Nelson. 2001. Developmental science and the media: Early brain development. *American Psychologist* 56: 5–15.

Tizard, B. 1977. *Adoption: A second chance.* London: Open Books.

Tizard, B., and J. Hodges. 1978. The effect of early institutional rearing on the development of eight-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 19: 99–118.

Tizard, B., and J. Rees. 1974. A comparison of the effects of adoption, restoration to the natural mother, and continued institutionalization on the cognitive development of four-year-old children. *Child Development* 45: 92–99.

Tizard, B., and J. Rees. 1975. The effect of early institutional rearing on the behavior problems and affectional relationships of four-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 16: 61–73.

Tobis, D. 2000. Moving from residential institutions to community-based social services in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. Washington, DC: World Bank.

Tottenham, N., T. A. Hare, A. Millner, T. Gilhooly, J. D. Zevin, and B. J. Casey. 2011. Elevated amygdala response to faces following early deprivation. *Developmental Science* 14 (2): 190–204.

Tottenham, N., T. A. Hare, B. T. Quinn, T. W McCarry, M. Nurse, T. Gilhooly, and B. J. Casey. 2010. Prolonged institutional rearing is associated with atypically large amygdala volume and difficulties in emotion regulation. *Developmental Science* 13 (1): 46–61.

Tottenham, N., and M. A. Sheridan. 2009. A review of adversity, the amygdala and the hippocampus: A consideration of developmental timing. *Frontiers in Human Neuroscience* 3: 68.

Tyrka, A. R., L. H. Price, H. T. Kao, B. Porton, S. A. Marsella, and L. L. Carpenter. 2010. Childhood maltreatment and telomere shortening: Preliminary support for an effect on early stress on cellular aging. *Biological Psychiatry* 67 (6): 531–534.

United Nations. 1989, November 20. Convention on the rights of the child. Resolution 44/25. Available at http://www.un.org/documents/ga/res/44/a44r025.htm.

UNICEF. 2003. *Children in institutions: The beginning of the end? The cases of Italy, Spain, Argentina, Chile and Uruguay.* Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre. Available at http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/insight8e.pdf.

United Nations Development Programme – Romania. 2002. *A decade later: Understanding the transition process in Romania.* National Human Development Report. Available at http://hdr.undp.org/en/reports/national/europethecis/romania/Romania_2001_en.pdf.

U. S. Department of Health and Human Services. 1979. The Belmont Report: Ethical guidelines for the protection of human subjects of biomedical and behavioral research. Washington, DC: U. S. Government Printing Office. Available at http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html.

U. S. Government. 2010. A whole-of-government approach to child welfare and protection. Fourth Annual Report to Congress on Public Law 109–95. Available at http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACQ777.pdf.

U. S. Government. 2012. United States Government action plan on children in adversity: A framework for international assistance; 2012–2017. Available at http://transition.usaid.gov/our_work/global_health/pdf/apca.pdf.

Van den Dries, L., F. Juffer, M. H. van IJzendoorn, and M. J. Bakermans-Kranenburg. 2010. Infants' physical and cognitive development after international adoption from foster care or institutions in China. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 31 (2): 144–150.

Vanderwert, R. E., P. J. Marshall, C. A. Nelson, C. H. Zeanah, and N. A. Fox. 2010. Timing of intervention affects brain electrical activity in children exposed to severe psychosocial neglect. PLoS ONE 5 (7): 1–5.

Van IJzendoorn, M. H., S. Goldberg, P. M. Kroonenberg, and O. J. Frenkel. 1992. The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development* 63: 840–858.

Van IJzendoorn, M. H., M. P. C. M. Luijk, and F. Juffer. 2008. IQ of children growing up in children's homes: A meta-analysis on IQ delays in orphanages. *Merrill Palmer Quarterly* 54: 341–366.

Van IJzendoorn, M. H., C. Schuengel, and M. J. Bakermans-Kranenburg. 1999. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology* 11: 225–249.

Van Veen, V, and C. S. Carter. 2002. The anterior cingulate as a conflict monitor: fMRI and ERP studies. *Physiology and Behavior* 77 (4–5): 477482.

Viazzo P. P., M. Bortolotto, and A. Zanotto. 2000. Five centuries of foundling history in Florence: Changing patterns of abandonment, care and mortality. In *Abandoned children,* edited by C. Panter-Brick and M. E. Smith, 70–91. Cambridge: Cambridge University Press.

Volkmar, F., C. Lord, A. Klin, R. Schultz, and E. Cook. 2007. Autism and the pervasive developmental disorders. In *Lewis' textbook of child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook,* edited by A. Martin and F. R. Volkmar, 384–400. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Vorria, P., Z. Papaligoura, J. Dunn, M. H. van IJzendoorn, H. Steele, A. Kontopoulou, and Y. Sarafidou. 2003. Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44: 1208–1220.

Wajda-Johnston, V, A. T. Smyke, G. Nagle, and J. A. Larrieu. 2005. Using technology as a training, supervision, and consultation aid. In *The handbook of training and practice in infant and preschool mental health,* edited by K. M. Finello, 357–374. San Francisco: John Wiley and Sons.

Walker, S. P., T. D. Wachs, S. Grantham-McGregor, M. M. Black, C. A. Nelson, S. L. Huffman, H. Baker-Henningham, S. M. Chang, J. D. Hama-dani, B. Lozoff, J. M. Meeks Gardner, C. A. Powell, A. Rahman, and L. Richter. 2011. Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early child development. *Lancet* 378: 1325–1338.

Warren, S., L. Huston, B. Egeland, and L. A. Sroufe. 1997. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36: 637–644.

Wassenaar, D. R. 2006. Commentary: Ethical considerations in international research collaboration: The Bucharest Early Intervention Project. *Infant Mental Health Journal* 27: 577–580.

Weaver, I. C. G., N. Cervoni, F. A. Champagne, A. C. D'Alessio, S. Sharma, J. R. Seckl, S. Dymov, M. Szyf, and M. Meaney. 2004. Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscience* 7: 847–854.

Wechsler, D. 1949. The Wechsler intelligence scale for children. New York: Psychological Corporation.

Wechsler, D. 1967. Manual for the Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Wechsler, D. 1989. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence –Revised. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Wechsler, D. 2003. WISC–IV technical and interpretive manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Wechsler, D. 2004. The Wechsler intelligence scale for children – fourth edition. London: Pearson Assessment.

Werker, J. F, and R. C. Tees. 2005. Speech perception as a window for unders tandi ng plasticity and commitment in language systems of the brain. *Developmental Psychobiology* 46 (3): 233–251.

Widom, C. S., K. DuMont, and S. J. Czaja. 2007. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry* 64: 49–56.

Wiik, K., M. M. Loman, J. Van Ryzin, J. M. Armstrong, M. J. Essex, S. D. Pollak, and M. R. Gunnar. 2011. Behavioral and emotional symptoms of post-institutionalized children in middle childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52 (1): 56–63.

Williamson, J., and A. Greenberg. 2010. Families, not orphanages. Better Care Network Working Paper. Available at http://www.crin.org/docs/Families%20Not%20Orphanages.pdf.

Windsor, J., J. P. Benigno, C. A. Wing, P. J. Carroll, S. F. Koga, C. A. Nelson, C. H. Zeanah. 2011. Effect of foster care on young children's language learning. *Child Development* 82 (4): 1040–1046.

Windsor, J., L. E. Glaze, S. F. Koga, and the Bucharest Early Intervention Project Core Group. 2007. Language acquisition with limited input: Romanian institution and foster care. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 50 (5): 1365–1381.

Windsor, J., A. Moraru, C. A. Nelson, N. A. Fox, and C. H. Zeanah. 2013. Effect of foster care on language learning at eight years: Findings from the Bucharest Early Intervention Project. *Journal of Child Language* 40: 605–627.

Yarrow, M. R., P. Scott, L. de Leeuw, and C. Heinig. 1962. Child-rearing in families of working and nonworking mothers. *Sociometry* 25 (2): 122140.

Zamfir, C., ed., with contributions of E. Zamfir. 1998. *Toward a child-centered society: A report of the Institute for the Research of the Quality of Life.* Bucharest: Editura Alternative.

Zeanah, C. H., H. Egger, A. T. Smyke, C. Nelson, N. Fox, P. Marshall, and D. Guthrie. 2009. Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian preschool children. *American Journal of Psychiatry* 166: 777–785.

Zeanah, C. H., N. A. Fox, and C. A. Nelson. 2012. Case study in ethical issues in research: The Bucharest Early Intervention Project. *Journal of Nervous and Mental Disease* 200: 243–247.

Zeanah, C. H., M. R. Gunnar, R. B. McCall, J. M. Kreppner, and N. A. Fox. 2011. Children without permanent parents: Research, practice, and policy.VI: Sensitive periods. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 76 (4, serial no. 301): 147–162.

Zeanah, C. H., S. K. Koga, B. Simion, A. Stanescu, C. Tabacaru, N. A. Fox, C. A. Nelson, and the Bucharest Early Intervention Project Core Group. 2006a. Ethical issues in international research collaboration: The Bucharest Early Intervention Project. *Infant Mental Health Journal* 27: 559–576.

Zeanah, C. H., S. K. Koga, B. Simion, A. Stanescu, C. Tabacaru, N. A. Fox, C. A. Nelson, and the Bucharest Early Intervention Project Core Group. 2006b. Ethical dimensions of the BEIP: Response to commentary. *Infant Mental Health Journal* 27: 581–583.

Zeanah, C. H., J. A. Larrieu, S. S. Heller, J. Valliere, S. Hinshaw-Fuselier, Y. Aoki, and M. Drilling. 2001. Evaluation of a preventive intervention for maltreated infants and toddlers in foster care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40: 214–221.

Zeanah, C. H., C. A. Nelson, N. A. Fox, A. T. Smyke, P. Marshall, S. W. Parker, and S. Koga. 2003. Designing research to study the effects of in-stitutionalization on brain and behavioral development: The Bucharest Early Intervention Project. *Development and Psychopathology* 15 (4): 885907.

Zeanah, C. H., C. Shauffer, and M. Dozier. 2011. Foster care for young children: Why it must be developmentally informed. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 50: 1199–2001.

Zeanah, C. H., and A. T. S. Smyke. 2005. Building attachment relationships following maltreatment and severe deprivation. In *Enhancing*

early attachments: Theory, research, intervention and policy, edited by L. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, and M. Greenberg, 195–216. New York: Guilford Press.

Zeanah, C. H., A. T. Smyke, S. Koga, E. Carlson, and the Bucharest Early Intervention Project Core Group. 2005. Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development* 76: 10151028.

Zeanah, C. H., A. T. Smyke, and L. Settles. 2006c. Children in orphanages. *Blackwell handbook of early childhood development,* edited by K. McCartney and D. Phillips, 224–254. Maiden, MA: Blackwell. Zelazo, P. D., U. Muller, D. Frye, S. Marcovitch, G. Argitis, J. Boseovski, J. K. Chiang, D. Hongwanishkul, B. V. Schuster, A. Sutherland, and S. M. Carlson. 2003. The development of executive function in early childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 68 (3).

Примечания

1. Начало путешествия

1. См., например: Black et al., 1998; Greenough et al., 1987.
2. См.: Fox et al., 2010.
3. Rauscher et al., 1993.
4. Подробнее о том, как наука о раннем развитии нередко освещалась в СМИ, см.: Thompson and Nelson, 2001.
5. См.: Bruer, 1998.
6. Другие участники этого проекта: David Amaral, Ph.D., Judy Cameron, Ph.D., B. J. Casey, Ph.D., Allison Doupe, M.D., Ph.D., Eric Knudsen, Ph.D., Pat Levitt, Ph.D., Susan McConnell, Ph.D., Jack Shonkoff, Ph.D., и ныне покойный Marian Sigman, Ph.D.
7. Spitz, 1945.
8. См. отчеты Национального Научного Совета по развитию детей: http://developingchild.harvard.edu/resources/reports_and_working_papers/; also see Shonkoff and Phillips, 2000.
9. См., например: Weaver et al., 2004.
10. См.: Francis and Meaney, 1999.
11. Weaver et al., 2004.
12. Szyf et al., 2007.
13. Rosapepe, 2001.
14. Rosenberg et al., 1992.
15. См.: Harlow, 1958; 1962.
16. Chisholm et al., 1995; Chisholm, 1998; Rutter и команда англо-румынского исследования усыновленных детей, 1998; O'Connor et al., 2000.

2. Дизайн и запуск исследования

1. Smyke et al., 2007.

3. История институциализации детей в Румынии

1. Jarriel, 1990.
2. Более подробно о создании сети учреждений и политике стимулирования рождаемости во времена Чаушеску см.: Kligman, 1998. Обзор реформ в сфере охраны детства в послереволюционное десятилетие и оценка их результатов см. в Greenwell, 2003; Popa-Mabe, 2010.
3. Zeanah et al., 2006c.
4. Viazzo et al., 2000.
5. Zeanah et al., 2006c.
6. Bachman, 1991.
7. Greenwell, 2003.
8. Crenson, 1998; Hacsi, 1997.
9. Boswell, 1988.
10. Rousseau, *Emile*, Book II.
11. Crenson, 1998; Smith and Fong, 2004.
12. Spitz, 1945. Goldfarb, 1943; 1945a; 1945b. Chapin, 1915.
13. Bowlby, 1951.
14. Zeanah et al., 2006c.
15. Child Welfare League of America, 2004.
16. Browne and Hamilton-Giachritsis, 2004.
17. Popa-Mabe, 2010.
18. Greenwell, 2003.
19. Popa-Mabe, 2010.
20. Popa-Mabe, 2010.
21. Kligman, 1998.
22. United Nations Development Program-Romania, 2002.
23. Kligman, 1998.
24. Greenwell, 2003.
25. Kligman, 1998; Greenwell, 2003.
26. Greenwell, 2003.
27. Greenwell, 2003.
28. Greenwell, 2003; Kligman, 1998.
29. Kligman, 1998.
30. Kligman, 1998.
31. Kligman, 1998.
32. Greenwall, 2003; Kligman, 1998.
33. Greenwell, 2003.
34. Greenwell, 2003.
35. Johnson et al., 1992.
36. Rosenberg et al., 1992.
37. Zamfir, 1998.
38. Tobis, 2000.
39. Skeels, 1966.
40. Stern, 1985.
41. Johnson et al., 1992.
42. Zaknun et al., 1991, цит. по: Johnson et al., 1992.
43. Lie and Murarasu, 2001; Rosenberg et al., 1992.

44. Kline et al., 2007.
45. Novotny et al., 2003.
46. Dente and Hess, 2006.
47. Kligman, 1998.
48. Rosenberg et al., 1992.
49. Norris, 2009; Greenwell, 2003; Popa-Mabe, 2010.
50. Greenwell, 2003.
51. Zamfir, 1998.
52. Human Rights Watch, 1999, p. 420.
53. G. Koman, interview, January 2011.
54. Greenwell, 2003.
55. Brodzinksky and Schecter, 1990.
56. Hunt, 1991; Kligman, 1998.
57. Hunt, 1991.
58. Greenwell, 2003.
59. Greenwell, 2003.
60. Greenwell, 2003.
61. Greenwell, 2003.
62. См., например, Kuddo, 1998, цит. по: Tobis, 2000.
63. Tobis, 2000.
64. Greenwell, 2003.
65. Greenwell, 2003.
66. Tobis, 2000.
67. C. Tabacaru, интервью, 28 марта 2011 г.
68. Sandu, 2006.
69. Scheffel, 2005.
70. Roy, 2010.
71. Rosapepe, 2001.
72. Roy, 2010.

4. Этические соображения

1. Мы обсуждали этические аспекты проекта и писали о них с самого начала работы. Мы благодарны названным ниже журналам за возможность публиковать промежуточные материалы нашего исследования в следующих статьях: *Science* 318 (дополнительные онлайн материалы); *Infant Mental Health Journal* 27: 559–576 и 581–583; а также *Journal of Nervous and Mental Disease* 200: 243–247. Информация, представленная в этой главе, основана на комментариях из следующих работ: Miller, 2009; Millum and Emanuel, 2007; *Nature Neuroscience,* 2008; Rid, 2012; и Wassenaar, 2006.
2. Zeanah et al., 2006c.
3. Rosapepe, 2001.
4. Zeanah et al., 2006c.
5. IRB Procedures, 1991, p. 6.
6. Children's Bureau, 2009.
7. См.: Zeanah et al., 2006b.
8. Ainsworth et al., 1978.

9. Emanuel et al., 2000; Miller, 2009; Millum and Emanuel, 2007; Rid, 2012.
10. Miller, 2009, quoting Beecher, 1966.
11. Miller, 2009; Rid, 2012.
12. Boothby et al., 2012.
13. См.: MacKenzie, 1999.
14. Miller and Brody, 2003; quote p. 25.
15. Child Welfare League of America, 2007.
16. National Authority for Child Protection and Adoption, 2004; Child Welfare League of America, 2007.
17. Council for International Organizations of Medical Sciences, 2002.
18. Nelson et al., 2007, дополнительные онлайн материалы.
19. Интервью в январе 2011.
20. Groza et al., 2011.
21. Browne et al., 2006; Walker et al., 2011.
22. Millum and Emanuel, 2007.
23. United Nations, 1989.
24. Интервью с Адиной Кодрес, март 2011 г.
25. Интервью с Богданом Симионом, январь 2011 г.
26. Miller, 2009; Millum and Emanuel, 2007; Nature Neuroscience, 2008; Rid, 2012; Wassenaar, 2006. But see Loue, 2004.

5. Помещение в приемную семью как метод вмешательства

1. See Larrieu and Zeanah, 1998.
2. Мы благодарны изданиям, публикации из которых перечислены ниже, за разрешение использовать детали нашего исследования из них в книге. We thank the following publications for allowing us to develop our research, in detail, in previous sources: *Science* 318 (дополнительный онлайн материал); *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 18: 721–734; *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention and policy* (New York: Guilford Press), 195–216. Значительная часть материала этой главы взята из этих публикаций.
3. См.: Tobis, 2000; Browne, 2006; Walker et al., 2011.
4. См.: Tobis, 2000.
5. Dickens and Groza, 2004.
6. Tobis, 2000.
7. Simion, 2011.
8. Интервью с Богданом Симионом, 2011 г.
9. Groza, 2001.
10. Marin Mic, частное сообщение, 3 марта 2011 г.
11. Интервью с Адиной Кодрес, 2011 г.
12. Dickens and Groza, 2004.
13. Tobis, 2000.
14. См.: Dickens and Groza, 2004, об усилиях, предпринятых в 1990-х гг., для внедрения в Румынии концепций индивидуальной поддержки и практики, опирающейся на сильные стороны.
15. Larrieu and Zeanah, 1998; Zeanah et al., 2001.
16. См.: Dozier et al., 2006; Zeanah et al., 2011.

17. National Research Council and Institute of Medicine, 2000; Zeanah and Smyke, 2005.
18. Heller et al., 2002; Smyke et al., 2009.
19. Dozier et al., 2006.
20. Gilkerson, 2004.
21. Smyke et al., 2009.
22. Интервью с Кристианом Табакару, апрель 2011 г.
23. См.: Craciun, 2011 (18 января, http://www.evz.ro/detalii/stiri/abandonati-si-de-parinti-si-de-mamele-sociale-918471.html, загружено 22 июня 2011 г.).

6. Опасность проживания в учреждении для развития ребенка

1. Pinheiro, 2006.
2. Bowlby, 1944.
3. Goldfarb, 1943, 1944, 1945a, 1945b.
4. Freud and Burlingham, 1943.
5. Spitz, 1952.
6. Bowlby, 1951.
7. Skeels and Skodak, 1965. Как впервые было описано Гольдфарбом (Goldfarb, 1943), а затем подтверждено, среди прочих, Провенс и Липтон (Provence and Lipton, 1962) в Соединенных Штатах и Тизардом и Ризом (Tizard and Rees, 1974) в Великобритании, дети, живущие в учреждениях и лишенные достаточной стимуляции со стороны ухаживающих за ними взрослых, проявляют значительное отставание в интеллектуальном развитии.
8. http://rmc.library.cornell.edu/homeEc/cases/apartments.html.
9. Greenough et al., 1987.
10. Например: Yarrow et al., 1962; Rheingold, 1961.
11. Gleason et al., 2011.
12. Dennis and Najarian, 1957; Goldfarb, 1945a, 1945b; Provence and Lipton, 1962; Spitz, 1945.
13. Provence and Lipton, 1962.
14. Hunt et al., 1976; Provence and Lipton, 1962.
15. Levy, 1947; Tizard, 1977.
16. Dennis and Najarian, 1957.
17. Provence and Lipton, 1962.
18. Sonuga-Barke et al., 2008.
19. Sonuga-Barke et al., 2008.
20. van IJzendoorn et al., 2008.
21. van IJzendoorn et al., 2008.
22. Goldfarb, 1945a, 1945b; Spitz 1945; а позднее Provence and Lipton, 1962.
23. Kaler and Freeman, 1994.
24. Dobrova-Krol, van IJzendoorn, et al., 2010.
25. Dobrova-Krol, van IJzendoorn, et al., 2010.
26. Sparling et al., 2005.
27. Tizard and Hodges, 1978; Tizard and Rees, 1974; Hodges and Tizard, 1989a.

28. Tizard and Rees, 1974.
29. Tizard and Rees, 1974.
30. Tizard and Hodges, 1978.
31. Hodges and Tizard, 1989a.
32. Goldfarb, 1945a, 1945b.
33. Vorria et al., 2003.
34. Например: Rutter et al., 1999; Ames and Carter, 1992; Gunnar and Kertes, 2003; Pollak et al., 2010.
35. van den Dries et al., 2010.
36. van IJzendoor, Luijk, and Juffer, 2008.
37. Ames and Carter, 1992.
38. Rutter et al., 1998.
39. Rutter et al., 1998.
40. Beckett et al., 2006.
41. Tizard and Hodges, 1978.
42. Sonuga-Barke et al., 2008.
43. Pollak et al., 2010.
44. Colvert, Rutter, and Kreppner et al., 2008.
45. Dennis and Najarian, 1957; Goldfarb, 1945a; Provence and Lipton, 1962; Spitz, 1945.
46. Brodbeck and Irwin, 1946.
47. Brodbeck and Irwin, 1946.
48. Gindis, 2000.
49. Stromswold, 1995; Tarabulsy et al., 1996.
50. Hough, 2000.
51. Provence and Lipton, 1962.
52. Goldfarb, 1943; Lowrey, 1940.
53. Goldfarb, 1943; Provence and Lipton, 1962.
54. Tizard and Rees, 1974.
55. Vorria et al., 2003.
56. Juffer et al., 2005.
57. Marcovitch et al., 1997; Chisholm, 1998; O'Connor et al., 2003.
58. Например, Doolittle, 1995; Goldfarb, 1944; Roy et al., 2000; Wiik et al., 2011.
59. Goldfarb, 1943.
60. Doolittle, 1995; Kreppner et al., 2001; Roy et. al., 2000; Rutter et al., 2001.
61. Roy et al., 2000.
62. Goldfarb, 1944.
63. Lowrey, 1940; Tizard and Rees, 1974.
64. Rutter et al., 1999.
65. Chugani et al., 2001.
66. Eluvathingal et al., 2006.
67. Chugani et al., 2001.
68. Tottenham and Sheridan, 2009; Tottenham et al., 2011.
69. Tottenham and Sheridan, 2009.
70. Tottenham et al., 2011.
71. Adolphs and Spezio, 2006.
72. Mehta et al., 2009.

7. Познание и язык

1. Binet and Simon, 1904, 1916; Terman and Merrill, 1937.
2. Bayley, 1993.
3. Weschler, 1989; Wechsler, 2004.
4. Smyke et al., 2007.
5. NICHD Early Child Care Research Network, 1996.
6. Nelson et al., 2007.
7. Rutter, 1996.
8. Fox et al., 2010.
9. Например: Ramey and Campbell, 1984.
10. См., например: Zelazo et al., 2003; Nelson, а также Luciana, 2008; Blair et al., 2005.
11. Например: Sanchez et al., 2001; Liston et al., 2009; Parker et al., 2005a.
12. Huttenlocher, 1979; Huttenlocher, 1984; Huttenlocher and de Courten, 1987; Huttenlocher and Dabholkar, 1997; Sowell et al., 1999; обзор см.: Nelson and Jeste, 2008. О сензитивности к зависящей от опыта достройке см., например: Black et al., 1998.
13. Nelson, 1998; Champagne et al., 2008; Hill and McEwen, 2010.
14. Curtis et al., 2002.
15. Loman et al., 2013; Nelson, 2007; Nelson et al., 2007; Pollak et al., 2010.
16. Zelazo et al., 2003.
17. Например, Luciana and Nelson, 1989; Curtis et al., 2002; Luciana and Nelson, 2002.
18. Kochanska et al., 1998.
19. Cragg and Nation, 2008. See also Casey et al., 1997; Durston et al., 2002; Hwang et al., 2011.
20. Colvert, Rutter, Kreppner, et al., 2008; Pollak et al., 2010.
21. Beckett et al., 2007.
22. Loman et al., 2009.
23. See McDermott et al., 2012.
24. Bunge and Zelazo, 2006; Casey et al., 1997; Bunge and Wright, 2007.
25. Falkenstein et al., 1991.
26. Coles, 2001; Hermann et al., 2005; Roger et al., 2010; van Veen and Carter, 2002.
27. Loman et al., 2013.
28. McDermott et al., 2013.
29. См.: Luciana and Nelson, 1998; Luciana and Nelson, 2002.
30. См.: Bos et al., 2009.
31. Hart and Risley, 1995; Noble et al., 2007.
32. См.: Windsor et al., 2007, 2011.
33. Windsor et al., 2007.
34. Windsor et al., 2011.
35. Werker and Tees, 2005.

8. Ранняя институциализация и развитие мозга

1. Руководство по использованию ЭЭГ в исследованиях развития см., например: de Haan, 2007.
2. Marshall et al., 2002.

3. Barry et al., 2003.
4. Marshall et al., 2004.
5. Marshall et al., 2008.
6. Vanderwert et al., 2010.
7. Обзор литературы по вызванным потенциалам в контексте развития см., например: Nelson and Monk, 2001; Nelson and McCleery, 2008.
8. Обзор см.: de Haan et al., 2002.
9. По обзору из: Zeanah et al., 2003.
10. Parker et al., 2005a; о вызванных потенциалах в старших возрастах см.: Moulson et al., 2009; Moulson, Westerlund, et al., 2009.
11. Righi and Nelson, 2013.
12. Nelson, 2001.
13. Например: Fries et al., 2004; Pollak, 2005.
14. См.: Parker et al., 2005b.
15. Moulson, Fox, et al., 2009; Moulson, Westerlund et al., 2009.
16. Например: de Haan and Nelson, 1997.
17. Nelson et al., 2006; Jeon et al., 2010.
18. Более подробно см.: Nelson et al., 2013.
19. Обычно в подростковом возрасте; см.: Thomas et al., 2007.
20. Moulson, Fox, et al., 2009, обсуждалось выше.
21. См.: Nelson and de Haan, 1997.
22. См.: Sheridan et al., 2012.
23. Об увеличении амигдалы головного мозга см., например: Tottenham et al., 2010, and Mehta et al., 2009. Об отсутствии изменений см.: Gunnar and Fisher, 2006.
24. Huttenlocher, 2002.

9. Рост, двигательное развитие и изменения на клеточном уровне

1. Johnson et al., 1992; Albers et al., 1997; Miller and Hendrie, 2000.
2. Powell et al., 1967.
3. Johnson, 2011.
4. See Johnson et al., 2010, for details.
5. Sheridan et al., 2012.
6. Об этом см. сообщения Cermak and Daunhauer, 1997; а также Harris et al., 2008.
7. Fisher et al., 1997; Smyke et al., 2002.
8. Bos et al., 2010.
9. Bos et al., 2010.
10. Loman et al., 2009.
11. Second ed., short form: Bruininks and Bruininks, 2005.
12. Levin et al., 2013.
13. McEwen, 1998; Phillips et al., 2005.
14. Gilley et al., 2008.
15. Fitzpatrick et al., 2007; Martin-Ruiz et al., 2006.
16. Epel et al., 2004; Kananen et al., 2010; Simon et al., 2006; Damjanovic et al., 2007; Lung et al., 2007; Parks et al., 2009.
17. Drury et al., 2011.
18. Barker et al., 1989a, 1989b.

10. Социально-эмоциональное развитие

1. См.: Zeanah et al., 2006c, а также главу 6.
2. См.: Robertson and Robertson, 1989.
3. О социальных аномалиях см.: Chisholm et al., 1995; Chisholm, 1998; Marcovitch et al., 1997; O'Connor et al., 1999. Об эмоциональных аномалиях см.: Sloutsky, 1997; Fries and Pollak, 2004.
4. Подробнее см.: Ghera et al., 2009; Smyke et al., 2007.
5. Goldsmith and Rothbart, 1999.
6. Ghera et al., 2008.
7. Harlow and Suomi, 1970.
8. Bowlby, 1969, 1973, 1980.
9. Ainsworth et al., 1978.
10. Ainsworth et al., 1978.
11. See van IJzendoorn et al., 1992.
12. Main and Solomon, 1990.
13. Carlson et al., 1989.
14. Cyr et al., 2010; van IJzendoorn et al., 1999.
15. Cassidy et al., 1992.
16. Green and Goldwyn, 2002.
17. DeKlyen and Greenberg, 2008.
18. De Wolff and Van IJzendoorn, 1997.
19. DeKlyen and Greenberg, 2008; Green and Goldwyn, 2002; Zeanah et al., 2006c.
20. Zeanah et al., 2005.
21. Vorria et al., 2003.
22. Dobrova-Krol, Bakermans-Kranenburg, et al., 2010.
23. Tizard and Rees, 1975.
24. Zeanah et al., 2005.
25. Zeanah et al., 2005.
26. Zeanah et al., 2005.
27. Dobrova-Krol, Bakermans-Kranenburg, et al., 2010.
28. Gleason et al., 2011.
29. Tizard and Rees, 1975.
30. Tizard and Rees, 1975.
31. Hodges and Tizard, 1989b; Rutter et al., 2007; Rutter et al., 2009; Tizard and Hodges, 1978.
32. Zeanah et al., 2005.
33. Smyke et al., 2010.
34. Smyke et al., 2012.
35. Smyke et al., 2012.
36. Chisholm, 1998; Hodges and Tizard, 1989b; Rutter et al., 2007.
37. Gleason et al., готовится к изданию.
38. Smyke et al., 2012.
39. Smyke et al., 2012.
40. Roy et al., 2004.
41. Kaler and Freeman, 1994.
42. Erol et al., 2010.
43. Erol et al., 2010.

44. Erol et al., 2010.
45. Обзор см.: Parker et al., 2006.
46. Gresham and Elliot, 1990.
47. Almas et al., 2012.
48. Almas et al., готовится к изданию.
49. Kashy and Kenny, 1999; Kenny, 1996.
50. Almas et al., 2012.

11. Психопатология

1. Netter and Magee, 2010.
2. Netter and Magee, 2010.
3. http://adoption.about.com/od/adoptionrights/p/russian_children_ murdered_by_adoptive_parent.htm.
4. Bowlby, 1969, pp. xiii–xiv.
5. Rutter et al., 2010.
6. О нарушениях привязанности см.: Chisholm et al., 1995, and Rosenberg et al., 1992; о стереотипиях см.: Cermak et al., 1997, and Marcovitch et al., 1997; об интернализованных и экстернализованных проблемах поведения см.: Fisher et al., 1997, and Marcovitch et al., 1997.
7. Например: Hoeksbergen et al., 2003; O'Connor et al., 1999; Roy et al., 2004.
8. Fisher et al., 1997; Marcovitch et al. 1997.
9. Carter et al., 2003.
10. Carter et al., 2003.
11. Smyke et al., 2007.
12. Egger et al., 1999, версия 1.3.
13. Egger et al., 2006.
14. Gleason et al., 2011.
15. Fisher et al., 1999.
16. Kraemer et al., 2002.
17. Egger et al., 2006.
18. Volkmar et al., 2007.
19. Zeanah et al., 2009.
20. О роли генов и среды в психопатологии см.: Moffitt et al., 2006.
21. Moffitt et al., 2006.
22. Gogos et al., 1998; Karoum, Chrapusta, and Egan, 1994.
23. См.: Drury et al., 2010.
24. Drury et al., 2010.
25. Belsky et al., 2007; Belsky and Pluess, 2009.
26. Drury et al., 2012.
27. Drury et al., 2012.
28. Kraemer et al., 2002.
29. О психологии интернализации см.: Allen et al., 1998; Lee and Hankin, 2009; Lyons-Ruth et al., 1997; McCartney et al., 2004; о тревожности и глубокой депрессии см.: Abela et al., 2005; Warren et al., 1997.
30. Zeanah et al., 2009.
31. Smyke et al., 2010.

32. McLaughlin et al., 2012.
33. McGoron et al., 2012.
34. Kreppner et al., 2001; Rutter et al., 2010; Stevens et al., 2008; Zeanah et al., 2009.
35. Moffitt et al., 2006.
36. McLaughlin et al., 2010.
37. Casey et al., 1997; Konrad et al., 2006; Castellanos et al., 1996; Mostofsky et al., 2002; Rubia et al., 1999; Halperin and Schultz, 2006.
38. Narr et al., 2009; Shaw et al., 2006.
39. Narr et al., 2009; Shaw et al., 2006; Shaw and Sharp, 2007.
40. McLaughlin et al., 2010.
41. Marshall et al., 2004; see also Chapter 8.
42. McLaughlin et al., 2010.
43. Davidson and Fox, 1982.
44. See McLaughlin et al., 2012.
45. McLaughlin et al., 2011.
46. Davidson, 2000.
47. Banks et al., 2007.
48. Kochanska et al., 2000; Miller, 2000.
49. О поведенческих откликах см.: Parker and Nelson, 2004; о вызванных потенциалах см.: Moulson, Fox, et al., 2009, and Moulson, Westerlund, et al., 2009.
50. Pollak and Sinha, 2002.
51. Slopen et al., 2012.
52. McLaughlin et al., 2011.

12. Собираем пазл

1. Greenough et al., 1987.
2. Le Grand et al., 2001.
3. William Greenough, частное сообщение.
4. Fox et al., 2011; Smyke et al., 2012.
5. Rutter et al., 2004.
6. Sheridan et al., 2012; Vanderwert et al., 2010.
7. См.: St. Petersburg–USA Orphanage Research Team, 2008. Berument, 2013.
8. Knudsen, 2004.
9. See Zeanah et al., 2011.
10. Maurer et al., 2006; Vanderwert et al., 2010.
11. Vanderwert et al., 2010.
12. Rutter et al., 2010.
13. Brestan and Eyberg, 1998.
14. Williamson and Greenberg, 2010; Save the Children, 2009.
15. Ahmad et al., 2005; Dennis and Najarian, 1957; Goldfarb, 1943, 1944, 1945a, 1945b; Harden et al., 2002; Levy, 1947; Provence and Lipton, 1962; Roy et al., 2000.
16. Zeanah, Smyke, and Settles, 2006c.
17. Crenson, 1998; Smith and Fong, 2004.
18. Crenson, 1998; Hacsi, 1997.

19. Mitroi, 2012.
20. Tizard and Rees, 1975; Rutter et al., 2009.
21. Zeanah et al., 2011.
22. Knudsen et al., 2006.
23. Fox et al., 2011.
24. Gelles, 2011; Smyke and Breidenstine, 2009; Zeanah et al., 2011.
25. Chou and Browne, 2008; The Hague Convention, 1993.
26. Cristian Tabacaru, interview, March 28, 2011.
27. Gabriella Koman, interview, January 2011.
28. Bogdan Simion, interview, January 2011.
29. See Groza et al., 2011.
30. PL 109–95 Fourth Annual Report to Congress, 2010.
31. Boothby et al., 2012.
32. Boothby et al., 2012.
33. Boothby et al., 2012.
34. Browne et al., 2004.

Благодарности

Такое сложное исследование, как Бухарестский проект раннего вмешательства (BEIP), не могло бы осуществиться без энтузиазма, упорной работы и значительного вклада многих людей и организаций.

Мы глубоко признательны фонду Джона Д. и Кэтрин Т. Макартур (John D. and Catherine T. MacArthur Foundation) за создание исследовательской сети, которая, в свою очередь, организовала и поддерживала проект BEIP, особенно на его начальном этапе. Гибкость, обеспечиваемая этой поддержкой, позволила нам непрерывно адаптироваться к местным условиям, что имело решающее значение для успеха проекта. Кроме того, фонд оказал существенную помощь в создании в Бухаресте Института развития детей, готовившего специалистов по оказанию помощи детям во всей Румынии. Другие организации и частные лица также щедро помогали деятельности проекта на протяжении многих лет: Фонд Джеймса С. Макдоннелла (James S. McDonnell Foundation), Фонд Ирвинга Харриса (Irving Harris Foundation), Агентство США по международному развитию (USAID), Фонд семьи Биндер, Помощь детям Румынии, Inc., Национальный институт психического здоровья, Центр по развитию ребенка Гарвардского университета, Фонд семьи Синнив, Ричард и Мэри Скотт, а также несколько анонимных спонсоров, которые внесли значительный вклад в развитие проекта BEIP.

Мы хотим поблагодарить семьи и детей, участвующих в проекте BEIP с момента его создания. При отсутствии тра-

диции подобных лонгитюдных исследований по изучению развития ребенка, как BEIP, удивительно, что они оставались с нами в течение стольких лет. Мы с радостью выражаем им нашу глубокую признательность.

Следует особо отметить вклад Даны Джонсона в деятельность проекта. Он высоко оценил важность проведения тщательных исследований по важнейшим вопросам политики, касающейся жизни детей, находящихся в учреждениях. Дана обеспечил наше участие в медицинской миссии в Румынию в 1998 году, организованной Рональдом Федерики, нейропсихологом, имеющим большой опыт обследования детей, длительно проживавших в учреждениях. Вместе с практикующей педиатрической медсестрой Мэри Джо Спенсер Дана провел первоначальное обследование всех потенциальных участников проекта. Он и сейчас остается нашим ценным сотрудником.

Многие специалисты в Румынии поддерживали наш проект на протяжении многих лет; трое, в частности, сыграли важную роль в его успехе. Кристиан Табакару, первый Государственный секретарь по вопросам защиты детей в Румынии, а затем директор SERA Румынии, пригласил нас принять участие в проекте в 1999 году и на протяжении многих лет оказывал нам существенную помощь. Богдан Симион, который в настоящее время руководит SERA Румынии, курировал строительство новых лабораторий, создаваемых в рамках проекта BEIP, и он был ценным и надежным коллегой и важным сотрудником во всех аспектах проекта с момента его создания. Оба они продолжают оказывать значительное влияние на наше исследование и его успешность. Наконец, Себастьян Кога прервал свои занятия медициной, чтобы стать директором проекта в Бухаресте с 2000 по 2004 год, и лишь после этого окончил медицинский факультет университета, а затем и ординатуру по нейрохирургии. Он был первым координатором проекта, и его внимательное отношение к деталям, понимание общей картины было необходимо для запуска и скорейшего успеха исследования. От ремонта электроэнцефалографического оборудования до найма персонала и встреч с американским послом в Румынии, Себастьян продемонстрировал замечательный талант к решению больших и малых проблем.

Другие румынские коллеги, сыгравшие важную роль в за-

пуске и поддержании деятельности проекта BEIP, — это Михай Йордаческу, работавший в качестве педиатра проекта, а позже он стал членом совета по мониторингу данных и безопасности; Алина Стэнеску, педиатр, возглавлявшая Институт охраны здоровья матери и ребенка в Бухаресте; Габриэла Коман, которая сначала помогала нам как сотрудник Национального комитета по защите детей, а затем в качестве члена совета по мониторингу данных и безопасности. Данут Флейка, директор сектора 1 в Бухаресте, щедро делился с нами информацией и предоставлял нам доступ к детям своего сектора, когда это было необходимо. Адина Кодрес была директором центра Св. Екатерины, когда начинался наш проект, и обеспечила нам доступ к данным и свое содействие. Анка Николае любезно помогла со сбором данных и подготовкой персонала, когда проект начинался. Кроме того, многие сотрудники SERA Румынии помогали нам на протяжении многих лет: Агустина Рушди и Стефан Паску (человеческие ресурсы), Кристиан Нистор (безопасность труда), Эмилия Попа и Дана Сирбу (бухгалтерский учет). Наконец, мы особенно благодарны трем ценным коллегам из Бухарестского университета — Михаю Анитею, Николае Митрофану и Мирче Думитру.

Наш персонал в Бухаресте не имеет себе равных. Анка Радалеску (с 2000 г. и до сих пор) работает психологом в центре Св. Екатерины, ставшем нашей базой, где мы с ней и встретились. Тогда же она стала и остается нашим первым — и незаменимым — научным сотрудником. Ее знания о детях и семьях в рамках проекта и системе защиты детей в Бухаресте оказались бесценными, как и ее последовательная позитивная энергия. Флорин Тибу курировал обследование детей в 54 месяца (2003–2007) и после отпуска для получения степени доктора психологии вернулся в BEIP для обследования детей в возрасте 12 лет (с 2010 г. и до сих пор). Его глубокое понимание наших целей, его умение вовремя помочь в их достижении и его готовность помогать в решении любых задач проекта были всегда чрезвычайно полезны. Николета Корлан (с 2001 г. и до сих пор) и Надя Раду (2002 г. и до сих пор) были нашими постоянными сотрудниками почти с самого начала, и обе внесли неоценимый вклад во многие аспекты проекта. Александра Серсель (2010 г. и до сих пор) присоединилась

к проекту относительно недавно, но быстро стала неотъемлемой частью его успеха, эффективно осваивая новые методики. Юлиана Добре (2001 г. и до сих пор) выполняла множество важных ролей — от ассистента проекта до помощника бухгалтера — демонстрируя постоянную жизнерадостность и преданность делу. Мы также в долгу перед ней за организацию нашего питания после длительных перелетов из Соединенных Штатов в Бухарест, а также за гостеприимство и размещение нескольких семей, которые специально приезжали в Бухарест для участия в проекте.

Наша первая группа социальных работников — Алина Росу (2001–2004), Вероника Иваскану (2001–2005 и 2010–2012) и Амелия Гречеану (2001–2008) — героически участвовала в отборе, обучении и поддержке сети приемных семей при полном отсутствии в то время традиций такой работы в Бухаресте. С недавнего времени эти высокие стандарты поддерживают Кармен Юга (2008 — настоящее время) и Мариана Миту (2013 — настоящее время), продолжая оказывать эффективную поддержку семьям и выступать от их имени в нашем проекте.

Мы глубоко признательны и другим сотрудникам, внесшим важный вклад в осуществление этого проекта. Кармен Каланча (2000–2001), Роксана Недельчу (2001–2003), Адела Апетройа (2001–2004) и Адина Унгуряну (2002–2006) были научными сотрудниками проекта. Помощниками менеджера проекта были Ралука Мандеа (2001), Магда Влад (2002–2005) и Калин Глигореа (2007–2008), ставшая затем заместителем руководителя проекта. Моника Чобану (2001–2005 годы), Джорджиана Карстеа (2004–2008 годы) и Эмилия Попа (2003 год — настоящее время) оказывали проекту бухгалтерские услуги. Дана Грозав (2003–2006) и Каталин Калусару (2003–2004), а также аспиранты Бухарестского университета Мария Магдалена Стан, Анка Матей, Даниэлла Казелла и Диана Крамер Космеску обеспечивали кодировку данных. Мы благодарны водителям, которые совершили сотни поездок, перевозя детей и семьи в лабораторию для обследований: Габриэль Калин (2001–2002), Флорин Добре (2002–2003), Матаче Лаурентиу (2003–2004), Юлиан Петреа (2004–2008) и Николае Радой (2008–2010).

Хермі Вудворд и Марси Рэй служили сетевыми администраторами фонда Макартуров с 1997 по 2005 год и играли

важную роль в первые дни разработки и администрирования проекта BEIP. Элизабет Фуртадо (2005 — настоящее время) продолжает играть заметную и очень ценную роль координатора проекта, делая работу, которая требует замечательных навыков организации, дипломатии, терпения, понимания и высокой терпимости к эксцентричности трех основных исследователей. Элизабет, мы вам вечно благодарны.

Нам также посчастливилось сотрудничать с рядом американских исследователей: Сьюзен Паркер (Колледж Рэндольф-Макон — Randolph-Maccon College); Дженнифер Виндзор (Университет Миннесоты); Маргарет Мулсон (университет Райерсона); Алисса Вестерлунд (Бостонская детская больница — Boston Children's Hospital); Карен Бос (округ Сан-Матео, психиатрия); Эйприл Левин (Бостонская детская больница и Гарвардская медицинская школа); Кейт Маклафлин (Вашингтонский университет); Маргарет Шеридан (Бостонская детская больница и Гарвардская медицинская школа); Анна Смайк, Мэри Маргарет Глисон, Стейси Друри, Люси Макгорон, Зои Бретт и Кейт Хамфриз (Тулейнский университет); Питер Маршалл (университет Темпл); Алиса Алмас (Университет Британской Колумбии); Росс Вандерверт (Бостонская детская больница и Гарвардская медицинская школа); Кейт Дегнан (Университет Мэриленда); Дженнифер Макдермотт (Массачусетский технологический университет); Конни Ламм (Новоорлеанский университет); Соня Троллер-Ренфре, Мэг Вудбери, и Карл Люис (Университет Мэриленда); Каталина Копец (Университет Уэйна); Хелен Эггер (Университет Дьюка) и Бетани Риб Сазерленд (Международный университет Флориды). Мы также хотим поблагодарить студентов, которые помогали этому проекту, в том числе Хану Чон, Одри Янг, Винни Лин и Нору Ковар (Гарвардский университет).

Джули Ларри, Тэмми Кутс и Валери Вайда Джонстон обеспечивали необходимое обучение персонала и супервизию на ранних этапах проекта. Джоанна Сантамария провела обучение персонала по WISC, а Деви Мирон (университет Тулане) консультировал в Бухаресте по использованию методики WISC с детьми постарше. Роксанна Мален (Университет Миннесоты) и Лавиния Митрой (Гарвардский университет) сыграли неоценимую роль в переводе документов для команды

BEIP и кодировании некоторых наших измерений. Мы также в долгу перед Майклом Шеер-Ингой за разработку диагностических алгоритмов и перед Пруденс Фишер за помощь с методикой DISK. Наконец, Кэтрин Обервагер выполнила работу сведения воедино ссылок и рисунков для книги.

Гвен Гордон, а позднее Джисун Чан, Кимберли Чин и Лили Чен служили менеджерами нашей сложной и постоянно расширяющейся базы данных. Дон Гатри до самого своего ухода на пенсию был выдающимся статистиком проекта; позднее эту работу взял на себя Мэтт Грегас, а теперь ее успешно выполняют Кейт Дегнан и Катерина Стамулис. Адина Чирита помогала нам в проведении процедур МРТ в Бухаресте.

Все мы извлекли немалую пользу из дискуссий с десятками научных групп по всему миру, многие из которых хорошо разбираются в вопросах, затронутых в этой книге. Невозможно перечислить их по отдельности, но они стимулировали нас, бросали нам вызов и многообразно нас вдохновляли.

Сенатор Соединенных Штатов Мэри Ландрие и исполнительный директор коалиции Конгресса за усыновление Кэтлин Стротман оказали нам чрезвычайную помощь вскоре после начала осуществления проекта и продолжают поддерживать нас. Посол Соединенных Штатов в Румынии Майкл Гест, а позднее посол Марк Гитенштейн также оказали нам важную поддержку.

Наконец, мы благодарны Фонду Рокфеллера за тот месяц, который мы трое провели в резидентуре их Центра Беладжио летом 2011 года. Без этого времени нам было бы гораздо сложнее завершить эту книгу. Стимулирующая и поддерживающая среда Центра позволила нам завершить первоначальный проект, а также принять участие в оживленных обсуждениях материала друг с другом и другими резидентами. Озеро Комо и окружающие его итальянские деревни навсегда останутся с нами, а поддержка, которую мы там получили, была нам необходима.

Эта книга о силе отношений. Благодаря этому наши отношения друг с другом и со многими другими неизмеримо обогатились, даже больше, чем мы могли себе представить.

Алфавитный указатель

А

Аборт 67–68, 155
Агентства по усыновлению 34, 61, 82, 89–90
Административный контроль 148–149
Аллели 329–330, 334–337, 352, 374
Альфа-ритм 225, 228–232, 311–312, 346–348, 353
Амбивалентная/сопротивляющаяся привязанность 283–284, 286, 289, 293
Амигдала (миндалевидное тело головного мозга) 186–188, 349, 435
Асимметрия фронтальной ЭЭГ 346–349, 353
Аутизм 181, 259, 317, 325

Б

Базовое обследование 42, 47, 49, 59, 192–193, 228–229, 235–238, 240–243, 248, 256, 267–268, 276–277, 297–298, 301, 304, 318–319, 337, 358, 370, 375
Белое вещество 184–185, 187–188, 221, 224, 228, 248–252, 258, 270, 363
Бета-ритм 225, 228–230
Биологические родители 83, 86, 106, 112, 117, 131–132, 141, 147, 152, 198, 275, 294, 309, 322, 383
Болезни 17, 62, 71, 79, 209
Бриникс-Озерецкого, тест моторного развития 264
Брошенные дети 21, 44, 60, 62, 69, 78, 80–81, 83–84, 86, 92, 95, 97–98, 101, 104, 111, 114, 124, 126, 153–154, 294, 378–380, 384, 386–387, 391
Бухарестский проект раннего вмешательства (BEIP) 25, 27, 34–36, 40–43, 47–48, 51, 55, 57, 58, 61, 84, 88, 90, 94–95, 99–100, 105, 107–115, 117–124, 128–129, 131, 134, 136, 138, 140–141, 143, 146–147, 149, 151–154, 159, 163, 167, 181, 189, 192, 198, 200–201, 214, 235–236, 241–242, 249, 253, 256, 258, 267–268, 273, 278, 286–287, 239–294, 296, 299, 301, 305, 315, 317–318, 321–322, 326, 331, 332–334, 339, 342–343, 351, 353, 359–361, 363–364, 371, 375–377, 381–382, 385, 387–388, 390–392, 404, 425, 440–443, 445–446

В
Вес 46–47, 49–50, 161–162, 254–258, 263, 269, 271, 347, 367, 374
Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)/синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) 15, 35, 75–76, 155, 164, 385
Височная доля 183, 344
Вмешательство 22, 25, 27, 34, 36, 42, 47–48, 52–53, 58, 61, 72, 95–98, 101–103, 108–109, 112, 121, 123, 132–133, 143, 149, 152, 156–166, 194, 196, 18–199, 212–213, 217–218, 220, 223, 229–230, 232, 238, 246, 248, 250, 252, 257–258, 265, 269, 277–278, 293, 297–298, 300–302, 304, 307–310, 312–315, 320, 323–325, 327, 335–337, 339–342, 352–353, 359, 360–362, 367, 370–372, 375–376, 381, 384, 389, 391, 430, 440
Внимание 21, 32, 40, 73–74, 82, 100, 124, 127, 151, 158, 165, 171–173, 177, 179–180, 184, 186, 200, 203, 214, 226, 228, 237, 242, 251, 271–273, 276–277, 295, 299, 311, 318–319, 321, 342–343, 358, 362, 381, 384, 391–392
Внутригосударственное усыновление 89, 92–93, 125, 166
Воспитатель 55–57, 62, 105, 116, 119, 128, 158, 160–163, 165–167, 173–174, 176–177, 179, 193,
214–215, 235–236, 238–239, 257, 260–262, 271–273, 275–276, 279, 281–286, 288–289, 291–292, 296–298, 300, 302–306, 311, 319, 322, 324, 326, 339, 358–359, 364–365, 382, 386
Восприимчивость 161, 295, 327, 331–332, 336–338, 352
Воссоединенные семьи 39, 51, 59, 92–93, 125, 132, 142, 148, 167, 198, 233, 282–283, 392
Вызванные потенциалы (ERPs) 10, 41, 105, 116, 203, 206–207, 220, 222–223, 233–252, 263, 350, 354, 435, 438
Выражение положительных эмоций 274–278
Выставка-круглый стол «Дети в учреждениях» 390

Г
Генетика 26, 254, 269, 327–328, 333, 392
Гены:
COMT (катехол-о-метилтрансферазы) 333–336
5HTT (транспортер серотонина) 336–338, 374
VNTR (переносчик дофамина) 330, 338
Гепатит 75–76
Гиперактивность 172, 179–180, 185, 203, 205, 251, 307, 319, 345–347, 351, 353
Гиппокамп 29, 201–202, 212–213, 249, 333
Госпитализм 28, 157, 271

Д
Двигательное развитие 253–254, 264–266, 269, 435
Движения глаз 358
Дезоксирибонуклеиновая кислота (ДНК) 29, 266–267, 327, 328–330
Дети с особыми потребностями (инвалиды) 71, 75, 79, 101, 111, 114, 119, 121, 127, 152, 165, 377, 379
Детские дома 10–11, 30, 33, 70–72, 75, 108, 163, 165, 196, 213, 229, 316
Детское развитие 22, 48, 64, 72, 108, 118, 120, 124, 134, 149, 282
Депривация 16, 25, 28, 31, 36,

78, 152, 156, 159, 161, 172, 174, 176–177, 179–180, 184, 186–187, 193–194, 212, 220, 253, 259–260, 264, 273, 287, 292–293, 309, 312, 315, 324, 335, 345, 347, 355, 358–359, 364, 369, 374, 391–393
Депрессия 255, 319, 321, 333–335, 339–340, 346, 351–352, 368–369, 373, 438
Дефектология 71–72, 77, 377
Дизайн «intent-to-treat» (намерение помогать) 50–51, 196, 312, 361
Дифференциальная модель восприимчивости 336–337
Дофамин 334, 338

Е

Европа 11, 30, 62–64, 67, 72, 76, 80, 88, 90–91, 93, 114, 117, 124–125, 173, 185–186, 376, 383–384, 387, 390

З

Задание на рабочую память 210
Задание с перчаточными куклами 275, 314
Задание «Расскажи мне» 308, 310
Задача «Да-нет-да» 191, 203–207, 218, 222–223, 246, 399
Задача «Медведь-дракон» 191, 203–204, 218
Задержка в соотнесении с образцом 209
Законы 45, 60, 67–69, 79–87, 89, 90, 93, 102, 115, 125, 127, 129, 153, 384, 388
Заработная плата 84, 86, 105, 120, 135, 142, 153–154, 379
Защита детей 21, 41–42, 51, 61, 64, 77–79, 83–86, 88, 89, 91–93, 97, 99–101, 103, 108, 109, 111, 113, 115–118, 120–121, 123–124, 126–127, 133, 135–136, 138–139, 146, 151, 154, 156, 160, 362, 382–387, 389–393, 442–443
Зрительное внимание 172
Зрительная память 172, 202, 210

И

Игра «Ку-ку» 275–276, 314
Импульсивность 184, 319, 346, 351
Ингибиторный контроль 171–172, 184, 190, 202–208, 213, 372
Индекс умственного развития (MDI) 192
Индивидуальность 23, 25, 220
Институт развития ребенка (IDC) 120–121
Институциализированные дети 78–79, 114, 131, 162, 164, 166, 168–169, 181, 187, 193, 201, 204–205, 212, 301
Институциальный уход 152, 163, 208, 212, 267
Институционализированная группа (IG) 36, 48, 229, 237, 243, 245
Интернализированное расстройство 323–324, 350, 353, 368–369, 372
Информированное согласие 114, 117
Исполнительные функции 27, 172, 200–202, 205–208, 212, 218–219, 344, 371
Исследовательская сеть Фонда МакАртуров 31, 34, 96, 105, 113, 119, 445

К

Карликовость 255
Карлсон, шкала 289–290, 296
Качество ухода 56, 151, 193, 256–258, 279, 288, 291, 385
Кембриджская автоматизированная батарея нейропсихологических тестов (CANTAB) 105, 172, 191, 208–209, 218
Кембриджский чулок (SOC), тест 210–211

Клиническое равновесие 108–109
Когнитивное развитие 157, 162, 164, 170, 191, 193, 219
Комиссии по защите детей 103, 115, 117, 129, 136, 139
Контрольная группа 35–36, 47–49, 51, 57–58, 97, 165, 168, 172, 178, 184–188, 192, 196–197, 202, 204, 206, 208, 215, 217, 219, 229–232, 237, 244, 260–261, 275, 278, 290–291, 296, 298, 300, 303–304, 306, 309–310, 312, 319–321, 323–324, 344, 351, 354, 370, 376
Конференция в Белом Доме по раннему развитию и обучению детей 22, 391
Кора мозга 20, 182–183, 186–187, 200–202, 207, 212, 217, 228, 242, 263, 344–346, 349, 353, 363
Корпус Мира 389
Коэффициент интеллекта (IQ) 57, 162–169, 171, 180, 189–190, 192–202, 217, 219, 257–258, 262, 287, 294, 326, 361, 367–368, 370–371, 373–374, 382, 406, 423,
Коэффициент развития (DQ) 192, 195

Л

Лабораторная батарея оценки темперамента (LABTAB) 275

М

Магнитно-резонансная томография (МРТ) 10, 182–185, 187, 221–223, 248–250, 252, 263, 343, 363, 446
Материальная компенсация 135
Медиаторы вмешательства 339–342
Медицинская помощь 10, 143
Медицинское сообщество 76
Международное усыновление 15, 78, 80–83, 86–94, 126, 168, 383–385
Менструальная полиция 68
Методика «Незнакомой ситуации» 107, 176, 273, 282–283, 285–286, 288–290, 297
Минимального риска, принцип 104, 114
Министерства:
здравоохранения 88, 117, 139, 389
образования 71, 88
по защите детства 89
сельского хозяйства 389
труда 88, 115, 389
Модель взаимозависимости с партнером (APIM) 310
Мозжечок 185–186
Мозолистое тело 250
Мониторинг ответов 203, 207

Н

Национальный Институт здоровья 76, 193, 441
Национальный комитет защиты детей 84–85, 120, 442
Нарушения регуляции поведения 205
Невнимательность 307, 317, 345–346, 351, 353
Негативность к ошибкам 191, 218
Недоношенность 44, 46, 374
Неизбирательное поведение 107, 159, 176, 180, 242, 296–297, 301–302, 305, 336–337, 362
Нейротрофический фактор мозга (BDNF) 336–337
Нейроанатомия 221
Нейровизуализация 181, 184, 186, 220
Нейромедиаторы 333, 352
Нейроны 26, 182, 205, 206–207, 209, 221, 224–226, 232–234, 241, 244, 248, 251, 263, 270, 333, 348, 351, 357, 363, 393
Нейронные сети 18, 26, 241, 245, 349

Нейропластичность 373
Нейропсихологическая обследование (NEPSY) 172
Нейропсихологические функции 200, 218
Не навреди, принцип 102–103
Неправительственные организации (НПО) 388, 390
Неродственное усыновление 80
Несправедливое преимущество 103
Нормализация 240–241, 314–315
Нуклеотиды 328, 330, 332

О

Общественное воспитание 64
Окружающая среда 10, 71, 157, 181, 232, 259, 266, 282–283, 315, 325, 331–332, 335–337, 345, 355, 357, 362–363, 368, 370
Окружность головы 46, 49, 161, 241, 249, 251, 254–258, 263, 269–270, 374
Опека 21, 60–61, 64, 96, 114–116, 132, 141–142, 301
Отказ выжить 255
Отказ от ребенка 58, 61, 78–79, 156, 388
Оценки учителя 309, 311

П

Память 20, 29, 171–172, 183, 185, 196, 199, 201–202, 209–210, 212–213, 219, 221, 228, 237–238, 357
Паттерн
  зрительного контакта 186
  привязанности 285, 287, 292–293
Педиатрическая поддержка 143
Перинатальные осложнения 325
Пирамидальные клетки 221, 224
Подготовка в области детского развития 365
Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) 181–183
Пол 268, 325–326, 335
Полиморфизм 327
Политика 20, 21, 41, 44, 61, 64, 71, 82, 88, 91, 97, 109, 112, 114, 118, 121, 157, 168, 375–376, 378, 385, 387, 391, 428, 441
Помещение в семью 35, 49–3, 59, 81, 98, 102, 104–105, 139, 141, 143, 145, 194–197, 202, 204, 208, 217, 232, 239–241, 247–248, 256–258, 263, 273, 277–278, 293, 297, 299–301, 304, 307, 309, 311, 313, 324–327, 336, 339–340, 348–349, 352–353, 360–361, 366–371, 373, 376–378, 380–382, 384–385, 391–393, 430
Помощники-матери 126, 137
Правило немедленной остановки 104–105
Предвзятость 34, 105–109, 377
Предвзятость исследователя 105–107
Пренатальный опыт 19, 239, 343, 360
Префронтальная кора 183, 200, 202, 212, 333–334, 344, 349
Привязанность 27, 31, 33, 106–107, 120, 139–149, 175–180, 199, 254, 265, 273–274, 278–305, 311, 313–314, 316–317, 326–327, 339–342, 353, 356–357, 366–369, 382, 437
Принцип невмешательства 102–103
Пространственная рабочая память 210
Пространственное планирование 210–211
Психиатрическая обследование дошкольного возраста (PAPA) 262, 320, 338, 402
Психическое здоровье 64, 113, 131, 134, 157, 159, 346, 351, 441
Психология (дисциплина) 72, 130, 138, 149, 157–158, 171, 206, 279, 324, 438

Психоневрологические интернаты 8, 70–71, 77
Психопатология 27, 156, 179–181, 206, 285, 314, 316–318

Р
Развод 67
Рандомизация 45, 49–52, 58–59, 98–99, 110, 141, 167, 189, 192, 194, 226, 231, 277, 377
Рандомизированное контролируемое исследование (РКИ) 35, 58, 95, 98, 109, 293, 332
Распознавание лиц 238–239, 242, 245–247, 351
Распознавание эмоций по выражению лица 223, 242–243, 245, 247, 274, 350–351
Расстройства привязанности 292–297, 300–305, 314, 317–318, 321, 341, 361
  расстройство дезингибированного социального/расторможенного поведения 292, 296–297, 301–302, 304, 313, 321
  реактивное расстройство привязанности (RAD) 292, 295, 297, 300–301, 314, 321, 341, 361
  эмоционально отстраненное/ингибированное расстройство привязанности 246, 292, 295–297, 300–302, 304, 313, 321, 349
Религия 62, 137, 155
Рефлексивная супервизия 148–151
Рецептивно-экспрессивная шкала развития языка 214, 216, 368
Речевая компетентность 310
Родильные отделения 47, 58
Рост 28, 46, 49, 57, 75–76, 161, 253–258, 263, 269, 271, 347, 351, 359, 367, 435

С
Саммит доказательств 389
Сензитивные периоды 20, 26–27, 47, 58, 135, 196, 202, 213, 219, 232, 252, 315, 319, 327, 356, 366, 368–372, 434
Серое вещество 186–188, 221, 224, 249–252, 258, 270
Синапсы 224, 241, 333, 363
Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) 204, 318, 342–346, 371, 375
Синтез белка 329
Система оценки социальных навыков (SSRS) 307
Система справедливых льгот 118
Скрининг-тест батареи CANTAB 209, 212
СМИ 21–22, 82, 104, 121, 184, 427
Советский блок 65–66
Согласие 99, 107, 114–117, 141, 146–147, 184, 331, 380
Соединенные Штаты Америки 16, 30, 33, 38–40, 62, 64, 66, 72, 76, 82, 92–93, 100, 104, 108, 110–111, 118, 120, 132, 135, 142, 154, 156, 160, 168, 205, 316, 378, 384, 388–391, 440
Соотношение риска и пользы 107, 110–114
Социальная и эмоциональная оценка младенцев (ITSEA) 319, 399
Социальная компетентность 305, 310
Социальные навыки 28, 242, 274, 305–313, 367
Социальные работники 38, 41, 43, 86, 105, 119, 127–131, 133, 135–154, 180, 382, 444
Спящего, эффект 370
Стереотипии 259–264
Страх 186–187, 245–246, 282, 292, 302
Стриатум 344
Структурная визуализация 182, 185

Т
Теломеры 254, 266–268, 270
Теория психического 172–173
Тета-ритм 228–230, 346–347, 353
Тревожность 32, 176, 180, 262, 321, 329, 346, 351, 368, 373, 438,

Ф
Фланговая задача 206–208

Х
Хромосомы 266, 328–330, 333

Ц
Центр Св. Екатерины 40–43, 53, 55–56, 73–74, 77, 120, 127–128, 139, 442–443

Ш
Шкала интеллекта Векслера 105, 166, 190–192
Шкалы Бейли развития младенцев 105, 164, 191–192, 195
Шкалы Рейнелла 191
Школьный успех 200, 204

Э
Экспертные Советы 117–118
Экстернализация поведения 176, 307, 317, 319, 323–324, 327, 351
Электроэнцефалографические (ЭЭГ) 10, 40–43, 58, 105, 107, 116, 208, 220–230, 232–233, 235, 238–241, 243, 248–252, 258, 263, 270, 311–312, 327, 345–349, 353, 363, 367, 370, 434, 442
Эпигенетика 29, 58, 253, 266–267

Имена

Вайда-Джонстон, Валери 149–150, 446
Джон Д. и Кэтрин Т. Макартур 22, 31, 34, 96, 105, 113, 119–120, 440
Друри, Стейси 333, 445
Кога, Себастьян 39, 100, 442
Коман, Габриэла 77, 79, 87, 94, 113, 154, 388, 442
Маклафлин, Кейт 339–340, 343, 345, 445
Маршалл, Питер 42, 225, 445
Проаспату, Вероника (Вера) 128–130
Радулеску, Анка 40, 42
Росу, Алина 41, 128, 130, 136, 444
Руссо, Жан-Жак 63
Смайк, Анна 131, 149, 445
Табакару, Кристиан 34, 61, 84–89, 97, 109, 111, 126, 129, 153, 387, 431, 441
Тарса, Елена 100, 104
Чаушеску, Николае 30, 45, 53, 60, 66–69, 72, 74, 76–81, 100–101, 113, 124–125, 130, 144, 169, 379, 383, 428

Все права защищены. Книга или любая ее часть не может быть скопирована, воспроизведена в электронной или механической форме, в виде фотокопии, записи в память ЭВМ, репродукции или каким-либо иным способом, а также использована в любой информационной системе без получения разрешения от издателя. Копирование, воспроизведение и иное использование книги или ее части без согласия издателя является незаконным и влечет уголовную, административную и гражданскую ответственность.

Издание для досуга

Чарльз А. Нельсон
Натан А. Фокс
Чарльз Г. Зина

БРОШЕННЫЕ ДЕТИ

Депривация, развитие мозга и борьба за восстановление

Главный редактор *Р. Фасхутдинов*
Руководитель направления *Л. Ошеверова*
Ответственный редактор *А. Парлашкевич*
Младший редактор *Р. Муртазина*
Художественный редактор *О. Сапожникова*
Менеджеры проекта *А. Чевтаева, Е. Куликова*

Подписано в печать 16.09.2019. Формат 60x90 1/16.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 28,0.
Тираж 1500 экз. Заказ

ISBN 978-5-6042934-1-6

16+