

И. В. Ярославцева

ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕПРИВАЦИЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ



Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«Иркутский государственный университет»
Факультет психологии

И. В. Ярославцева

Психическая депривация в детском и подростковом возрасте

Учебное пособие



УДК 159.922.7(075.8)
ББК 88.8я73
Я76

Печатается по решению
учебно-методической комиссии факультета психологии ИГУ

Рецензенты:

А. В. Глазков, д-р психол. наук, проф.

А. П. Вяткин, д-р психол. наук, проф.

Ярославцева И. В.

я76

Психическая депривация в детском и подростковом возрасте : учеб. пособие / И. В. Ярославцева. – Иркутск : Изд-во ИГУ, 2014. – 190 с.

ISBN 978-5-9624-1015-9

В учебном пособии представлен материал, вскрывающий сущность состояния психической депривации, предложен ретроспективный анализ становления научного знания о психической депривации, раскрыты теоретические основания проблемы, рассмотрены этиопатогенез и симптомокомплекс основных форм психической депривации. В отдельной главе представлены пути оптимизации потенциала развития депривированных детей и подростков, дано содержание комплексного сопровождения их развития, вопросы организации деятельности специалистов, участников процесса психолого-педагогического сопровождения. В пособии предложены глоссарий и список литературы для самостоятельной работы.

Учебное пособие адресовано студентам и магистрантам, обучающимся по направлению «Психология», аспирантам, преподавателям вузов, психологам и педагогам, осуществляющим превентивную, коррекционную и воспитательную деятельность.

УДК 159.922.7(075.8)
ББК 88.8я73

Учебное издание

Ярославцева Ирина Владиленовна
ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕПРИВАЦИЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Редактор М. А. Айзиман

Темплан 2014 г. Поз. 18

Подписано в печать 19.12.2013 Формат 60x90 1/16

Уч.-изд. л. 9,2. Усл. печ. л. 11,9. Тираж 100 экз. Заказ 52

Издательство ИГУ; 664003, Иркутск, бульвар Гагарина, 36

ISBN 978-5-9624-1015-9

© Ярославцева И. В., 2014
© ФГБОУ ВПО «ИГУ», 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
<i>Глава 1. ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕПРИВАЦИЯ КАК СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ТИП РАЗВИТИЯ</i>	8
1.1. Развитие. Биологические и социальные предпосылки	8
1.2. Психическая депривация: характеристика состояния	33
1.2.1. Понятия, типологии и проявления психической депривации	33
1.2.2. Механизм развития психической депривации	42
<i>Глава 2. СТАНОВЛЕНИЕ НАУЧНО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ИЗУЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ</i>	51
2.1. Развитие знания о психической депривации	51
2.2. Научные основания концепции психической депривации	56
<i>Глава 3. ВИДЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ</i>	64
3.1. Материнская психическая депривация	64
3.2. Эмоциональная психическая депривация	85
3.3. Сенсорная и когнитивная психическая депривация	93
3.4. Социальная психическая депривация	99
3.5. Соматическая психическая депривация	105
3.6. Диагностически значимые проявления психической депривации	110
<i>Глава 4. ДЕЗАДАПТАЦИЯ В СОЦИУМЕ ДЕПРИВИРОВАННОЙ ЛИЧНОСТИ</i>	112
4.1. Проблема адаптации-дезадаптации с позиций психологии личности	112
4.2. Проявления дезадаптации депривированной личности	120
<i>Глава 5. ОПТИМИЗАЦИЯ ПОТЕНЦИАЛА РАЗВИТИЯ ДЕПРИВИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ</i>	123
5.1. Сопровождение развития депривированного ребенка	123
5.2. Проектирование среды сопровождения	126
5.3. Содержание психолого-педагогической работы	130

ЗАКЛЮЧЕНИЕ	143
ИСПОЛЬЗОВАННАЯ И РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	146

ПРИЛОЖЕНИЯ

<i>Приложение 1. Должностные обязанности специалистов, работающих с депривированными детьми</i>	156
<i>Приложение 2. Психосоматическая карта развития депривированного ребенка</i>	166
<i>Приложение 3. Валеологическое образование</i>	173
<i>Приложение 4. Положение о психолого-медико-педагогическом консилиуме детского дома</i>	176
<i>Приложение 5. Виды готовности выпускников к самостоятельной жизни</i>	180
<i>Приложение 6. Анализ состояния здоровья, уровней сформированности знаний о здоровье и культурно-гигиенических навыков дошкольника</i>	181
<i>Приложение 7. Анализ уровней сформированности знаний о здоровье и отношения к здоровью школьника</i>	183
<i>Приложение 8. Словарь терминов</i>	186

Предисловие

Какое чудо природы человек!

Как благороден разумом!

Шекспир

В современном обществе, характеризующемся радикальными преобразованиями, наряду с позитивными изменениями отмечаются негативные тенденции, затрагивающие прежде всего детскую и молодежную популяции населения. Так, сегодня в молодежной среде наблюдается увеличение пограничных состояний и сочетанных нарушений в развитии с проявлениями бродяжничества, асоциальности и делинквентности. Особая проблема – «психическая депривация», формирующаяся в детском возрасте.

Состояние психической депривации возникает в результате неудовлетворения жизненно важных потребностей ребенка. Это становится возможным в условиях воспитания в ситуациях семейного неблагополучия или сиротства. Наблюдения показывают, что в детском возрасте ограничение возможностей, удовлетворения (депривация) основных (значимых) для психического развития и личностного становления потребностей, например, потребностей в принадлежности и любви, безопасности, а также сужение на ранних этапах онтогенеза социального поля активности, влекут формирование у ребенка специфического отношения к миру, деятельности, окружающим, себе. В условиях депривации повышается риск нарушений в развитии, возникновения психических расстройств и соматических заболеваний. Соматические и нервно-психические болезни сопровождаются астеническими и церебраленическими состояниями; искажение или задержка развития затрудняют процессы усвоения знаний, формирования школьных и трудовых умений и навыков у ребенка.

Большое число депривированных детей и подростков попадают в группу «трудных» и оказываются «социально дезадаптированными» в современном обществе. Дезадаптированность проявляется в неопределенности жизненных позиций, восприимчивости к негативным влияниям среды и неадекватности поведения, трудностях в семейно-бытовой, а в будущем и в профессиональной сферах и др.

Сегодня проблема депривации катастрофически разрастается, и обнаруживаются ранее невидимые ее другие стороны. Так, вследствие духовно-нравственного кризиса в стране выделилась большая группа «социальных» сирот – сирот при живых родителях (95 % воспитанников интернатных учреждений – «социальные сироты»), а также «скрытых» сирот в семьях с недостаточными или нарушенными эмоциональными связями между родственниками. Настороженность вызывает наметившаяся тенденция к подмене детско-родительских ценностей. Так, сдержанное и холодное взаимодействие с ребенком в семье сегодня все чаще рассматривается адекватным современной общественной ситуации, характеризующейся высокой конкурентностью, нежели теплые, открытые и глубокие эмоционально насыщенные отношения.

Вероятность роста в ближайшем будущем в детской популяции явлений психической депривации и ее субклинической разновидности, состоящей в стертых проявлениях болезней и неприспособленности, их сложность, патогенность и стойкость, определяют актуальность и злободневность исследований проблем этиопатогенеза и феноменологии психической депривации, а также поиска путей сопровождения развития депривированной части населения.

В деле сопровождения развития депривированных детей и подростков очень значима роль психолога и педагога, поскольку именно они посредством воспитательного воздействия на личность, пропаганды психолого-педагогического знания, психокоррекционной работы с несовершеннолетними и молодежью, консультирования и превентивного образования родителей формируют систему ценностей и отношений к подрастающему поколению, организуют воспитательный, образовательный и коррекционный процессы.

Для повышения результативности работы с детьми специалисты должны владеть современным психолого-педагогическим знанием и эффективными технологиями воздействия. В связи с этим возникла необходимость разработки учебного пособия «Психическая депривация в детском и подростковом возрасте», являющегося методическим руководством к курсам «Психология развития», «Психология депривированной личности», «Клиническая и судебная подростковая психиатрия», «Психологическая экспертиза», «Клинические основы психологического консульти-

рования», «Психологическое консультирование семьи», «Психологическое консультирование в образовании», «Диагностика и коррекция нарушенного развития», «Практикум по психокоррекции» и др. Основная цель пособия – расширить знания одной из областей психологии – психологии депривированной личности.

В пособии представлены основные знания о причинах, механизмах и проявлениях психической депривации, а также раскрыты особенности сопровождения развития детской категории депривированного населения.

Материал пособия подобран с учетом принципов научности, системности, последовательности изложения и доступности предлагаемого знания. Это способствует глубокому пониманию сути рассматриваемых вопросов в контексте проблематики психологии развития личности и клинической психологии.

В первой главе пособия рассмотрены теоретические подходы к процессу развития, его биологические и социальные предпосылки, представлена авторская концепция психической депривации, проанализированы причины, механизм развития, течение и проявления психической депривации.

Во второй главе предложен ретроспективный анализ путей становления научного знания о психической депривации, раскрыты основные теоретические основания проблемы.

В третьей главе рассмотрены этиопатогенез и симптомокомплекс основных видов психической депривации – материнской, эмоциональной, сенсорной, социальной, соматической.

В четвертой главе проанализированы трудности адаптации депривированных детей и подростков в социуме.

В пятой главе представлены пути оптимизации потенциала развития депривированных детей и подростков, рассмотрено содержание комплексного сопровождения их развития, подняты вопросы организации деятельности специалистов, участников процесса психолого-педагогического сопровождения.

В приложении пособия содержатся словарь научных терминов и методические материалы.

Пособие предназначено для студентов-психологов, обучающихся по основным образовательным программам бакалавриата и магистратуры, будет полезно психологам и педагогам, осуществляющим превентивную, коррекционную и воспитательную деятельность с детьми.

ГЛАВА 1

ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕПРИВАЦИЯ КАК СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ТИП РАЗВИТИЯ

В мире много сил великих,
но сильнее человека нет в природе ничего.

Софокл

1.1. Развитие. Биологические и социальные предпосылки

Развитие – это сложные и разносторонние изменения, происходящие в строении и функционировании тела, психике и поведении человека. В толковом словаре современного русского литературного языка С. И. Ожегова развитие определяется как «процесс перехода из одного состояния в другое, более совершенное, переход от старого качественного состояния к новому качественному состоянию, от простого к сложному, от низшего к высшему» [77, с. 592]. Качественные изменения, характеризующие развитие, состоят в морфологических и функциональных перестройках, количественные – в изменении массы, размеров организма.

Возрастная периодизация развития впервые была предложена Пифагором, Гиппократом и Аристотелем. В последующем представление о развитии расширялось и углублялось. Так, знания о природе организма человека и его поведения сформировывались в арабо-язычной философии исламского Востока в VIII–XII вв. н. э., где под воздействием аристотелевских идей сложились воззрения Ибн-Сины (Авиценна). Считается, что Ибн-Сина заложил основы экспериментальной психологии и психофизиологии. Он исследовал аффективную сторону жизни животного и связывал изменения в психике с изменениями, происходящими в мозге. Имя Ибн-Сины называется среди основоположников возрастной психофизиологии. Изучая физическое

развитие организма человека, он акцентировал внимание на изменениях в его психической сфере, при этом Ибн-Сина решающее значение в развитии придавал воспитанию.

Знание о человеке, полученное в разные века, получило развитие в теории происхождения видов Ч. Дарвина. Выделенные им движущие факторы и причины развития живых организмов положили начало исследований хода психического развития детей. Первыми исследованиями психического развития детей были результаты наблюдений Чарльза Дарвина за развитием своего старшего сына. Позже В. Прейер (1888) наблюдал за развитием дочери от рождения до трех лет. Полученные результаты легли в основу анализа наследуемых ребенком задатков и были опубликованы в Германии в книге «Душа ребенка».

Идеи о соотношении между онтогенезом и филогенезом, высказанные Ч. Дарвином, получили развитие в биогенетическом законе Э. Геккеля [24]. Согласно закону – онтогенеза это краткий и быстрый повтор филогении и каждый организм в своем развитии повторяет ход развития предков. Повторение филогении (рекапитуляция) обусловлено физиологическими процессами наследственности и приспособляемости. Ч. Дарвин в своих трудах в качестве закономерности развития обозначил и гетерохронность, понимая ее как несовпадение во времени некоторых признаков в онтогенезе потомков и предков (у потомков они могут возникать раньше) [26, с. 215].

Различные аспекты развития человека нашли свое отражение в работах крупных зарубежных и отечественных исследователей. А. Адлер, А. Бандура, А. Бине, Дж. Боулби, У. Бронфенбреннер, К. Бюллер, Ш. Бюллер, А. Валлон, Х. Вернер, А. Гезелл, Э. Клапаред, Э. Кольберг, Г. Крайг, Ж. Пиаже, Б. Скиннер, З. Фрейд, С. Холл, Р. Шпиц, В. Штерн, Э. Эриксон, Б. Г. Ананьев, М. Я. Басов, П. П. Блонский, Л. И. Божович, Л. С. Выготский, П. Я. Гальперин, В. В. Давыдов, А. Б. Залкинд, А. Н. Леонтьев, М. И. Лисина, А. Р. Лурия, В. С. Мухина, А. П. Нечаев, А. В. Петровский, С. Л. Рубинштейн, Д. Б. Эльконин и другие представители науки исследовали предпосылки, механизмы, факторы, закономерности, принципы и свойства развития.

В настоящее время показано, что основные свойства развития – способности к накапливанию изменений и надстраиванию новых изменений над предшествующими, проведению единой, внутренне взаимосвязанной линии развития, воспроизведению

однотипных изменений у разных людей, определяемые как необратимость, направленность и закономерность [88, с. 21], – отличают процесс развития от таких изменений живого организма как созревание и рост. Грэйс Крайг пишет, что «процесс созревания состоит из последовательности предварительно запрограммированных изменений не только внешнего вида человека, но и его сложности, интеграции, организации и функции», рост – это «увеличение размеров, функциональных возможностей и сложности органа или организма в целом до точки оптимальной зрелости [52, с. 18].

Согласно современным представлениям развитие охватывает три области: физическую, когнитивную и психосоциальную. Г. Крайг [52] к физической области развития относит изменения размеров и формы тела и органов, сенсорных и моторных свойств организма, к когнитивной – умственных способностей и психических процессов, к психосоциальной – свойств личности и социальных навыков. В книге «Психология человека – от рождения до смерти» В. А. Аверин выделяет психофизическую область развития – «внешние (рост и вес) и внутренние (кости, мышцы, мозг, железы, органы чувств, конституция, нейро- и психодинамика, психомоторика) изменения тела человека» [88, с. 24].

Психическое развитие представляет собой многосторонний процесс, охватывающий потенциальные возможности и реальные психические проявления человека: темперамент, способности, мотивационно-потребностную, эмоционально-волевую и познавательную сферы.

С. Л. Рубинштейн (именно ему принадлежит первостепенная роль в создании концепции психического развития), рассматривая тенденции психического развития, писал, что сущность психического развития заключается в развитии все новых форм действенного и познавательного отражения действительности; переход к высшей ступени всегда выражается в расширяющейся возможности познавательного и действенного проникновения в действительность. Это проникновение во внешнее объективное бытие неразрывно связано как с оборотной своей стороной с развитием внутреннего психического плана деятельности [96, с. 98]. В трудах Б. Г. Ананьева и соратников нашел отражение интегральный подход к проблеме развития, позволивший дифференцированно подойти к феномену индивидуального развития.

В двадцатом веке вышло двухтомное издание В. С. Мухиной «Таинство детства» [74] – дневниковые записи матери о развитии двух братьев-близнецов, ведущиеся с позиции опытного исследователя-натуралиста. Книга «Таинство детства» представляет собой ценный материал для анализа сложных процессов личностного становления, закладывающихся на первых этапах жизненного пути, который позволяет постичь основные закономерности развития личности, их социально-нормативную и уникальную природу. Книга позволяет не только приблизиться к детскому мироощущению и миропониманию, но и лучше понять первопричины взрослых эмоций, страстей, побуждений, мотивов и поступков.

Уникальный труд В. С. Мухиной «Таинство детства» во многом заложил новые научные направления в области психологии развития и психологии личности, определяющие практику психологического сопровождения развития личности на ранних этапах онтогенеза.

Современной психологией признано, что полноценное развитие человека детерминировано непрерывными отношениями со средой и неременным условием таких отношений является взаимодействие трех ведущих факторов – наследственность, среда и активность. Если наследственность играет основную роль в обеспечении реализации видовой программы развития, среда индивидуализирует и социализирует человека, то активность, деятельное состояние организма, рассматривается как «системообразующий фактор взаимодействия наследственности и среды» [88, с. 36]. Конвергенция этих детерминант развития обеспечивает адаптацию, индивидуализацию и социализацию человека.

В настоящее время нет единого, глубоко отражающего сущность психологического явления, определения понятия «развитие». Однако более полным современным определением феномена развития, может выступать определение В. А. Аверина, в котором развитие рассматривается как «...процесс необратимых, направленных и закономерных изменений, приводящий к возникновению количественных, качественных и структурных преобразований психики и поведения человека» [88, с. 21].

Теоретическая разработка проблемы развития восходит к идеям естественного развития Ж. Руссо, А. Гезелла. Центральной идеей Руссо является идея о роли природного, биологиче-

ского графика в развитии. Руссо представлял развитие как последовательность возрастных стадий, отличающихся особенностями развития мышления и поведения, и воспитывать и обучать ребенка Руссо, а затем Гезелл предлагали с учетом его возрастных особенностей. Этим подход Руссо отличается от взглядов его предшественника философа Дж. Локка, который признавал существование некоторых врожденных эмоций и различий между людьми, однако сравнивал детское сознание с чистой доской и считал, что среда формирует разум посредством ассоциаций, повторений, подражания, наград и наказания. Отсюда пошло название направления – энвайронментализм – направление в гносеологии, которое рассматривает среду как источник чувственного опыта и как главную силу формирования и контроля поведения.

А. Г. Асмолов выделил три основных подхода к объяснению развития человека – биогенетический, социогенетический, персоногенетический [6, с. 12].

Во главе угла **биогенетического подхода** находятся свойства человека как индивида: задатки, нейродинамические свойства мозга, темперамент, биологический возраст, пол, телосложение и др. Этот подход составляют теории рекапитуляции Э. Геккеля и С. Холла, теория психосексуального развития З. Фрейда.

Согласно теориям рекапитуляции Э. Геккеля, человек, начиная с периода внутриутробного развития, проходит стадии созревания от одноклеточного организма до современного человека. С. Холл применил биогенетический закон к периоду детства и считал, что ребенок проходит весь путь развития человечества от первобытной дикости до современного состояния. Развивая эту идею, Гетчинсон выделил пять периодов культурного развития человечества – дикость, охота и захват добычи, пастушество, земледельчество, промышленно-торговое развитие, в соответствии с которыми идет развитие ребенка.

Основоположник психоаналитического подхода З. Фрейд, рассматривая врожденный запас энергии (либидо) в качестве основы сексуальной активности (под сексуальной активностью Фрейд понимал все источники телесного удовольствия), выделил эрогенные зоны тела – зоны концентрации сексуальной энергии. Согласно Фрейду эти зоны последовательно становятся центрами сексуальных интересов в четырехстадийном про-

цессе развития ребенка (оральная, анальная, фаллическая, генитальная стадии и латентный период между последними стадиями). На каждой стадии развития либидо концентрируется в разных участках тела. Раздражение участков тела в месте концентрации либидо ведет к удовлетворению значимых потребностей. А удовлетворение значимых для ребенка потребностей определяет его психическое развитие и здоровье.

С позиций **социогенетического подхода** развитие анализируется в контексте социализации человека (психосоциальная концепция Э. Эриксона, теории Ж. Пиаже, Дж. Брунера, Л. Колберга).

В психосоциальной концепции развития Э. Эриксона этот подход нашел яркое выражение. Рассматривая потребности в социальном функционировании в качестве значимых для личностного становления, Эриксон отводил важную роль результатам разрешения кризисных ситуаций в процессе реализации потребностей в основных точках процесса развития. Адекватное разрешение кризиса *«доверие – недоверие»* (выработка чувства базового доверия) первой ступени развития (от рождения до одного года) выступает основой позитивного самоощущения и доверительного отношения к миру как надежному и предсказуемому для ребенка. Энергия и жизненная сила этой стадии переносится на следующие стадии развития. Кризис второй стадии *«автономия-стыд и сомнение»* приходится на возраст от одного года до трех лет и обуславливает формирование чувства уверенности, таких личностных качеств, как самостоятельность, независимость. На стадии развития от трех до шести лет развивается конфликт между *инициативой и чувством вины*. Как автономия укрепляет в ребенке доверие к миру, так и инициатива упрочивает обязательность и самостоятельность в личности. Кризис *«трудолюбие – неполноценность»*, приходящийся на возраст от шести до двенадцати лет, способствует формированию чувства компетентности, являющегося основой успешности учебной и социально-трудовой деятельности человека. На возраст от двенадцати-тринадцати до девятнадцати-двадцати лет приходится кризис *«эго-идентичность – смешение ролей»*. От результатов его разрешения зависит идеология и жизненное самоопределение человека. Недостижение личной идентичности приводит к возникновению кризиса идентичности (ролево-му смешению) с трудностями последующей социализации. На шестую психосоциальную стадию развития (двадцать–двадцать

пять лет) приходится кризис «*интимность – изоляция*», седьмую (двадцать шесть–шестьдесят четыре года) – кризис «*продуктивность – инертность*». Прохождение этих кризисных ситуаций развития определяет нравственность, целеустремленность человека, продуктивность его жизни и деятельности. На восьмой стадии (шестьдесят пять лет и до смерти) развивается кризис «*эго-интеграция – отчаяние*», характеризующийся либо ощущением удовлетворенности и цельности жизни, либо отчаянием в результате отсутствия чувства удовлетворенности прожитой жизнью.

Основным положением концепции Эриксона выступает утверждение, что каждая психосоциальная стадия развития личности сопровождается достижением определенного уровня психологической зрелости в соответствии с социальными требованиями к личности – психосоциальным кризисом. Психосоциальный кризис характеризуется как с позитивной, так и с негативной стороны. Так, если конфликт разрешен в своей стадии в виде приобретения личностью новых положительных качеств, то в следующей стадии развития личность вбирает в себя позитивное новое. При неудовлетворительном разрешении конфликта личность приобретает негативные психологические особенности. Например, неразрешенный конфликт орально-сенсорной стадии «*базальное доверие – базальное недоверие*» сопровождается возникновением базального недоверия, стыда и сомнений и будет разрушительно проявляться снова в каждой последующей стадии. С позиции данного подхода генеральной задачей развития и становления зрелой и здоровой личности является адекватное разрешение психосоциальных кризисов [114].

Э. Эриксон придал стадиям психосексуального развития З. Фрейда большую обобщенность и увеличил их число, охватив весь жизненный цикл человека. Он шире, чем Фрейд рассматривал процесс созревания и считал, что биологическое созревание человека, взаимодействуя со сферой его социальных отношений, обуславливает развитие личности и поведения.

Согласно когнитивным теориям развития (теории Ж. Пиаже, Дж. Брунера, Л. Колберга) «оно состоит из эволюционирования ментальных (психических) структур или способов обработки информации, частью генетически запрограммированных и зависящих от степени зрелости индивидуума» [52, с. 74].

Если Э. Эриксон анализирует важность широкого спектра чувств для развития, то Ж. Пиаже придает значение интеллекту. В генетической эпистемологии Ж. Пиаже центральным выступает положение о процессе уравнивания, в результате которого достигается равновесие между влияниями внешней среды и организмом, как основном процессе человеческой адаптации. Установление равновесия идет путем совершения действий, производя которые, субъект находит схемы этих действий. По Пиаже, «схема» – это ментальная структура, обрабатывающая знания, перцептивные образы и субъективный опыт, изменяющаяся по мере взросления индивида. Субъект перестраивает схемы для приспособления с помощью механизма аккомодации (изменения) и одновременно ассимилирует (включает) новые знания в старые схемы. Пиаже полагал, что ассимиляция и аккомодация определяют качественное содержание интеллектуальной деятельности человека. Пиаже выделил три периода в развитии интеллекта – период сенсомоторного интеллекта, период конкретных операций, период формальных операций. *Сенсомоторный период* (до двух лет) характеризуется становлением чувствительных и двигательных структур и развитием сенсорных и моторных способностей. В *период конкретных операций* (от 2 до 11–12 лет) ребенок познает мир через свои впечатления и действия, что создает основу для формирования образно-символических схем обработки знаний. В этот период ребенок мыслит логически. Период *формальных операций* (11/12–14/15 лет) характеризуется способностями к оперированию абстрактными понятиями и развитием навыков научного мышления. Развитие традиций Ж. Пиаже нашло продолжение в теории стадий морального мышления Л. Колберга.

В центре внимания представителей **персоногенетического** подхода находится личность в таких проявлениях, как активность, самосознание, творчество, мотивация, смысл жизни и др. А. Маслоу и К. Роджерс, яркие представители подхода, рассматривали психическое развитие как результат выбора, сделанного самим человеком. А. Маслоу предполагал, что в основе развития лежит стремление к самоактуализации, по мнению К. Роджерса – стремление к актуализации. Эти врожденные стремления развития потенциала способствуют полноценному функционированию человека в обществе.

Дж. Боулби [16] видел в основе понимания сущности развития феномен связи «мать – ребенок», который исследователь назвал «привязанность». Он считал, что привязанность выполняет биологическую защитную функцию в процессе развития ребенка.

Одной из теорий, сыскавшей поддержку научной общест-венности, является модель экологических систем (Экологиче-ская модель социальных влияний) американского психолога У. Бронфенбреннера. В модели развитие рассматривается как ди-намический процесс, имеющий две составляющие. Первая со-ставляющая процесса – сам человек, реконструирующий свою жизненную среду, вторая составляющая представлена средовы-ми воздействиями на человека [88, с. 59]. Экологическая среда развития включает микросистему в виде субъекта и его бли-жайшего окружения – семьи и социальных институтов разви-тия, влияющих на его психическое развитие. Взаимоотношения между компонентами микросистемы представляют мезосисте-му. Экосистема охватывает опосредованные влияния микро-системы на человека, например через родителей или других близких людей. Наконец, макросистема в экологической модели представлена идеологией, установками, традициями, ценностями той системы отношений, в которую человек включается.

Беспорна роль отечественных исследователей в решении проблем развития. Л. С. Выготский, оценивая важность природ-ных факторов развития, придавал значение средовым влияни-ям. В культурно-исторической теории развития он синтегирова-вал две линии (два плана) развития – натуральную (природную) и культурную (социальную) – интеллектуальные орудия, кото-рые Л. С. Выготским представлялись собственно культурой (язык, мнемотехнические средства, системы счета и письма). Заслугой Л. С. Выготского (и последователей его теории А. Н. Леонтьев и А. Р. Лурия) является объяснение процесса ов-ладения интеллектуальными орудиями, на первом этапе кото-рого в ходе социального взаимодействия с другими людьми происходит усвоение этих орудий, на втором – их интериориза-ция. Выделение зоны ближайшего развития является ключом к механизму выявления возможностей и способностей, а также истинного потенциала обучаемости ребенка [21].

Достижением отечественных психологов Л. С. Выготского, С. Л. Рубинштейна, А. Н. Леонтьева, Д. Б. Эльконина, М. И. Лиси-ной и др. является разработка проблемы ведущей деятельности,

одной из сторон психического развития, которая определяет возникновение и формирование у ребенка психологических новообразований на определенной ступени развития. Важным для понимания механизма развития выступает выделение и исследование таких его составляющих, как социальная ситуация развития, кризис развития и др.

Осознание детерминированности развития различными факторами пришло в психологию из естественных наук. Что первично – врожденное (генетическое) или воспитанное в человеке? Как зарождается и по каким законам действует социальное? Эта онтологическая проблема имеет разные версии разрешения. В. М. Аллахвердов, размышляя, пишет: «Все объяснения возникновения социального в эволюции живых существ вращаются в замкнутом круге. Очевидно, что живые существа существуют и эволюционируют по биологическим законам. Отсюда следует: социальное неизбежно порождается в результате действия биологических законов. Возникновение социального тогда – врожденная биологическая потребность человека. Но, еще раз спросим мы вместе с Л. И. Божович: как же врожденная биологическая потребность может превращаться в социальную? Социальное – и это, в свою очередь, столь же очевидно – не тождественно биологическому. Но тогда получается, что социальное должно зарождаться и действовать не только по биологическим законам. ...Наверное, все же проще, и правильнее объяснять социальные процессы работой механизмов, порождающих сознание. Только вначале надо понять, что же именно делают эти механизмы. Может быть, тогда станет понятнее, с какой стати они порождают и социальное» [2, с. 55–56].

В свое время Аристотель (IV в. до н. э.) с биологических, генетических и экологических позиций изучал организм человека. Представляя душу как целесообразно работающую органическую систему, он признавал единство души и тела.

На современном этапе развития знания о человеке среди проблем, являющихся неразрешенными, одной из спорных выступает проблема природы развития психики человека. Исследованиями показано, что психика – это не результат или прямое продолжение естественного развития простейших форм психической жизни животных, а прижизненное формирование психических функций, путем усвоения человеком социального опыта, что само по себе уже является специфической формой психиче-

ского развития, свойственной лишь человеку. Биологические (природные) механизмы составляют основу психических новообразований и тем самым, так или иначе, по мнению Л. С. Выготского А. В. Запорожца, Л. И. Божович, Д. И. Фельдштейна, В. С. Мухиной и др., влияют на их структуру [21; 14; 105; 106; 107; 75].

Бесспорна роль наследственности, как свойства живых организмов, состоящего в передаче из поколения в поколение анатомических, физиологических и психологических свойств организма. Однако эта роль велика, но неоднозначна. В свое время Лев Семенович Выготский подчеркивал, что никакая особенность развития не является чисто наследственной. Каждый признак, развиваясь, приобретает что-то новое, чего не было в наследственных задатках, и, благодаря этому, удельный вес наследственных влияний то усиливается, то ослабевает. Причем роль каждого фактора в развитии одного и того же признака оказывается различной на разных возрастных этапах.

По данным А. Р. Лурия, Х. Дельгадо, Л. О. Бадаляна [8; 27; 64] материальный субстрат психики, функциональные системы мозга не организуются в готовом виде к рождению младенца и не созревают самостоятельно, а формируются в процессе общения и предметной деятельности ребенка. Следовательно, наследственность предполагает, каким организм должен стать, но не каким он будет. Последнее детерминировано и влияниями среды.

И здесь нужно обратиться к наследию С. Л. Рубинштейна, который писал: «Принцип психофизического единства – первый основной принцип советской психологии. Внутри этого единства определяющими являются материальные основы психики; но психическое сохраняет свое качественное своеобразие; оно не сводится к физическим свойствам материи и не превращается в бездейственный эпифеномен» [96, с. 25].

И тем не менее десятки лет в науке идет спор: «Что, природа или воспитание, определяет специфику развития человека?». Сегодня вопрос формулируют иначе: «Какова доля генетических и средовых влияний в формировании определенного признака человека?». Но и такой подход не всегда вскрывает механизм явления, поскольку наследственные и средовые факторы постоянно взаимодействуют, и окончательный результат развития часто просто не предсказуем.

Западные исследователи (R. Plomin, A. Matheny, и др.), не принижая определенной роли среды в развитии организма, все

же отдают приоритет генетическим влияниям [68; 80]. Р. Пломин (Колледж здоровья и развития человека Университета штата Пенсильвания, США) в исследованиях в области генетики поведения показал, что различия между взрослыми людьми в умственных способностях определены наследственностью, и никакие влияния из социума эти различия не преодолеют [80, с. 73–75]. При этом в раннем онтогенезе наследственные влияния слабее воспитательных, с взрослением человека природное проявляется ярче.

После опубликования J. Wilson и R. Herrnstein в 1985 г. книги «Преступление и природа человека» на западе развернулась дискуссия о влиянии наследственности на противоправное поведение. Р. Бэрн и Д. Ричардсон, ссылаясь на исследования современников, среди биологических детерминант (гормональные влияния, мозговая дисфункция) агрессивного и других проявлений девиантного поведения выделяют и генетические факторы (гипотеза лишней У-хромосомы), рассматривая их влияние в социальном контексте [17, с. 230–232]. Сегодня с помощью генеалогического и близнецового методов исследования описана наследственная обусловленность некоторых личностных черт (эмоциональность, активность, общительность и др.) и психических отклонений у людей.

Наряду с наследственными, микро-, макро- и мезофакторы, воздействующие через лиц из ближайшего окружения, идеологию, общественные установки, традиции и ценности, детерминируют поведение человека.

С момента рождения ребенок входит в очеловеченную среду, в мир отношений между людьми, людьми и окружающим пространством, где каждый имеет множество ролей, главные из которых – роли членов общества, семьи и производственного коллектива. Осваивая эти роли, ребенок овладевает языком как инструментом мышления, с помощью которого он усваивает человеческий опыт, а также в процессе преобразовательной деятельности познает предметы и явления, вступает в коммуникативные отношения с другими людьми. Значит, одним из критериев нормального развития ребенка выступает становление глубоких и разнообразных связей с окружающим его миром.

М. И. Лисина, В. С. Мухина, И. В. Дубровина основным условием развития личности рассматривают «включенность» ребенка в отношения и общение с окружающими. Сегодня принято

рассматривать началом развития таких отношений младенческий период раннего онтогенеза – период всесторонней и полной зависимости ребенка от взрослых, установления с ними взаимодействия, затем и общения как ведущей деятельности первого полугодия жизни ребенка и базиса предметно-практической деятельности, познания мира и речи.

Однако нельзя отрицать важной роли пренатального этапа в развитии ребенка. Экспериментальными исследованиями американских психологов, не просто наблюдавших за ходом развития детей в плодовой период у супружеских пар, но и моделировавших этот процесс, показано раннее формирование связей между родителями и детьми и их позитивное влияние на онтогенез последних. В эксперименте пятимесячный плод включали в регулярно организованное общение с отцом посредством рупора, приставленного к животу ниже пупка будущей матери, через который отец имел возможность в нежных тонах разговаривать с будущим сыном или дочерью. Проведя мониторинговое исследование, ученые отметили более раннее и интенсивное (в сравнении с контрольной группой) психофизическое развитие и формирование стабильной эмоциональной привязанности у детей, прошедших через «пренатальное обучение».

Семья является наиболее естественной основой становления психического и нравственного потенциала личности, развития ее творческих способностей. В первые годы жизни родители являются источником познания мира, усвоения ребенком нравственных ценностей. В раннем детстве семья, выступая основным институтом социализации, формирует либо исходное доверчивое отношение к людям, либо недоверие к ним.

В течение веков шло становление семейных традиций и традиций воспитания детей. Зарождались они стихийно и, как правило, отражали культурно-исторические и бытовые взгляды народа. Первоначально семья была патриархальной, состоящей из представителей нескольких поколений. Порядок и правила поведения членов семьи определялись домостроем, были незыблемыми и передавались от одного поколения другому.

Общественные преобразования прошлого столетия не обошли и семью. Нуклеарные семьи, включающие родителей и детей, сменили большие патриархальные семьи. Казалось, ранее нерушимые традиции постепенно утратили свою силу, их сменили другие, менее жесткие и глубокие. Теперь в семье отсутст-

вуют прочные и крепкие связи между родственниками, число детей сократилось до одного-двух, она не выступает единоличным институтом воспитания ребенка. Последнее является позитивным моментом, поскольку вне всяких сомнений то, что для гармоничного развития личности недостаточно воспитания в узком кругу семьи, важны глубокие и разносторонние связи с широким социумом.

Однако при этом бесспорно заключение Дж. Боулби о чрезвычайной важности для нормального развития ребенка ранних и полных эмоциональных связей с близкими прежде всего, связей с биологической матерью. Дж. Боулби рассматривал эмоциональные связи с близкими – *привязанность*, как разновидность социального поведения, выполняющего биологическую защитную функцию и считал, что поведение привязанности имеет у ребенка врожденную природу и разворачивается от недифференцированной ориентировки и адресации сигналов любому лицу к формированию целекорректируемого партнерства, складывающемуся к трехлетнему возрасту [16, с. 200, 296–298].

Где истоки привязанности? Какова ее природа? Как привязанность формируется? Почему расстройства привязанности приводят к серьезным тяжелым последствиям в развитии ребенка? Поиск ответов на эти и другие вопросы стал узловым в исследованиях Дж. Боулби – классика психологии развития, а тема привязанности – центральной в научном наследии ученого.

В развитии поведения привязанности Дж. Боулби выделяет четыре стадии (табл. 1).

Таблица 1

Стадии развития поведения привязанности

№ п/п	Стадия	Возраст формирования
1	Стадия недифференцированной ориентировки и адресации сигналов любому лицу	Рождение – 3 месяца
2	Стадия ориентации на определенное лицо и адресация ему сигналов	3–6 месяцев
3	Стадия сохранения близкого положения к определенному лицу с помощью локомоций и сигналов	6 месяцев – 3 года
4	Стадия формирования целекорректируемого партнерства	3 года – окончание детства

Типология привязанности предложена сподвижницей Дж. Боулби – М. Эйнсворт. Ею выделены три поведенческих паттерна у младенцев: надежная привязанность, избегание, амбивалентность [53, с. 79–81]. Эти паттерны закрепляются и во взрослости определяют характер взаимоотношений личности с социумом. Согласно взглядам Дж. Боулби и М. Эйнсворт качество привязанности отражает характер взаимоотношений родителя и ребенка и является параметром поведения человека на всех ступенях онтогенеза. Значение работ Дж. Боулби и М. Эйнсворт состоит в том, что в них раскрыто значение привязанности и последствий ее нарушений в развитии ребенка.

Современные научные данные также подводят к утверждению, что система эмоционального взаимодействия (привязанность) между матерью и ребенком зарождается еще во внутриутробном периоде, когда, как указывает М. К. Бардышевская, плод запечатлевает эмоциональную окраску материнского поведения через запах и вкус амниотической жидкости, сердечный ритм, голосовые воздействия [28, с. 20–62].

Подтверждением отмеченного выше выступает зарегистрированная в шестидесятых годах двадцатого века А. Пейпер двигательная активность плода на звуковые, вибрационные, температурные и другие раздражители [78]. Позже В. Dwornicka предположил, что плод слышит речевые звуки, преимущественно материнские, через околоплодные воды и, обладая способностью определять интенсивность и характер этой речи, специфически реагирует на воздействия изменениями метаболизма и двигательной активности. Материнский организм воспринимает двигательные реакции вынашиваемого ребенка и все обменные изменения своего организма, и осознанно или бессознательно выстраивает линию своего ответного поведения, симбиотичного реакциям плода.

Научные данные подтверждают постулат о влиянии на развитие психоэмоциональной сферы ребенка, находящегося еще на ступени внутриутробного развития, взаимоотношений матери с окружающим миром. И если последние гармоничные – условия развития благоприятны для нормального психофизического созревания организма плода, если же мать испытывает постоянную тревогу и беспокойство, ребенок чувствует дискомфорт. Так, по данным современных исследований, дистресс беременной женщины ведет к выбрасыванию в кровь большого

количества адреналина – гормона страха и беспокойства, который, поступая в развивающийся мозг плода, проникает в его нервные вегетативные центры (диэнцефальные области), управляющие работой внутренних органов, и вызывает беспокойство плода. В дальнейшем у ребенка могут проявиться разнообразные эмоциональные расстройства, что может обусловить неадекватный характер его реагирования на внешние воздействия, а в связи с этим и соответствующее поведение в социуме.

В. А. Пермякова внутриутробное развитие рассматривает предпосылкой возрастного развития человека и считает, что от характера его течения зависит уровень развития человека, его особенности приспособления к окружающей среде [79].

Ко времени рождения между матерью и ребенком устанавливается сложное взаимодействие, укрепляющееся посредством каналов эмоционального обмена, которыми выступают сенсорные системы – тактильная, обонятельная, вкусовая, слуховая, зрительная. В данном взаимодействии в первые месяцы жизни природа отдала приоритет тактильному (физическому) контакту, который ученые рассматривают уникальным механизмом регуляции уровня возбуждения ребенка. А. М. Прихожан и Н. Н. Толстых полагают, что этот механизм, благодаря прикосновениям, а по мере развития ребенка дотрагиваниям, поглаживаниям, щипкам, укусам, обниманию, целованию, посредством которых ребенок воспринимает тепло материнского тела, снимает беспокойство, снижает дискомфорт и способствует формированию базового доверия к миру, ощущения надежности и опоры [86].

Научными исследованиями показано значение тактильного взаимодействия в стимуляции процесса созревания мозга, его сенсорных систем. И сегодня тактильное взаимодействие находит применение в практике медицины недоношенных детей. Велика роль тактильного опыта в процессе формирования образа тела и развития пространственной ориентировки, так как именно он информирует ребенка о форме, размерах и границах собственного тела. Регуляторная и облегчающая функции тактильного опыта послужили основанием для рассмотрения его М. К. Бардышевской в качестве организатора развития и научения детей в раннем детстве [28].

Дети, лишенные возможности тактильного взаимодействия с матерью, отличаются повышенной возбудимостью, склон-

ностью к аффектам и даже гормональными расстройствами. По-видимому, феномен тактильного контакта, состоящий в нейтрализации тревоги и чувства страха, и послужил основанием для использования его как терапевтического средства в практике психологической коррекции эмоционального неблагополучия детей. Примером тому может служить холдинг-терапия в работе с аутичными детьми [60; 76; 125].

С шестимесячного возраста у ребенка активно развиваются зрительная и слуховая системы, которые наряду с физическим контактом представляют собой основные каналы взаимодействия с миром, познания его предметов и явлений.

Зрительная функция новорожденного имеет характер ориентировочных действий и оформлена постуральными реакциями (поворот глаз, заменяющий наклон головы и туловища) с ориентировочно-установочной поведенческой ролью (устанавливает рецептивное поле на восприятие какого-либо сигнала). В России изучение у детей ориентировочно-двигательных реакций («реакций сосредоточения») было начато В. М. Бехтеревым и Н. М. Щеловановым и продолжено А. М. Фонаревым [107]. Л. А. Венгер, Н. Берляйн, Р. Спирс, Р. Фанц, В. F. Mckenzie, R. H. Day считают, что с помощью ориентировочно-установочных реакций уже в первые месяцы жизни достигается довольно хорошее различение старых и новых объектов (неодинаковых по форме, величине, цвету и т. д.) [11].

Р. Фанц своими исследованиями показал, что новорожденный с четвертого дня жизни отдает предпочтение человеческому лицу [11]. Это послужило основанием для определения выделенного свойства «врожденным предпочтением». В исследованиях Haunes et al. установлено, что новорожденный лучше воспринимает предметы, находящиеся на расстоянии 19 см (20–25 см) от его лица, что, вероятно, и объясняет факт узнавания матери во время кормления, специфические реакции младенца на мимические и жестовые проявления в ее поведении при недостаточной остроте зрения в этом возрасте [24].

С трех-четырёх месяцев у ребенка формируются практические действия, связанные с захватыванием предметов и манипулированием ими, с передвижением их в пространстве. На основе этих действий перестраивается зрительная функция, которая начинает играть перцептивную ориентировочно-исследовательскую роль.

Не менее интенсивно развивается слуховая функция. Новорожденный уже в первые часы жизни распознает звуки разной силы. Основы же такой активности, как мы отмечали выше, закладываются очень рано – во внутриутробной жизни, а слуховая способность проявляется в пяти – семимесячном возрасте плода.

Сурдопедагог Ф. А. Рау описал реакции новорожденных на звуковые раздражители в виде вздрагивания, мигания, изменения дыхания и пульса [94]. На второй неделе жизни звуковые раздражители вызывают задержку общих движений ребенка, прекращение крика – появляется слуховая доминанта. К концу четвертой недели А. Гоер и Г. Гоер зарегистрировали успокаивающее действие колыбельной песни [94]. У трехмесячных младенцев Н. И. Касаткин наблюдал первые натуральные условные рефлексy, такие как поворот головы в направлении источника звука, что может свидетельствовать о проявлении в этом возрасте способности локализовать и дифференцировать звук в пространстве [41; 42].

Все потребности ребенка удовлетворяются взрослым, и вскоре взрослый сам становится объектом внимательного изучения. Как указывает Е. Н. Винарская, новорожденный первой недели жизни уже реагирует на речь человека. На двенадцатый–четырнадцатый день жизни в момент разговора с ним он прекращает крик и внимательно следит за матерью, запечатлевая в памяти характерные проявления ее эмоционального поведения: движения рук, головы, глаз, темп и громкость ее речи [19].

Уже в этом возрасте новорожденный подражает матери, выстраивая по подобию материнского свое поведение: уменьшает в ситуации эмоционально-положительного общения интенсивность двигательных и речевых реакций, затихает и наблюдает за происходящим, либо, наоборот, усиливает активность в случае эмоционально-отрицательного взаимодействия. Таким образом, мать, не осознавая сама, в процессе общения и ухода за младенцем переводит его оборонительное поведение (крик, вздрагивание и т. д.) в коммуникативно-познавательное.

Эмоциональное поведение матери стимулирует развитие мотивационной сферы ребенка. По определению А. Н. Леонтьева, мать, взаимодействуя с ребенком, «метит» окружающие его объекты своей эмоцией. Ребенок усваивает эти «метки» предметов вместе с соответствующими им звуковыми образами. Звуки и слова извне связываются в мозговых системах ребенка с получае-

мыми впечатлениями и собственными действиями, и воспроизводятся им сначала в виде псевдослов, а затем слов родного языка.

Возраст от двух до семи месяцев является критическим в развитии ребенка, поскольку именно на этот период приходится процесс первичной социализации, состоящей в разворачивании активно формирующейся на базе физиологической и психологической связи матери с ребенком, корни которой глубоко уходят в пренатальный онтогенез. Опыт благоприятного эмоционального взаимодействия активизирует и повышает ранее бывший низким порог оборонительного поведения, которое вскоре вытесняется ориентировочно-исследовательскими реакциями. Снижение или отсутствие внимания к ребенку, напротив, усиливает оборонительные установки его поведения, затормаживая процесс становления ориентировочно-исследовательского поведения. Бедность позитивного опыта разностороннего взаимодействия (в большей степени, как указывает М. К. Бардышевская, тактильного) влечет угасание силы ощущения эмоциональной безопасности у ребенка и детерминирует развитие недоверия к миру и трудностей в становлении иных видов контакта с окружающей средой [28].

Рассматривая активность ребенка по отношению к взрослому, Дж. Боулби выделял наличие врожденных компонентов специфической системы регуляции поведением. Эти системы реализуются с опорой на когнитивные карты или «рабочие модели», которые он рассматривал в качестве средств, отображающих как окружающую среду, так и собственные действия индивида [16].

Одним из ключевых этапов в становлении личности, и в то же время критических периодов онтогенеза, выступает подростковый возраст с широким спектром психологических проблем, как внутриличностных, так и межличностных. Его сложность и противоречивость обусловлены выраженными физическими и психическими перестройками. Психический «перелом» затрагивает психосексуальное, интеллектуальное, социальное развитие. Личность подростка становится дисгармоничной, ее отличает возрастающая самостоятельность, протестующий способ поведения, расширение круга общения и сферы деятельности.

Многочисленными исследованиями Л. С. Выготского, Д. Б. Эльконина, А. Н. Леонтьева и др. показано, что появление личностных проблем в подростковом возрасте связано со становлением

качественно нового уровня самосознания в связи с усилением в личностном развитии роли процессов познания и осознания субъектом самого себя, как единого целого, способного и стремящегося к самовыражению. Здесь рождается преувеличенное ощущение своей уникальности и неповторимости, а вместе с этим – стремление к признанию и страх отвержения, застенчивость и робость. Отсюда напряженная потребность в интимности, стремление излить душу и одновременно неудовлетворенность общением. Подростки часто испытывают чувство одиночества и недовольство собой и окружением, даже при внешне благоприятных отношениях со сверстниками и взрослыми.

С развитием самосознания изменяется мотивация учения, общения, труда. М. Ю. Кондратьев отмечает, что в подростковом возрасте основу ведущей многоплановой деятельности, обеспечивающей становление познавательной и мотивационно-потребностной сфер, составляют интимно-личностное общение со значимыми людьми и учебно-профессиональная деятельность [49].

И. С. Кон видит одну из главных тенденций подросткового периода в переориентации общения с родителей и учителей на сверстников [46; 47]. Такая переориентация на более или менее равных себе по положению происходит постепенно или скачкообразно и очень бурно. В общении со сверстниками подросток стремится избежать конфликта. Общение же со взрослыми подросток воспринимает как консервативный тип отношений, не удовлетворяющий его потребности во взаимопонимании и поддержке. При этом, как отмечают Т. П. Гаврилова и Е. В. Фетисова, отношения принимают конфликтную форму, и со временем подросток начинает их избегать.

Становление личности детерминировано бурным развитием психосексуальной сферы, внешне проявляющей себя в половом поведении, которое имеет свои цели, программу, систему обратной связи. Психосексуальное развитие включает формирование полового самосознания, половой роли и половой ориентации. Особенности полового созревания и полового самосознания, составляющих единый процесс психосексуального формирования личности, определены как биологическими, так и социальными факторами и выступают наиболее важными показателями развития подростка.

Становление в онтогенезе полового поведения сопровождается субъективными переживаниями человека, связанными с полом. Для дефиниции последних предложен очень популярный сегодня в психологической науке термин «идентичность». Большинство авторов рассматривают идентичность составляющей самосознания и определяют ее как переживание и осознание человеком своей половой принадлежности, физиологических, психологических и социальных особенностей своего пола [31; 33; 47].

В зарубежной психологической науке проблема идентичности нашла серьезное отражение в трудах З. Фрейда, Ж. Пиаже, К. Роджерса, К. Мишеля, Э. Эриксона. Ф. Райс в монографии «Психология подросткового и юношеского возраста» среди широкого круга проблем подросткового периода как одну из значимых выделил проблему психосексуального развития подростков, рассмотрев ее с психологических, медико-биологических, социокультурных и педагогических позиций [93].

Развитие идентичности идет параллельно с процессом освоения ребенком половой роли, состоящей в устойчивых шаблонах поведения, которые индивид усваивает и соответствует им, чтобы его признали представителем того или иного пола. В понятии «пол» рассматривают комплекс телесных, репродуктивных, поведенческих и социальных признаков, определяющих индивида мужчиной или женщиной.

В. Е. Каган в соответствии с многоаспектностью половой идентичности выделяет следующие ее виды [35]:

1) адаптационная половая идентичность, состоящая в соотношении личностью своего реального поведения с поведением других;

2) персональная половая идентичность – личностное соотношение себя с другими;

3) эго-идентичность, рассматриваемая глубинным психологическим ядром того, что личность человека как представителя пола означает для самой себя.

Формирование пола представляется исследователям многомерным биосоциальным процессом, начинающимся с момента слияния родительских половых клеток – зачатия.

У человека пол определяется наличием в 23-й паре хромосом набора («хромосомного пола»), состоящего из двух «X» хромосом (XX) или из одной «X» и одной «Y» хромосом (XY), и другими сложными и пока не до конца непонятными биохимиче-

скими, физиологическими и, возможно, психологическими механизмами. При наличии XX хромосом развивается женский организм, в случае набора XY – мужской. Именно хромосомы содержат всю информацию, необходимую для построения организма, неповторимого и отличного от других, и представляют собой первую ступень или, другими словами, базис для формирования биологического пола развивающегося организма.

Согласно Д. Д. Исаеву, вторая ступень развития пола организма приходится на шестую неделю эмбриональной жизни и состоит в реализации хромосомной программы – формировании половых желез [31]. В работу включается специальный ген (H-Y-антиген), который программирует превращение до этого недифференцированных половых желез эмбриона с Y-хромосомой в семенники и, тем самым, детерминирует становление мужского организма. При отсутствии специального гена, срабатывает программа развития женского организма.

Второй-третий месяцы внутриутробной жизни – третья ступень становления пола. Половыми железами (семенниками и яичниками) вырабатываются половые гормоны. При этом в мужском и женском организме есть гормоны обоих полов. Однако в женском организме больше женских гормонов, в мужском – мужских. При достаточном количестве тестостерона (мужской половой гормон) развиваются внутренние и наружные мужские половые органы, в случае недостатка тестостерона – женские.

В некоторых редких случаях в организме развивается ситуация, трагично изменяющая, чаще в далеком будущем, судьбу юноши или девушки. При аномалии биохимического процесса может нарушиться чувствительность организма к половому гормону. И тогда на фоне достаточного присутствия тестостерона процесс его усвоения организмом расстраивается и «не включается» программа формирования мужского пола. А так как в организме присутствуют гормоны обоих полов, это незамедлительно скажется на развитии плода и начнет формироваться женская особь. И рождается ребенок с мужским набором хромосом, мужскими половыми железами, но с внешними признаками девочки. Этот страшный природный парадокс проявляется в подростковом возрасте, когда становится заметным отсутствие признаков нормального полового созревания девушки, т. е. выявляется несоответствие фенотипа генотипу ребенка.

Таким образом, второй-третий месяцы внутриутробной жизни – критический период в развитии человека, состоящий в том, что с этого момента развитие пойдет по женскому или мужскому варианту, а в исключительных «кризисных» случаях – по аномальному пути.

Другой критический этап онтогенеза приходится на 4–7-е месяцы жизни плода – четвертую ступень формирования пола. На этой ступени идет процесс половой дифференциации мозга. Под воздействием гормонов начинается процесс «конструирования» мужского или женского гипоталамуса – морфофункциональной структуры промежуточного мозга, которая отвечает за целостные реакции организма. Гормон тестостерон воздействует и на созревание нейронов мозговой коры, влияет на процесс формирования межнейронных связей, выстраивая основы полоспецифического поведения – психологического различия между мальчиками и девочками, мужчинами и женщинами.

Именно в этом периоде организм окончательно закрепляет за собой право развития по мужскому или женскому типу, детерминируются выраженность вторичных половых признаков, особенности телосложения, голоса, пластика движений и характер поведения индивида [31].

То, каким из мальчика или какой из девочки вырастут мужчина или женщина, как сложится их личная и общественная жизнь, определено как биологическими, так и средовыми факторами.

Различия между полами обнаруживаются уже с рождения. Д. Д. Исаев отмечает, что девочки спят дольше мальчиков, у них ниже порог тактильной и болевой чувствительности, они лучше реагируют на сладкое и начинают активнее сосать молоко матери. У мальчиков же быстрее идет моторное развитие [31]. Так, их мышечная масса тела выше, они раньше начинают держать головку в положении лежа на животе, активнее в движениях. Если девочки годовалого возраста стремятся находиться на руках у взрослых или рядом с ними, то мальчики настаивают на самостоятельности, подвижны, активны, даже задиристы.

Формирование у ребенка знаний о своем поле и половой роли происходит в семье и чаще всего идет без затруднений. По предположению некоторых исследователей, и процесс становления половой идентичности, как и процесс формирования биологического пола, корнями уходит во внутриутробный период онтогенеза. Как правило, родители ждут не просто ребенка, а

мальчика или девочку, и с первых дней беременности пытаются угадать пол младенца, который выступает сигналом для типа родительского реагирования в виде убеждения себя и окружающих в том, что обязательно родится мальчик или девочка, названия ожидаемого ребенка именем, соответствующим полу. Этот момент и является отправным в становлении половой идентичности, формирование которой продолжается на протяжении всего онтогенеза.

В два года ребенок уже знает свой пол, но не может объяснить, почему он так считает, поскольку не понимает различий в строении человеческого тела, которые выступают основными признаками половой принадлежности.

Третий и четвертый годы жизни ребенка, на которые приходится кризис трех лет, можно назвать периодом первичной половой идентификации, так как именно в это время ребенок осознает половые различия, выделяя как внешние признаки, так и особенности характера и поведения людей. У него складываются представления о принадлежности к полу, которые закрепляются к пяти-шести годам.

В девять-десять лет (период половой гомогенизации) ребенок активно подражает родителю своего пола и привязывается к нему, в этом возрасте он начинает оценивать себя как представителя определенного пола. Здесь очень важными представляются установки родителей на психосексуальное развитие ребенка, на которые влияют их собственные маскулинность и фемининность, индивидуальные полоролевые представления и предпочтения, их оценка в детстве.

В подростковом возрасте содержание представлений о наиболее значимых личностных качествах мужчин и женщин расширяется, уточняется и углубляется. Существенное влияние на различные аспекты личностного формирования и характер взаимоотношений со взрослыми и сверстниками оказывает соответствие или несоответствие представлений подростка о себе сложившимся в его сознании эталонам маскулинности или фемининности. По убеждению Э. Эриксона, период становления эго-идентичности – самый трудный для подростков [126].

Нарушения процесса становления половой идентичности ведут к перенятию шаблонов поведения лиц противоположного пола, и такие проявления в поведении, как отказ от одежды своего пола, представление именем противоположного пола, нега-

тивное отношение к своим половым органам – яркие свидетельства этого. В связи с этим введено понятие «конфликт половой идентичности», отражающее проявление фемининных черт у мальчиков и маскулинности у девочек. Довольно часто приходится сталкиваться с мальчиками и девочками, которые эпизодически или постоянно демонстрируют поведение, не свойственное их полу. Особую настороженность вызывают фемининные мальчики. Маскулинное поведение девочек менее тревожит общественность, поскольку оно совпадает с ориентацией общества на нормативность эмансипационных установок современных женщин.

Развитие представлений о половой роли, публичном выражении половых переживаний, своем поле как о комплексе телесных, репродуктивных, поведенческих, социальных признаков, определяющих индивида как мужчину или женщину, детерминировано биосоциальными факторами и происходит прежде всего в семье. При этом, пересматривая представления о самих себе, подростки зачастую строят модели собственной идентичности на примере сверстников, а не родителей. На этапе переживаний психофизиологической перестройки организма именно сверстники помогают подростку сохранить уверенность в себе и образование молодежных групп, особые ритуалы, в частности единообразие одежды, отмечает Эриксон, являются защитой против неопределенности и запутанности процесса идентификации.

Современные научные наблюдения свидетельствуют, что различные проявления социально-психологической дезадаптации подростков, в частности девиантное поведение, связаны со сложностями становления полового самосознания. Изменения в сфере самосознания расстраивают не только процесс адаптации молодых людей к меняющимся условиям жизни, но и их способность реализовать себя в профессии и семье, и требуют незамедлительной консультации, а часто помощи специалистов.

На протяжении всей истории развития знания о человеке проблема соотношения биологического и социального в его природе служит ареной дискуссий, обсуждений и споров. С одной стороны, утверждается, что развитие идет по законам врожденных программ, с другой стороны, развитие рассматривается как результат внешних средовых воздействий.

Нужно сказать, что разрешение чрезвычайно сложной и многогранной проблемы онтогенеза невозможно без четкого осознания факта детерминированности развития организма как биологическими, так и социальными влияниями. Понимание человеческой сущности как биосоциальной организации важно для предотвращения и сглаживания негативных проявлений в развитии организма детей, повышения эффективности процесса их адаптации в среде. Здесь первостепенное значение имеет глубокое и дифференцированное изучение детей, выявление их личностного потенциала, резервных психофизиологических возможностей организма, с позиций донозологического подхода выделение симптомов «риска» и определение в связи с этим индивидуальной стратегии сопровождения каждого ребенка.

Резюмируя сказанное, подчеркнем, что существуют различные теории, объясняющие процесс развития человека. Знание и понимание содержания различных теоретических концепций позволяет анализировать и оценивать развитие и поведение человека с разных точек зрения. И что не может объяснить одна теория, успешно возмещается другими научными подходами. В результате формируется знание, интегрирующее различные изыскания о человеке.

1.2. Психическая депривация: характеристика состояния

1.2.1. Понятия, типологии и проявления психической депривации

Основу развития человека составляет процесс непрерывного взаимодействия в диадах «человек-человек» и «человек-среда». Нарушение или неполнота разносторонних связей и отношений человека всегда или почти всегда ведут к повышению вероятности угрозы его развития, и безопасности жизни и деятельности. В детском возрасте под угрозой оказываются такие стороны развития как необратимость, направленность, закономерность.

В условиях разрушения отношений ребенка с окружающим миром отсутствуют возможности для удовлетворения врожден-

ных и значимых для его психического развития потребностей в позитивном взаимодействии, что детерминирует развитие *психической депривации*, характеризующейся специфическим развитием личности, не всегда готовой к полноценной жизни и деятельности.

Ни одно из этнических сообществ сегодня не обеспечивает оптимальных условий для развития и воспитания ребенка. Поскольку всегда отсутствуют все необходимые условия реализации предпосылок развития. Сегодня по состоянию психического развития выделяют разные категории детей (табл. 2).

Таблица 2

Категории детей по состоянию психического развития

<i>Категория детей</i>	<i>Особенности развития</i>
Нормально развивающиеся дети	Развитие в пределах нормы
Дети с пограничными нервно-психическими расстройствами	Психогенные расстройства (невроты и психореактивные состояния), психосоматические заболевания и др.
Дети-инвалиды	Грубые нарушения психофизического развития (психический дизонтогенез)
Дети с психической депривацией	Общие и парциальные расстройства когнитивной, эмоционально-волевой, мотивационно-потребностной сфер, поведенческие нарушения, ослабленное здоровье

Дифференциация детей по группам важна для определения путей сопровождения их развития, организации образовательного пространства и необходимой комплексной помощи. Так, нормально развивающиеся дети нуждаются в организации общего сопровождения, состоящего в создании оптимальных медико-социально-психологических условий для полноценного психофизического развития, приобщения к ценностям здорового образа жизни, оздоровления, успешного обучения детей и их благоприятной адаптации к меняющимся жизненным ситуациям. Другие дети нуждаются в коррекционной работе как органической составляющей процесса сопровождения, предусматривающей осуществление системы мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков развития как психического, так и физического.

Анализ разнообразных направлений развития знания о психической депривации показывает несогласованность, неко-

торую расхожесть взглядов и суждений в вопросах происхождения и проявлений психической депривации. Следствием этого выступают различные методологические искажения, определяющие ошибочность практических изысканий. Сегодня при описании разных нарушений в развитии ребенка свободно используются понятия «депривация», «психическая депривация», «приваация», «сепарация», «госпитализм». Это ведет к их смешению и путанице при выявлении сути психологических явлений, а также подмене одних средств воздействия другими.

Прежде всего пристального внимания требует толкование понятия «депривация». Отталкиваясь от этимологии слова «депривация» (в переводе с английского «deprivation» означает потерю чего-либо, ограничение или лишение), правомерно говорить о депривации как об ограничении возможностей для удовлетворения потребностей в результате потери связи с предметом их удовлетворения. Д. Хебб определял депривацию как «биологически адекватную, однако психологически ограничиваемую среду» [Цит. по: 54, с. 19].

Наряду с понятием «депривация» в обиходе специалистов есть другие дефиниции, например, «сепарация», «приваация», «госпитализм». Нужно сказать, что эти понятия не рядоположенные. Одни («сепарация», «приваация») отражают причины как явления, обуславливающие возникновение других явлений (в нашем случае депривацию), другие («депривация») – условия как обстоятельства, от которых зависит возникновение явлений (психической депривации) [77].

Термин «сепарация» введен Дж. Боулби. Под сепарацией понимают прекращение уже сложившихся эмоциональных связей между ребенком и его микросоциумом, например между ребенком и матерью или иным замещающим ее лицом. Прерывание связей в первые три-пять лет жизни ребенка отражается на его психическом развитии. Жизненные ситуации, в которых ребенок с рождения лишен определенных воздействий, в результате чего значимые потребности вообще не возникают, определяют термином «приваация» (терминология Гевирца). Следовательно, сепарация и приваация – это неблагоприятные ситуации, которые отличаются временем и длительностью нарушения связей ребенка с окружающей его средой. В такой обстановке (сепарация, приваация) оказываются депривированными возможности для удовлетворения значимых потребностей. С пози-

ций детерминированности развития сепарация и приваация выступают причинами, а депривация – их следствием (рис. 1).

Таким образом, понятия «сепарация», «приваация» отражают разные условия развития, «депривация» – их следствие и могут использоваться в этиопатогенетическом значении.

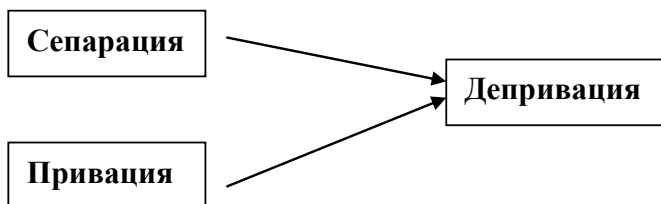


Рис. 1. Причины возникновения депривации

Термин «госпитализм» (термин введен Р. Шпицем в 1945 г.) используется применительно к детям до полутора лет и отражает болезненное психическое состояние, проявляющееся в прогрессирующем снижении коэффициента развития до уровня маразма и смерти [118]. В отечественной психологии под госпитализмом рассматривается «глубокая психическая и физическая отсталость, возникающая в первые годы жизни ребенка вследствие «дефицита» общения и воспитания». В качестве признаков госпитализма приводятся «...запоздалое развитие движений, в особенности ходьбы, резкое отставание в овладении речью, эмоциональная обедненность, бессмысленные движения навязчивого характера (раскачивание тела и др.), а также сопутствующие этому комплексу психических недостатков низкие антропометрические показатели, рахит» [15, с. 111].

Если термин «депривация» целесообразно использовать в контексте анализа условий развития, то термин «психическая депривация» – для определения психического состояния ребенка, сформировавшегося в неблагоприятных условиях. Уточнение «психическая» в дефиниции «психическая депривация» привносит в понятие серьезную содержательную психологическую нагрузку. В таком конструкте понятие «психическая депривация» употребляется для оценки проявлений в развитии, их роли в структуре формирующейся личности и определении эффективных путей поддержки и реабилитации депривированного ребенка. Й. Лангмейер и З. Матейчек рассматривают психическую

депривацию как «психическое состояние, возникшее в результате таких жизненных ситуаций, где субъекту не предоставляются возможности для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени» [54, с. 19].

Нужно отметить, что дефиниция «психическая депривация» Й. Лангмейера и З. Матейчека центрирована на этиологии явления, в таком толковании в понятии не четко выражен логически оформленный смысл, не вскрыта суть психического явления. Дефиниция же должна нести содержательную информацию о психическом явлении, отражающую его специфику. Такое определение нацеливает специалиста на выбор диагностико-коррекционной траектории сопровождения депривированного ребенка.

В связи со сложностью патогенеза, разнообразием проявлений и течения, психическую депривацию следует рассматривать как группу отличающихся по этиологии и патогенезу психических состояний, которые объединены общими признаками: во-первых, они имеют социокультурную природу происхождения, во-вторых, характеризуются специфическими проявлениями и течением.

Таким образом, **психическая депривация – это психическое состояние, проявляющееся в незрелости и (или) искажении личностного развития и психофизиологической деятельности организма, в результате продолжительного неудовлетворения основных потребностей и прежде всего потребности принадлежности к естественной биосоциальной среде в детском возрасте** [139]. Этому состоянию не свойственна статичность, оно динамично. Динамичность состояния определяется движением, изменением его внутреннего содержания. Внешне психическая депривация проявляется различно и, прежде всего, в поведении, характеризующемся широким спектром признаков социально-психологической дезадаптации.

Психическую депривацию следует рассматривать с этиопатогенетических и симптоматических позиций. В этиопатогенетической классификации психической депривации состояние систематизировано в зависимости от причинных факторов и патологического механизма развития (рис. 2).



Рис. 2. Этиопатогенетическая классификация психической депривации

Нужно отметить, что этиопатогенетический подход прослеживается во многих исследованиях, но в них отсутствуют четкие ориентиры на выявление проявлений анализируемого состояния [54; 55; 141–143; 145; 146].

Вклад в создание типологии психической депривации внес Л. Yarrow [146]. Изучая известные причины отставания в развитии детей, воспитывающихся в интернатных учреждениях, помимо материнской депривации (воспитание ребенка вне семьи), он выделил сенсорную депривацию вследствие обеднения окружающей детей среды, социальную – при сужении социального поля активности и ограничении возможностей для усвоения социальной роли, эмоциональную – на фоне поверхностных интимных эмоциональных связей.

Сегодня говорят о депривации значений (когнитивной) в тех случаях, когда снижены возможности понимать, предвосхищать и регулировать сложные изменения во внешнем мире, если при этом он не упорядочен и слишком изменчив. Необходимо выделить соматическую психическую депривацию, поскольку отсутствие возможностей полного удовлетворения первичных биологических и социальных потребностей, а также психотравмирующая ситуация развития (что часто сопровождает детей из «семей риска») влекут нарушения в здоровье – психофизическую ослабленность или серьезные расстройства в функционировании органов и систем [131]. Патогенез психической депривации различен и затрагивает процессы оценки и моделирования окружающей среды, организации психической деятельности, компоненты эмоциональной сферы [138] (подробно патогенез рассмотрен в следующем параграфе).

С симптоматических позиций в зависимости от специфики депривированного развития, детерминированной временем и полнотой прерывания связей и отношений ребенка со значимыми взрослыми (полное или частичное прерывание), необходимо выделять два уровня психической депривации – общая и парциальная [131] (рис. 3).

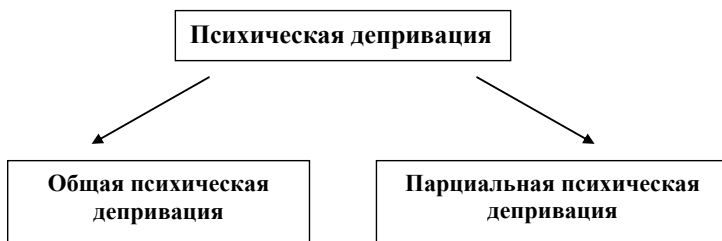


Рис. 3. Уровни психической депривации

Общая психическая депривация формируется в условиях развития воспитанников детского дома (полной депривации по терминологии Дж. Боулби), с самого рождения или с раннего детства (до трех лет) лишенных возможности взаимодействовать с близкими людьми и не имеющих контактов с родственниками. В этих случаях специфика психического развития отличается грубой диспропорцией всех сторон развития ребенка.

Парциальная психическая депривация свойственна воспитанникам детского дома, имеющим возможность какое-то время проводить в семье или с близкими им людьми, и детям и подросткам из асоциальных семей (частичная депривация по терминологии Дж. Боулби). У детей и подростков отрицательные проявления психического состояния разнообразные, однако неглубокие и мозаичные и могут затрагивать не все, а определенные сферы развития. Парциальная психическая депривация может характеризоваться и слабовыраженной дисгармоничностью личностного и общего психического развития. Такая дисгармоничность присуща детям и подросткам из неблагополучных семей, а также тем, кто, воспитываясь в семье, имеет обедненные отношения с родственниками (скрытая депривация).

Говоря о проявлениях психической депривации, нужно отметить, что они разнообразны и охватывают широкий диапазон личностных изменений: от капризности и крикливости, которые вписываются в картину психической нормы, до глубоких нарушений психофизического развития. В связи с этим, а также в практических целях с позиций симптоматического подхода, необходимо дифференцировать психическое состояние в зависимости от степени выраженности негативных проявлений [131] (рис. 4).

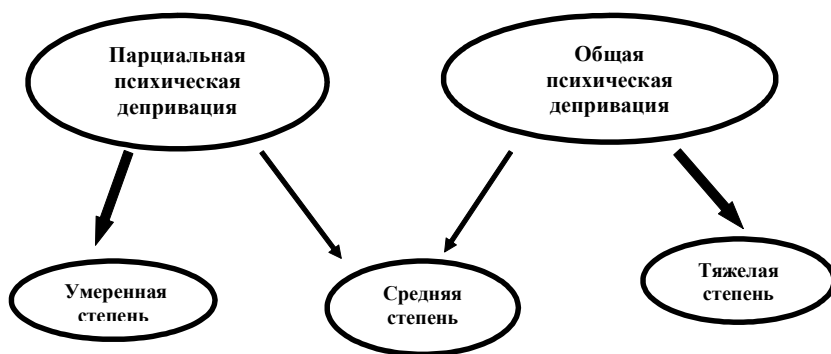


Рис. 4. Степени выраженности психической депривации
Обозначения:

→ глубокая связь **→** выраженная связь

Целесообразно выделить умеренной, средней и тяжелой степени выраженности проявлений психической депривации.

Умеренная степень проявляется в виде некоторой неустойчивости эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сфер; средняя – в нервно-психических и соматических расстройствах, некотором снижении интеллектуального развития или иррегулярном психическом развитии; тяжелая степень характеризуется серьезной недостаточностью психического развития, граничащей с задержкой психического развития.

Дифференциация психической депривации в зависимости от степени выраженности проявлений важна в плане организации медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей. При этом необходимо учитывать взаимосвязь уровней и степени выраженности психической депривации. Так, парциальная психическая депривация всегда характеризуется умеренной, реже – средней степенью выраженности нарушений; общая психическая депривация чаще имеет тяжелую степень выраженности, реже – среднюю степень проявления нарушений.

Предлагаемые типологии психической депривации достаточно условны. В них описываются определенные варианты состояния, которые, в свою очередь, могут быть подразделены на самостоятельные подгруппы. Помимо этого необходимо отметить, что в жизни относительно «чистые» варианты психической депривации встречаются не часто, как правило, разновариантные феноменологические проявления сосуществуют, или накладываются друг на друга (так как в случаях развития детей в условиях депривации отсутствуют возможности удовлетворять многие жизненно важные потребности), что затрудняет процесс их дифференциации.

Резюмируя сказанное, подчеркнем, что состояние психической депривации формируется постепенно, по мере того как блокируются возможности удовлетворения социальных потребностей ребенка. Психическая депривация при своей специфичности, разноплановости и сложности не является неизменной и постоянной, и при создании вокруг ребенка оптимальных условий жизни и деятельности ее негативные проявления могут сглаживаться. Учет различных проявлений психической депривации позволит специалистам осуществить выбор пути сопровождения, адекватный личностному и психофизиологическому статусу детей и подростков.

1.2.2. Механизм развития психической депривации

Развитие человека в материальной и духовной реальности мира может быть благоприятным или неблагоприятным. Влияние этих реальностей опосредовано внутренним механизмом, перестройка которого и детерминирует специфику индивидуального развития. Один из вариантов такого развития – депривированное развитие, обусловленное состоянием «психическая депривация». Психическая депривация проявляется в незрелости или искажении личностного развития и психофизиологической деятельности организма. Состояние возникает в детском возрасте в результате неудовлетворения основных потребностей ребенка и прежде всего потребности принадлежности к естественной биосоциальной среде. Потребности выступают ключевым образованием в механизме формирования психической депривации, его «движущей силой».

Основными биологически значимыми для человека потребностями выступают потребность в пище, отдыхе, самосохранении, продолжении рода, во взаимодействии, через постоянную стимуляцию индивида и создание условий для получения знаний, формирования умений и навыков. Базисными и доминирующими в процессе личностного развития человека являются потребности безопасности и защиты, принадлежности и любви в виде нужд в стабильности и организации окружающей среды, предсказуемости событий; потребности в свободе от угроз здоровью и полноценному развитию человека, установлении эмоциональной связи и отношений с другими людьми в форме привязанности и уважения.

Для ребенка жизненно значимой выступает связь прежде всего с матерью, разрушение этой связи часто влечет личностные искривления, инфантилизм, психосоматические расстройства, нарушения поведения, в крайних случаях анаклитическую депрессию, маразм и смерть [118]. Роль потребностей безопасности, защиты и любви в жизни и деятельности можно наблюдать не только у младенцев и маленьких детей, но и у человека на всех ступенях возрастного развития.

Потребности в социальном функционировании – вхождении в систему отношений с социальной средой, частью которой человек становится (социальные потребности), также основные. При этом человек выступает объектом и субъектом социализа-

ции в обществе, он с раннего возраста усваивает общественные нормы и ценности, и в то же время активно влияет на окружающую жизнь, участвуя в учебной, профессиональной деятельности, создавая семью и др. Удовлетворение социальных потребностей в принадлежности, компетентности положительно влияет на формирование характера человека, придает ему спокойствие, уверенность, независимость и самостоятельность. Неудовлетворение этих потребностей влечет зависимость от других, усиливает тревожность, вызывает психическую напряженность и другие негативные состояния, способствующие дезадаптации человека в обществе.

Многие потребности, например потребности в пище, воде, сне, безопасности, продолжении рода и заботе о потомстве, информации имеют врожденный характер. Однако является ошибкой абсолютизирование генетического происхождения всех потребностей. Условия жизни и воспитания существенно меняют степень и формы проявления врожденных потребностей. Так, морфий, алкоголь, никотин порождают потребность в них. А. Н. Леонтьев отмечал, что потребности развиваются через развитие объектов их удовлетворения [57]. На базе потребности поддержания температуры тела и комфорта у древнего человека возникла потребность в одежде, а у современного человека – потребность в разработке технологий производства удобной, теплой, красивой одежды. Следовательно, в процессе культурно-исторического развития общества возникли вторичные и третичные потребности.

Сложно и часто невозможно объективно измерить жизненные потребности человека. В этих случаях мерилom потребности служит величина внешнего воздействия, порождающего потребность. Так, о потребности в пище судят по длительности интервала между приемом еды, о потребности в поддержании температурного баланса – по температуре окружающей среды. О степени потребности судят по речевым и голосовым реакциям, по движению (скорости, амплитуде), по изменениям электрической активности мозга, кровяного давления, пульса, дыхания, химического состава крови и т. д. Измерение социальных потребностей можно произвести лишь при условии учета в каждом отдельном случае индивидуальных особенностей и ценностных ориентаций человека, а также характера его взаимоотношений с социумом. Трудность объективного измерения потреб-

ностей состоит в том, что большинство реакций человека определяются не исключительно потребностью, а целым рядом факторов и прежде всего эмоциями.

Увидеть сложный механизм развития человека, понять причины наблюдаемых феноменов, сделать прогнозы вариантов адаптации к среде возможно при условии учета структуры и иерархии развития и удовлетворения потребностей. Голоса за такой подход звучат в современных отечественных и западных теориях развития личности (психоаналитической, гуманистической и др.), в которых узловым звеном процесса развития рассматривается удовлетворенность потребностей в принадлежности, любви и безопасности.

Красной нитью в индивидуальной психологии А. Адлера проходит мысль о том, что все поведение человека происходит в социальном контексте и суть человеческой природы можно постичь только через понимание его отношений с другими людьми. Адлер рассматривал последствия депривации потребностей принадлежности и любви, уважения неестественными и конфликтными, детерминирующими недостаточную уверенность человека в способности быть полезным людям, любимым ими, оцененным по достоинству. Он полагал, что к развитию комплекса неполноценности ведет неприятие человека обществом и, прежде всего отвержение со стороны родителей (как, впрочем, и чрезмерная опека ребенка в детстве) [114].

В гуманистической теории личности Э. Фромм акцентировал внимание на том, что потребности в корнях, идентичности, системе взглядов и преданности являются ведущими в человеке, а удовлетворение потребности в установлении связей с миром препятствует возникновению ощущений изоляции от природы и отчуждения и влечет развитие чувства принадлежности и безопасности. Э. Фромм подчеркивал, что поведение человека может быть понято только в свете влияний культуры, существующих в данный момент времени [114].

А. Маслоу также проводит идею зависимости позитивного личностного становления от качества удовлетворения потребностей в безопасности и защите, принадлежности и любви. В гуманистической теории эти потребности занимают нижние ступени в иерархической системе приоритета потребностей и, как доминирующие на определенной ступени развития, должны быть удовлетворены, до того как человек будет мотивирован

потребностями более высокого порядка. При этом А. Маслоу допускал, что потребности могут совпадать и не удовлетворяться по принципу «все или ничего», а также могут быть исключения из иерархического расположения потребностей [114]. Карл Роджерс данные потребности называл потребностью в позитивном внимании. Он отмечал, что впервые потребность в позитивном внимании проявляется как потребность младенца в любви и заботе, впоследствии она выражается в чувстве удовлетворения в ответ на одобрение, любовь и принятие со стороны других людей или фрустрации, в случаях ее неудовлетворения [114].

К. Хорни основополагающий мотив потребности в безопасности видела в том, чтобы быть любимым, желанным и защищенным от опасности или враждебного мира. Она указывала на жизненную значимость удовлетворения потребности в безопасности и защите у маленьких детей ввиду их беспомощности и полной зависимости от взрослых людей. Здесь важной она видела материнскую заботу в виде передачи ребенку чувства узнаваемости, постоянства, тождества переживаний, теплоты, любви, радости, доверия и др. В этих условиях ребенок с чувством доверия воспринимает окружающий его мир как безопасное и стабильное место, людей как заботливых и надежных. В семьях, где не создана вокруг ребенка атмосфера любви и заботы, он не чувствует себя в безопасности, становится недоверчивым, у него формируются установки страха, подозрительности и опасений за себя, враждебность к родителям, трансформирующиеся в базальную тревогу [114].

Особенно выражены негативные стороны процесса развития человека в условиях воспитания вне семьи. В связи с этим З. Фрейд писал, что переживание биологического отъединения от матери является травмирующим для ребенка и влечет тревогу. Сначала негативные реакции направлены на отвергающее ребенка ближайшее окружение, затем распространяются на весь мир и проявляются в своей полноте с взрослением.

С качеством материнского ухода за ребенком Э. Эриксон связывал негативные стороны первого психологического кризиса. Конкретные причины он видел в ненадежности, несостоятельности матери поддерживать постоянство окружающей ребенка среды, в крайних случаях отвержение ребенка.

Однако здоровое развитие ребенка не является результатом исключительно развития чувства доверия, оно скорее обу-

словлено благоприятным соотношением доверия и недоверия, поскольку понять, чему не следует доверять, так же важно, как и понять, чему доверять необходимо. Эта способность предвидеть опасность и дискомфорт важна для интеграции с реальностью. Приобретенное чувство доверия подготавливает почву для достижения определенной автономии и самоконтроля, избегания чувства стыда, сомнения и унижения, достижения инициативности, идентичности и т. д.

Р. Шпиц писал, что жертвы расстроенных объектных отношений сами становятся неспособными к построению отношений и будут неподготовленными к сложным формам личных и социальных взаимодействий. Д. Роттер рассматривал качество удовлетворения потребностей в защите и зависимости, любви и привязанности, физическом комфорте как один из критериев при прогнозе поведения человека [114].

Согласно П. К. Анохину, потребности, как одни из факторов ступени афферентного синтеза поведения человека, позволяют решить три важных вопроса поведения: что, как и когда делать? Другими словами, потребности выступают запускаящим механизмом поведения человека [3].

Следует сказать, что сложно установить, какие потребности в разных случаях являются психологически значимыми и их недостаток определяет в первую очередь те или иные особенности развития и поведения человека. Хотя основные потребности в разных культурах приблизительно одни и те же, жизненная значимость потребностей может быть оценена соотносительно с индивидуальностью человека и тем обществом, в котором он живет.

С позиций представителей психоаналитического подхода опыт раннего детства влечет развитие и укрепление динамических процессов, сохраняющихся в разных условиях жизни ребенка. В контексте этих представлений ранняя депривация может способствовать развитию защитных действий, направленных против отвергшего ребенка окружения. Защитные действия закрепляются, препятствуя позитивному восприятию и взаимодействию ребенка с окружающим миром, и еще больше изолируют его, искривляя ход психического развития. Следовательно, защитные действия могут выступать механизмом развития психической депривации.

Дж. Боулби предполагал наличие врожденных компонентов специфической системы управления поведением, которые ини-

цируют активность ребенка по отношению к близкому взрослому и, следовательно, к окружающему его миру. Свои идеи Боулби развил в теории привязанности ребенка к матери – фундаментальной для психологии развития и в целом психологического знания [16]. Исследуя сущность привязанности, Дж. Боулби полагал, что привязанность через стимуляцию исследовательского поведения ребенка способствует развитию его моторной и познавательной сфер. В качестве природы этого феномена исследователь рассматривает процессы глубинной памяти (когнитивные карты или «рабочие модели»), в которых сохраняются образы и образцы взаимодействия с миром, близкими людьми, и которые повторяются в ходе общения с другими людьми. С приобретением нового опыта общения схемы поведения ребенка перестраиваются.

Дж. Брунер с позиций теории учения предположил, что в условиях изоляции ребенка от естественной природной среды ограниченное поступление стимулов нарушает процесс их оценки и переоценки, посредством которого создаются модели и стратегические формы в целях контакта со средой. Если изоляция имеет начало в детстве, то становится невозможным создание действенных моделей, при поздней изоляции под угрозой находится их сохранение и исправление. У. Денис, Д. Гевирц, Д. Брунер своими исследованиями показали, что процессы создания «моделей среды» и развития «стратегии действий» нарушаются в результате недостатка связей между социально желательными реакциями ребенка и подкрепляющими стимулами (например, недостаточное подкрепление спонтанных улыбок) и поражения «когнитивного» учения. С позиций теории социального научения А. Бандуры сужение социального поля активности в условиях депривации ограничивает процесс программирования и оценки и ведет к бедному репертуару социальных умений и навыков и в целом стратегий социального поведения [114].

В исследованиях Азимы подчеркивается, что беззащитность и зависимость в условиях депривации (депривация потребностей принадлежности матери и безопасности, темное помещение, руки в футляре) возвращают человека в ситуацию раннего детства (связи с матерью) и детерминирует соответствующее несамостоятельное и зависимое поведение.

Как отмечает В. С. Мухина, в депривационных условиях нарушается процесс созревания механизмов личностного разви-

тия и поведения, способствующих социализации и индивидуализации человека, – механизмов идентификации и обособления. «Именно через обучение, выступающее как условие формирования сложных функциональных систем – идентификации и обособления, развиваются сложные формы психической деятельности. Перестраиваясь и приобретая новые свойства, врожденные предпосылки идентификации и обособления постепенно вырастают в высшие, собственно человеческие механизмы развития и бытия личности, а также в осознаваемые способы самопрезентации, способы и технологии общения, осознаваемые способы и технологии идентификации и обособления» [75, с. 387]. С позиций В. С. Мухиной в депривационных условиях, в которых нарушены отношения ребенка с близким взрослым, искажается процесс становления «...эмоциональной и культурной причастности малыша к человеческому роду», утрачиваются возможности приобретения собственной индивидуальности, чувства собственного достоинства, реализации притязания на признание [Там же]. Эти наблюдения объясняют природу инфантилизма, проявляющегося у депривированных детей.

Представленные научные воззрения на механизм депривированного развития объясняют появление известных деструктивных форм поведения в условиях прерывания связей ребенка с близкими людьми, таких как протест, отчаяние, отчуждение [16, с. 29], снижение базового чувства доверия к миру [114, с. 221–222], анаклитическая депрессия, маразм [118, с. 263–271].

Страдание ребенка в условиях материнской депривации Дж. Боулби объясняет развитием реакции дезадаптации в результате активизации поведения привязанности и отсутствия источников его удовлетворения (прекращение контактов ребенка с матерью). Механизмы реакции дезадаптации сложны и глубоки, поэтому она имеет консервативный характер и при возобновлении постороннего хорошего ухода за ребенком надолго (часто навсегда) сохраняется: ребенок не проявляет интереса к обстановке и окружающим его людям, тревожится, впадает в отчаяние – отчуждается, у него нарушается аппетит, сон, легко развиваются психические и соматические расстройства.

Нужно подчеркнуть, что депривационные условия жизни и деятельности являются экстремальными для человека, поскольку к ним его психофизиологическая организация не готова. В условиях, обедненных воспитательным и социальным воз-

действиями, нарушается механизм регулярного психического развития, обуславливающий его правильность и постоянство. Механизм приобретает иррегулярный характер, и под угрозой оказываются процессы организации, контроля результативности и корректировки психической деятельности. Следствием выступает нарушение целостности, направленности, организованности поведения [135].

С позиций системной организации мозга (П. К. Анохин, А. Р. Лурия, Е. И. Соколов, О. С. Адрианов, А. С. Батуев, К. В. Судakov) процессы контроля и программирования жизнедеятельности обусловлены как врожденными механизмами, так и корковыми влияниями, созревающими в процессе онтогенеза. Эти влияния детерминированы намерениями, планами, перспективами, формирующимися в процессе сознательной жизни в результате средовых, в частности воспитательных, воздействий, и представляют собой важный источник активации организма. Депривационные условия жизни блокируют корковый источник активации, тем самым нарушая механизм психического развития.

С патофизиологической точки зрения можно предположить, что иррегулярность психического развития вызвана понижением активности ствола мозга, в частности, ретикулярной формации, и коры мозга в обедненных жизненных условиях. Природа данного феномена состоит в следующем: часть непрерывного потока сенсорных сигналов, поступающих в кору по специфическим (анализаторным) системам, по коллатералям идет в ретикулярную формацию, а из нее в высшие отделы головного мозга. Эти неспецифические активирующие влияния служат необходимым условием для поддержания бодрствования и осуществления любых поведенческих реакций. Помимо этого, неспецифическая активация является условием для формирования селективных свойств нейронов в процессе онтогенетического созревания и обучения. В депривационных условиях вследствие сенсорного, эмоционального, информационного дефицита, скудности ухода за ребенком и социальных контактов этот важный источник активации жизнедеятельности оказывается заблокированным. Как результат – понижение тонуса коры мозга и ограничение ее влияния на мозговую деятельность, следствием чего выступает оскудение или недостаточная организация (дезорганизация) психической деятельности, определяемое нами как иррегулярность.

Таким образом, **иррегулярность** можно рассматривать в качестве патологического механизма психического развития ребенка в условиях обедненных воспитательным и социальным воздействиями, обуславливающего нарушение процессов организации, контроля результативности и корректировки психической деятельности. Иррегулярность расстраивает прежде всего интегративную функцию психики, детерминируя состояние психической депривации. При этом в зависимости от характера и тяжести жизненных условий механизм развития расстраивается неодинаково, в результате чего варьирует содержание психического состояния, оно может иметь эмоциональный, сенсорный, когнитивный и другие виды. В отличие от дисфункции развития, являющейся результатом взаимодействия незрелых мозговых функций с неблагоприятными внешними факторами, иррегулярность развития – следствие не востребованности организма в условиях депривации.

Резюмируя сказанное, подчеркнем, что с середины XX столетия проблема психической депривации исследуется в аспекте выявления внешних и внутренних детерминант и патологических механизмов состояния. Анализ природы и проявлений психической депривации послужил основанием рассматривать иррегулярность в качестве механизма состояния. Условием зарождения иррегулярного механизма является недостаточное удовлетворение основных потребностей, а его влияние распространяется на весь ход психического развития и личностного становления человека.

Контрольные вопросы

1. Раскройте понятие «развитие».
2. В чем состоит сущность биогенетического подхода к объяснению феномена развития человека?
3. В чем состоит сущность социогенетического подхода к объяснению феномена развития человека?
4. В чем состоит сущность персоногенетического подхода к объяснению феномена развития человека?
5. В чем суть психосоциальной теории развития личности Эрика Эриксона?
6. Назовите основоположника теории привязанности. Раскройте сущность теории привязанности.
7. Раскройте роль биологических влияний в развитии человека.
8. Раскройте роль социальных влияний в развитии человека.
9. Раскройте и соотнесите понятия «депривация», «приваация», «сепарация», «госпитализм».
10. Охарактеризуйте состояние «психическая депривация».
11. Назовите и раскройте основные классификации психической депривации.
12. Назовите и раскройте механизм развития психической депривации.

ГЛАВА 2

СТАНОВЛЕНИЕ НАУЧНО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ИЗУЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ

Лучший пророк для будущего – прошлое.
Байрон

2.1. Развитие знания о психической депривации

В современной психологии наряду с дифференциацией подходов к изучению психических состояний человека и определению путей его поддержки, идут процессы синтеза различного знания, вскрывающего частные стороны и факты процессов развития, воспитания и образования. Интегрированное знание отражает общие закономерности процессов и позволяет прогнозировать траекторию жизни и деятельности человека. Такое знание базируется на фундаментальных общетеоретических основаниях. Здесь системообразующее значение принадлежит философскому и естественно-научному знанию.

Философия включает систему представлений о человеке и его бытии (онтологический, гносеологический, аксиологический, философско-антропологический, историко-философский, социально-философский аспекты) и позволяет на основе общенаучных принципов и методов выстраивать развивающие и образовательные подходы [2]. Поэтому философия является мировоззренческим и методологическим фундаментом человекознания. Так, *онтологический аспект*, объясняющий природу сознания и вскрывающий проблему роли биологического и социального в развитии, позволяет выявить основные детерминанты развития и место специального образования людей с осо-

бенностями в развитии в структуре бытия; *гносеологический аспект* служит основой для определения специфики познавательного развития человека и связи обучения и познания, *аксиологический аспект* устанавливает приоритеты и ценностные предпосылки образования; с позиций *философско-антропологического аспекта* идет обобщение и углубление научных данных о человеке с особенностями в развитии и здоровье; в *историко-философском аспекте* обобщается опыт развития специального знания, *социально-философский аспект* дает возможность рассматривать явления в социокультурном контексте.

Естественно-научные основания знания позволяют выделить причины и механизмы специфического развития человека, определить компенсаторные механизмы его развития и жизненного определения.

Социокультурные фундаментальные основания позволяют организовать процессы воспитания и образования, социальной реабилитации в соответствии с общественными традициями развития социально активных людей.

Без экономических основ – государственных и негосударственных материальных вливаний, невозможно создать полноценную систему развития, воспитания, реабилитации и образовательных услуг для человека.

Правовые основы позволяют выстраивать процесс социально-психолого-педагогического сопровождения (реабилитация, воспитание и обучение) с опорой на всеобщую декларацию прав человека, конвенцию о правах ребенка, законы Российской Федерации о защите прав детей и др.

Клинические основы способствуют пониманию сущности расстройств, построению профилактической, коррекционной, реабилитационной работы с учетом специфики психического развития и здоровья человека.

Научный интерес к развитию депривированных детей проявился во второй половине XIX столетия в связи с ростом числа бездомных и больных детей. С этим историческим периодом связывают начало становления научно-методологического подхода к изучению проблемы психической депривации. Однако концепция депривации имеет глубокие корни, и первые сведения о судьбах покинутых и осиротевших детей встречаются у древних летописцев, в произведениях народного творчества. Еще в античной Греции воспитание детей рассматривалось в

качестве важного государственного дела. Уже тогда понималось, что для воспитания сильных и здоровых людей необходимы соответствующие социальные институты и специально подготовленные люди. Первые концепции обучения и воспитания нового поколения формулируются в это время.

В Киевской Руси забота о сиротах возлагалась на самого богатого и могущественного – Великого князя, а также на церковь. Призрение страждущих людей рассматривалось церковью как высшая богоугодная акция и путь спасения души.

С распространением христианства, которое осуждало жестокое отношение к человеку, в Европе стала распространяться практика подбрасывания детей или их оставления в христианских храмах. У врат храмов пристраивалось ложе, позже – вращающиеся стенные ящики для младенцев. Каждый желающий мог призреть подкидыша. В известном романе В. Гюго «Собор Парижской Богоматери» описана трагическая судьба одного такого подкидыша – Квазимодо, оставленного в деревянных яслях, вделанных в паперть Собора Парижской Богоматери и взятого на призрение священником К. Фролло. Сегодня практика оставления детей в специальных бэби-боксах социальных учреждений вновь получает распространение.

Первые приюты при храмах и монастырях стали открываться в период с IV по VIII вв. В них призревали не только покинутых детей, но и всех больных и обездоленных, нуждающихся в милосердии и помощи. В средневековье забота о покинутых стала общественным делом, благодаря чему были организованы общественные приюты и сиротские дома при монастырях.

Во второй половине XIX и начале XX в. признан факт пагубного личностного развития детей, воспитывающихся в депривационных условиях. Этот период считается первым в истории становления научного знания о психической депривации. В дальнейшем целенаправленно и углубленно рассматривалось развитие детей, выросших в неблагоприятных условиях (Ш. Бюлер, Г. Гетцер, Дж. Боулби, Р. Шпиц, У. Голдфарб и др.).

Й. Лангмейер и З. Матейчек, рассматривая становление научно-методического подхода к изучению данной проблемы, выделяют четыре этапа в развитии знания о депривации [53].

Первый – «эмпирический» (вторая половина XIX в. – 30-е гг. XX столетия) состоял в накоплении опыта и сведений о явлениях.

Здесь впервые было показано, что дети, воспитывающиеся вне семей, более подвержены негативным средовым влияниям, которые оставляют существенный «след» прежде всего в их психической сфере.

На втором – «мобилизующем» этапе (30-е и 40-е гг. XX в.) уже целенаправленно рассматривалось развитие детей, выросших в неблагоприятных условиях. Начало этого периода связывают с работами венской школы Ш. Бюлер, а также с исследованиями Г. Гетцер и Р. Шпица, которые отличались содержательностью, разносторонностью подхода, серьезным теоретическим анализом проблемы с опорой на широко распространенную психоаналитическую систему.

В этот период в связи с некоторыми результатами наблюдений за детьми в социальных и медицинских учреждениях остро зазвучал вопрос о психическом госпитализме, как своеобразном развитии личности детей, длительное время находившихся в отрыве от родной среды. Здесь следует отметить вклад американского исследователя У. Голдфарба, в сравнительном плане изучавшего влияние воспитательных учреждений и ранней опеки на формирование личности детей [53].

Приоритетными стали и проблемы детей, испытавших ужас Второй мировой войны и лишения в послевоенное время, а также детей из стран с очень низким культурно-экономическим уровнем развития. Большую значимость для развития учения о психической депривации в детском возрасте имели работы Дж. Боулби, основоположника теории привязанности. Дж. Боулби на основе интеграции результатов проведенных исследований сделал заключение о пагубности для психического здоровья ребенка разрыва интимных эмоциональных связей с матерью или лицом, ее замещающим [14; 16; 141; 143].

Третий этап (50–60-е гг. XX в.) определен как «критический», поскольку в работах этого периода анализу и пересмотру были подвергнуты результаты и выводы предыдущего этапа. И, если ранее основной и единственной предпосылкой психической депривации рассматривалось проживание ребенка без матери («maternal deprivation»), то теперь отмечалось, что многие дети, проживающие с биологическими родителями, испытывают недостаток тепла, любви и заботы, т. е. являются депривированными.

Пересмотру подверглись и выводы о фатальном влиянии депривационных условий на всех детей, единообразии и ста-

бильной сложности картины дефекта. На взгляд Й. Лангмейера и З. Матейчека достижениями этапа выступали следующие научные положения [54]:

1. В основе психической депривации лежит неудовлетворение нескольких важных потребностей ребенка, которые неравнозначно развиты у детей одного возраста и находятся в различных взаимоотношениях в разные периоды онтогенеза.

2. Для предупреждения и терапии психической депривации необходимо создавать благоприятные условия жизнедеятельности.

3. Основу воздействия должен составлять личностно-ориентированный подход.

4. В условиях социально-экономической нестабильности в последующих поколениях есть вероятность явлений субклинической депривации, что проявится в возрастании случаев социально-психологической дезадаптации личности.

Таким образом, в середине XX столетия проблема депривации приобретает общественное значение, и возникает необходимость дальнейшего глубокого рассмотрения ее, в частности решения вопросов, в какой степени депривация детерминирована внутренними и внешними влияниями, определения эффективных путей преодоления нарушений психического развития депривированных детей.

Сейчас развернулся четвертый этап изучения проблемы – «экспериментально-теоретический», который отличается углубленным исследованием взаимодействия организма и среды в условиях депривации. При изучении механизмов развития психической депривации и ее влияния на процесс созревания психики ребенка значение приобретает личностно-ориентированный подход, а гуманистические традиции позволяют выстраивать гибкую систему сопровождения развития детей, лишенных родительского попечения, с учетом их индивидуальных возможностей.

Психическая депривация как психологический феномен с разных позиций исследуется В. С. Мухиной, М. Ю. Кистяковой, О. Ю. Дубовик, В. В. Лебединским, М. И. Лисиной, И. В. Дубровиной, А. М. Прихожан, Н. Н. Толстых, М. И. Буяновым, К. В. Солоед, М. К. Бардышевской, Л. М. Шипицыной, И. В. Ярославцевой и др. Ученые выделяют разные виды психической депривации: сенсорная (Й. Лангмейер, З. Матейчик), двигательная (М. Ю. Кистяковская), когнитивная (Gewirtz и др.), эмоциональная (В. В. Лебединский, М. И. Лисина, С. Ю. Мещерякова-Замогильная, К. В. Со-

лloed), материнская (Дж. Боулби, Р. Шпиц, М. К. Бардышевская и др.), соматическая (К. В. Солоед, И. В. Ярославцева).

Исследователи вновь поднимают извечный вопрос о релятивном влиянии среды и унаследованной природы на процесс развития ребенка. Найти ответ на него – задача не из легких. Однако полученные в ходе поиска решения выводы и заключения, бесспорно, смогут обогатить наше знание о депривации и расширить возможности ее преодоления.

Необходимо отметить, что на современном этапе развития научного знания концепция психической депривации не является завершенной и не устойчива. Свидетельство этого – многообразие теорий психической депривации и подходов к определению состояния, расширение или сужение понятия соответственно тому, какая психическая потребность рассматривается самой важной в развитии, и недостаточное удовлетворение какой потребности имеет решающее влияние на процесс формирования личности, свободное использование понятий при описании различных нарушений в развитии ребенка. Отсутствие методологической определенности затрудняет исследование сущности психической депривации и поиск путей психологического сопровождения депривированного ребенка.

2.2. Научные основания концепции психической депривации

Истоком всех теорий психической депривации выступил психоаналитический подход (З. Фрейд, Дж. Боулби, Р. Шпиц, Д. Уинникотт, Э. Эриксон, Дж. Бенджамин и др.). Первой же теорией, обосновавшей отрицательные последствия для психического развития ребенка нарушений его отношений с матерью, является теория объектных отношений (Р. Фэрберн, Д. Винникотт, М. Кляйн, М. Балинт, М. Малер, О. Кернберг). В теории в качестве постулата выступает положение о том, что для нормального психического развития ребенка значимым является установление в раннем детстве устойчивых и позитивных отношений ребенка с ближайшим окружением, а не удовлетворение его влечений.

М. Малер своими исследованиями показала, что процесс развития ребенка включает несколько фаз: первая фаза – нор-

мальный аутизм (0–1 месяц), вторая фаза – нормальный симбиоз – (1–5 месяцев), третья фаза – отделение и индивидуализация (5–30 месяцев). В период первых двух фаз ребенок от концентрации на собственном состоянии, оставаясь в симбиотической связи с матерью, переходит к взаимодействию с внешним миром. В процессе отделения формируется внутриспсихическая репрезентация себя, отличная от репрезентации матери, позволяющая ребенку функционировать отдельно и независимо. В процессе индивидуализации ребенок приобретает собственную идентичность. Развитие индивида М. Малер рассматривает как появление способности к близости с объектом и независимости от него. При этом условием развития выступает постоянство объекта, обеспечивающего поддержку, заботу и любовь. Нарушения отношений в диаде «мать – ребенок» влекут личностные расстройства в виде размытой идентичности, нарушений в эмоциональной сфере, враждебных и агрессивных реакций [53, с. 379–386].

Р. Шпиц считал, что взаимодействие матери и ребенка стимулирует моторное, когнитивное развитие ребенка, способствует его интеграции с окружающим миром. По его мнению, вследствие острой недостаточности объектных отношений в младенчестве возникают анаклитическая депрессия и госпитализм, проявляющиеся в задержках личностного развития ребенка. Динамика этих состояний имеет свои особенности: в первый месяц разлуки с матерью ребенок проявляет плаксивость, требовательность, реакцию цепляться за человека; во второй месяц плач переходит в рыдание, коэффициент развития не изменяется, ребенок теряет вес; в следующий месяц ребенок отказывается от общения, отстает в моторном развитии, выражение лица отличается ригидностью, повышается заболеваемость; в последующем плач сменяется хныканьем, нарастает моторное отставание, переходящее в летаргию, коэффициент развития падает. Если разлука длится более пяти месяцев, симптоматика переходит в синдром госпитализма и проявляется в прогрессирующем ухудшении общего состояния, возрастании чувствительности к инфекциям. Часто состояние переходит в маразм и смерть [118, с. 265–267].

Р. Шпиц пишет: «С социальной точки зрения расстройства объектных отношений на первом году жизни, идет ли речь о неправильных или недостаточных отношениях или об отклонении

ях, влекут за собой последствия, угрожающие самим основам жизни общества. Не имея соответствующей модели, жертвы расстроенных объектных отношений в дальнейшем и сами ощутят недостаток способности к построению отношений. Они окажутся неподготовленными к более сложным формам личных и социальных взаимодействий, без которых человечество не выживет как род» [118, с. 292].

Представители интерперсональной психоаналитической школы Г. Салливен и К. Хорни также важным условием нормального психического развития ребенка рассматривали так называемые факторы среды – надежные и эмоционально положительными отношения ребенка и взрослого. Согласно К. Хорни «базисная тревога» – есть следствие несоблюдения этого условия развития ребенка [112].

С позиций психоаналитического подхода, ранний опыт может положить начало отрицательным процессам, которые продолжаются, несмотря на изменение ситуации развития ребенка. Закрепившись, защитное действие стремится к самосохранению, и обратимость зависит не от изменения ситуации, а от успеха попыток преодолеть этот защитный процесс.

Большой вклад в раскрытие природы связи ребенка и матери внес английский ученый, классик психологии развития Дж. Боулби. Основываясь на достижениях психоанализа и этологического подхода, обобщив большой фило- и онтогенетический материал, он в концепции привязанности противопоставил психоаналитическим традициям, рассматривающим отношение ребенка с матерью как исключительно биологическое единство, базирующееся на удовлетворении физиологических потребностей, свое видение природы этой связи, которое состояло в выделении социальной стороны взаимодействия в диаде «ребенок – мать». Используя метод систематического наблюдения за поведением детей в разных ситуациях развития, Боулби отстаивал самостоятельность социального в природе взаимодействия ребенка с матерью. Он не связывал характер взаимодействия в диаде «ребенок-мать» с удовлетворением лишь органических потребностей ребенка. Аффективная взаимность между матерью и младенцем, считал Боулби, стимулирует его к исследованию окружающего мира, способствуя развитию моторной активности, когнитивных процессов и мышления [16].

В концепции привязанности Боулби введено понятие «система управления поведением» (вместо фрейдовского понятия «влечение»). Система управления поведением реализуется с опорой на когнитивные карты или «рабочие модели», которые Боулби рассматривал в качестве средств, отображающих как окружающую среду, так и собственные действия индивида [16, с. 14]. Дж. Боулби исследовал динамические процессы системы управления поведением (повышение и снижение активности системы), роль внешних и внутренних факторов в этих процессах. При этом, придерживаясь этологических позиций К. Лоренца, Боулби считал, что внешние и внутренние стимулы запечатлеваются во время сензитивных периодов развития. В связи с этим Боулби рассматривал привязанность как особый вид поведения, которое состоит в физической близости младенца с родителем для обеспечения его безопасности. В этом позиции Боулби расходятся со взглядами представителей психоаналитического направления, в котором привязанность рассматривается как реакция, сопутствующая процессу удовлетворения физиологических потребностей ребенка [16].

Цель исследовательской стратегии Боулби состояла в описании определенных форм поведения в детстве и прослеживании за проявлением подобных поведенческих реакций в поздние периоды онтогенеза. Сподвижницей Дж. Боулби М. Эйнсворт предложен метод изучения привязанности под названием «Ситуация с незнакомым взрослым» и разработана типология привязанности, в которой выделены три поведенческих паттерна у младенцев: надежная привязанность, избегание, амбивалентность [53, с. 79–81].

Дж. Боулби выделил три стадии развития реакции на прекращение связей ребенка с матерью – протест, отчаяние, отстранение. Первая стадия начинается сразу (или с небольшой задержкой) с прекращением связей с близким человеком и длится от нескольких часов до недели. Ребенок переживает острое горе, протестом против отдаления от объекта привязанности служит крик, он трясет кроватку, бьется головой, падает, уходит от контактов с другими людьми, прислушивается к любым звукам в надежде на возвращение матери. В ходе второй стадии происходит потеря надежды на возвращение объекта привязанности, ребенок постепенно затихает, состояние отличается подавленностью, ребенок подолгу и монотонно плачет. В

третьей стадии отношения с миром восстанавливаются, но могут проявляться равнодушие и отстранение даже к возвратившимся близким. Если потеря близкого человека продолжительна, то возникает печаль, тревога, агрессия. Агрессия направлена на достижение повторной связи, которая должна восполнить утраченный объект привязанности [16, с. 29–35].

М. Эйнсворт в своих исследованиях проследила влияние качества отношений ребенка с матерью на его интеллектуальное развитие и взаимоотношения с другими людьми. Современными исследованиями подтверждено положение М. Эйнсворт о том, что характер привязанности в детстве определяет способность человека к формированию социальной сети и «...люди, создающие вокруг себя стабильную сеть общения (социальную сеть), которая является источником инструментальной и эмоциональной поддержки, реже страдают как физическими, так и психическими недугами» [89, с. 150].

Другими известными теориями, составившими научные основания концепции психической депривации, выступают теории учения, основывающиеся на представлениях о недостаточной возможности учиться как причинах психической депривации (У. Деннис, Д. Гевирц; Д. Брунер). Так, Д. Гевирц делает акцент на недостатке связей между социально желательными реакциями ребенка и подкрепляющими стимулами, Д. Брунер – на поражении «когнитивного» учения. С позиций теории социального научения А. Бандуры, к небогатому репертуару социальных навыков детей приводит бедность моделей для социального научения в условиях депривации [114]. Согласно приведенным теориям основу психической депривации составляет дефект освоения социальных ролей, обусловленный отсутствием необходимого опыта в области социальных взаимодействий в детстве. Следствием этого выступает неполная и недостаточная адаптация людей, носителей психического состояния, в разных сферах жизни и деятельности.

Многоуровневая теория Й. Лангмейера и З. Матейчека (1984) постулирует разнородность причин, форм (сенсорная, когнитивная, эмоциональная, социальная) и клинических проявлений психической депривации, которые выражаются в различных «типах» личности ребенка («социально гипоактивный», «в целом гиперактивный», «социально гиперактивный», «гиперактивность в специфической направленности») [54, с. 251].

В отечественной психологической науке проблема психической депривации рассматривается в контексте анализа проблем социальной ситуации развития ребенка. Изучая вопросы психического развития глухих детей, Л. С. Выготский выступил против изоляции глухих от мира. В ограниченном пространстве, считал Л. С. Выготский, атрофируются резервные возможности организма ребенка, и снижается его потенциал вхождения в жизнь. В мотивационной теории Г. Шеффера проявления апатии и инактивности при ретардации, возникающей у детей в условиях разлуки с семьей, объясняются недостаточностью глобальной внешней стимуляции. Об отношениях с окружающим миром, как главном условии развития личности, высказывался В. Н. Мясищев.

М. И. Лисина рассматривала отсутствие в жизни ребенка значимого близкого или обедненные отношения с ним как «ситуацию невозможности», в которой снижается способность ребенка к интериоризации и обедняется его эмоциональное развитие [60].

Важность социального научения в развитии врожденных предпосылок механизмов идентификации-обособления видит В. С. Мухина. «Именно через обучение, выступающее как условие формирования сложных функциональных систем – идентификации и обособления, развиваются сложные формы психической деятельности. Перестраиваясь и приобретая новые свойства, врожденные предпосылки идентификации и обособления постепенно вырастают в высшие, собственно человеческие механизмы развития и бытия личности, а также в осознаваемые способы самопрезентации, способы и технологии общения, осознаваемые способы и технологии идентификации и обособления» [75, с. 387].

С позиций В. С. Мухиной в депривационных условиях, в которых нарушены отношения ребенка с близким взрослым, искажается процесс становления «...эмоциональной и культурной причастности малыша к человеческому роду» [75, с. 398], утрачиваются возможности приобретения собственной индивидуальности, чувства собственного достоинства, реализации приязания на признание.

К. В. Солоед (2000) в ходе сравнительного изучения объектных отношений у младенцев, воспитывающихся матерью и в приюте, выявил у последних знаки дефицита объектного посто-

янности и привязанности в виде отсутствия ориентировочной реакции на уход взрослого, уменьшения реакций протеста при смене персонала, пассивности, аутоэротических действий (сосание пальца) [102, с. 127–132].

С позиций клинического подхода совокупность многообразных психических проявлений у ребенка из депривационной ситуации развития (прежде всего воспитывающегося вне семьи) сегодня маркируют понятием «синдром сиротства» [44, с. 477–478]. М. О. Проселкова описала у детей, оставшихся без родителей в раннем детстве, «синдром сиротства», включающий депривационную депрессию, парааутизм, моторные стереотипии [25].

А. Н. Голик описывает социально-психиатрические синдромы (состояния), в происхождении которых ведущую роль играют социальные факторы, в частности, депривация и институциализация: депривационный синдром, диссоциофобия, синдром жестокого обращения [25].

Основываясь на теории выученной беспомощности М. Селигмена, вскрывающей в качестве основной причины низкой активности и депрессивности человека детский опыт беспомощности или жизненный длительный неуспех, отечественные исследователи считают, что депривация возможностей активной жизни и деятельности в условиях воспитания в интернатных учреждениях влечет у воспитанников социальную и личностную беспомощность [87, с. 152; 94, с. 278–288].

В настоящее время считается, что депривационные нарушения в совокупности составляют синдромы «Реактивное расстройство привязанности» и «Расстройство привязанности по расторможенному типу». Последние представляют собой клинические психопатологические синдромы и включены в Многоосевую классификацию психических расстройств в детском и подростковом возрасте в соответствии с МКБ-10 [70]. Расстройство привязанности возникает в младенческом и раннем возрасте и проявляется в стойких аномалиях моделей социальных взаимоотношений ребенка, сочетающихся с эмоциональными нарушениями как реакциями на изменение социальной ситуации развития. Синдром «реактивное расстройство привязанности» является результатом отсутствия заботы о ребенке, неудовлетворения его потребностей или жестокого отношения к нему. Расстройство привязанности по расторможенному типу в большинстве случаев возникает в результате частой смены вос-

питателей, например, в случаях переходов ребенка из одной приемной семьи в другую.

Подводя итог, подчеркнем, что сегодня проблема психической депривации приобрела общественное значение, остро возросла необходимость дальнейшего решения вопросов причин, механизмов, проявлений психической депривации и разработки эффективных путей компенсации и преодоления нарушений психического развития и реабилитации депривированных детей.

Контрольные вопросы

1. Раскройте общетеоретические основания знания о психической депривации.
2. Назовите этапы развития знания о психической депривации.
3. Назовите и раскройте сущность основных теорий психической депривации.
4. Какая теория выступила истоком теории психической депривации?
5. В чем состоит сущность психической депривации с позиции психоаналитического подхода?
6. Проанализируйте сущность клинического подхода к объяснению феномена психической депривации.
7. Обоснуйте вклад отечественных ученых в развитие теории психической депривации.
8. Обоснуйте вклад зарубежных ученых в развитие теории психической депривации.

ГЛАВА 3

ВИДЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ

Миры вскрываются в песчинках малых.
Верхарн

3.1. Материнская психическая депривация

Долгое время наукой и практикой придавалось значение роли фактора политропности в воспитании и личностном становлении ребенка. В конце 50-х гг. Х. Рейнголд и Н. Бейли, изучая влияние на развитие ребенка нескольких воспитателей – «множественной матери», не отметили различий в развитии детей из групп с одним и четырьмя воспитателями. Советские ученые Н. М. Щелованов, А. Н. Запорожец и другие также указывали на биологическую целесообразность политропности детей при условии хорошо организованной педагогической среды.

При анализе причин недостатков развития основной акцент ставился не на разлуку с матерью, а на дефицит впечатлений в процессе общения и деятельности. Во второй половине двадцатого столетия М. Rutter и L. Yarrow показали, что отставание в развитии детей из учреждений закрытого типа является результатом как отсутствия матери, так и обеднения эмоциональных контактов и совместной деятельности, недостаточности сенсорной и социальной стимуляции детей [92; 145; 146]. Считалось, что не столь значимо, сколько человек воспитывают ребенка, важно, чтобы они любили и заботились о нем, способствовали расширению и разнообразию его связей со средой.

После издания в 1951 г. монографии Дж. Боулби «Материнская забота и духовное здоровье», в которой указывалось на исключительную значимость для раннего развития ребенка связи с биологической матерью, в западных странах встали вопросы об ущербности для здоровья ребенка общественного воспитания.

В контексте изучения проявлений и последствий ранних форм социальной изоляции детей сформулировано понятие «материнская депривация». Оно многогранно и охватывает разнообразные явления (недостаток материнской любви, заботы и др.), но прежде всего – воспитание ребенка в отрыве от матери. Именно с материнской депривацией (материнским лишением) связывают специфику развития многих воспитанников интернатных учреждений, которая состоит в задержках, а также в серьезных нарушениях психического развития и искривлениях личностного становления. З. Фрейд указывал, что разлука с матерью в младенчестве влечет переживания беспомощности, страх, которые, приобретая фиксированный характер в сочетании с другими негативными факторами, влекут фобии, невротические и психопатические расстройства. Джерсилд полагает, что дети, выросшие вне семьи, не испытывают богатые переживания и их способность любить детерминирована полученной ими любовью окружающих.

Дж. Боулби своими исследованиями доказал, что внимательное и чуткое отношение к ребенку формирует чувство привязанности к людям и прежде всего к родителям. М. Эйнсворт отмечала значение для развития личности ребенка чувства привязанности к родителям и указывала, что даже при достижении независимости привязанность к родителям не исчезает. Свидетельством этого выступает тот факт, что, например, после смерти родителей образ покойных оказывает на человека сильное воздействие. М. Эйнсворт рассматривает привязанность как разновидность душевной связи, относительно продолжительных уз, в которых партнер важен как личность и не может быть никем заменен. Говоря о биологической и социальной обусловленности связи матери и ребенка, М. Эйнсворт подчеркивает значимость отцовской связи с ребенком и важность изучения ее основ и механизмов [121].

Представитель школы объектных отношений М. Малер выделила двойственную природу привязанности, состоящую в феномене разделение/индивидуализация, которая может проявиться при условии постоянства либидного объекта. Под разделением М. Малер рассматривает процесс формирования внутриспсихической репрезентации себя, отличной от репрезентации матери, позволяющей функционировать независимо. Индивидуализация в понимании исследователя представляет собой по-

пытку ребенка приобрести уникальную идентичность. По мнению М. Малер, развитие индивида – это развитие способности к близости с объектом и независимости от него [53].

С позиций психоаналитического подхода привязанность к близким рассматривается как анаклитическое отношение или эмоциональная зависимость от ухаживающего за ребенком близкого человека, прежде всего матери. Согласно Р. Шпицу, прерывание этих отношений влечет развитие у ребенка анаклитической депрессии в виде тревожного состояния, уныния и тоски, слезливости, отстраненности от окружающих, отказа от еды и соматических расстройств [118].

Д. Н. Исаев, со ссылкой на исследования А. W. Burgess (1978), приводит признаки стойкой и глубокой, а также плохо формирующейся привязанности у ребенка и матери [32].

Признаки стойкой и глубокой привязанности ребенка к матери:

- возвращение взгляда и поддержание глазного контакта;
- поворот, настороженность, попытка подражать тону материнского голоса;
- улыбка, успокоение;
- принятие формы материнского тела, расслабленность;
- положительные чувства (живость, спокойствие).

Признаки плохо формирующейся привязанности ребенка к матери:

- мимолетный или избегающий глазной контакт;
- отсутствие возврата вокализации, попыток спровоцировать мать на вокализацию;
- отсутствие реакций на обращение матери, плач;
- негибкость, неподатливость, беспокойство;
- негативные или не выраженные чувства (сонливость, беспокойство, продолжающийся плач).

Признаки стойкой и глубокой привязанности матери к ребенку:

- поиск и поддержка глазного контакта;
- интонированное произнесение слов;
- прикасания, ласкание ребенка;
- частое держание на руках, прижимание к телу;
- переживание положительных чувств.

Признаки плохо формирующейся привязанности матери к ребенку:

- избегающий или «плавающий» глазной контакт;
- редкое обращение к ребенку, неиспользование особенных интонаций;
- избегание прикосновений и ласк;
- редкое удерживание ребенка на руках, неприжимание к себе (удерживание ребенка вдали от себя);
- переживание негативных чувств (выраженные неявно или гневливые).

В условиях материнской депривации, дефицита заботы и любви формируется состояние – материнская психическая депривация. Проявления материнской психической депривации разнообразны и охватывают разные сферы личности. Основные проявления следующие: снижение базового доверия к миру; недостаточная сформированность самосознания; инфантилизм с малой способностью к установлению нормальных взаимоотношений с другими людьми и деформацией произвольных форм поведения (рис. 5).



Рис. 5. Признаки материнской психической депривации

Э. Эриксон считает, что самым тяжелым и трудно компенсируемым следствием дефицита материнской теплоты и постоянного материнской заботы выступает снижение базового доверия к миру.

Э. Эриксон основой развития здоровой личности рассматривал общее чувство доверия (уверенность – др. авторы), которое закладывается в орально-сенсорной стадии младенчества. Младенец с чувством доверия воспринимает мир как безопасный, стабильный, людей – внимательными и заботливыми. Приобретенное чувство доверия подготавливает почву для достижения определенной автономии и самоконтроля, избегания чувства стыда, сомнения и унижения, достижения инициативности, идентичности и т. д.

В семьях, где родители чувствуют себя неуверенно в роли родителей, или их система ценностей находится в противоречии с общепринятыми в данной культуре традициями жизни, может возникать атмосфера неопределенности, двусмысленности, в результате чего у ребенка не появляется чувство доверия.

Первый психологический кризис Эриксон связывает прежде всего с качеством материнского ухода и заботы о ребенке в виде передачи ребенку чувства узнаваемости, постоянства, тождества переживаний. Ненадежность, несостоятельность матери и отвержение ребенка влечет появление психосоциальной установки страха, подозрительности и опасений за свое благополучие. Эта установка направлена на весь мир и будет проявляться в своей полноте с взрослением на поздних стадиях личностного развития. Результат, как считает Э. Эриксон, – острая депрессия у младенцев и паранойя у взрослых. Кризис «доверие – недоверие» как и любой последующий кризис, не всегда находит разрешение в течение первого и второго года жизни и будет проявляться снова на каждой последующей стадии.

Э. Эриксон считает, что «здоровое развитие ребенка не является результатом исключительно чувства доверия, но и скорее обусловлено благоприятным соотношением доверия и недоверия. Понять, чему не следует доверять, так же важно, как и понять, чему доверять необходимо. Эта способность предвидеть опасность и дискомфорт также важна для совладения с окружающей реальностью» [114, с. 222].

Уже в младенческом возрасте у детей, воспитывающихся в условиях материнской депривации (вне семьи), проявляются

такие особенности, как снижение интереса к окружающему, безрадостность, молчаливость, пассивность. В отличие от детей из семей они не капризны, не докучливы. В условиях Дома ребенка младенцы, большей частью проводят время наедине с собой в кроватке, безучастно созерцают пространство (чаще потолок, так как в основном находятся в положении лежа на спине), сосут игрушку или палец (в отсутствие тактильного контакта с матерью эти действия закрепляются и становятся постоянными). Зрительный контакт с ухаживающим взрослым или другим ребенком непродолжительный, младенец быстро отвлекается от встречного взгляда, его взгляд становится неподвижным и застывшим в одной точке пространства. Дети трудно привыкают к новым людям (в условиях жизни в Доме ребенка или в детском доме наблюдается частая смена воспитателей), что проявляется в негативизме, раздражительности или излишней навязчивости.

Ослабленность и утомляемость организма, однообразие среды существования, депривация жизненно значимых потребностей (неудовлетворение потребности в пассивных движениях, источником которых выступает мать) влекут развитие доступных ребенку навязчивых примитивных движений типа автоматизмов (перекатывание головы по подушке, удары головой о стенки кровати, раскачивание тела) и подражательных действий, приобретающих стереотипный характер и перерастающих во вредные привычки.

Психомоторное развитие депривированных детей раннего возраста отличается инфантильным характером. В исследовании С. В. Петровой, выполненном под нашим руководством в 2001 г., показано, что локомоторные функции детей развиваются с опозданием: дети начинают держать голову в четыре месяца, в шесть месяцев – переворачиваются со спины на живот, в восемь-девять месяцев самостоятельно садятся, сидят и начинают ползать, в десять месяцев встают, держась за опору. Восприятие окружающего отличается специфическими особенностями: в младенчестве дети с трудом сосредоточивают взгляд на игрушке, другом человеке, в три месяца с трудом находят источник длительного звука, в пять месяцев не отличают своих от чужих, в шесть месяцев не различают строгую и ласковую интонацию. Довербальные проявления не яркие, долго не дифференцированы. Младенцы гуляют с четырех месяцев, лепечут с опозданием – в девять-десять месяцев произносят отдельные слоги, позже появляются слова, фразовая и связная речь.

В исследовании Е. Е. Ляксо, А. Д. Громовой, А. В. Куражовой, О. А. Романовой, А. В. Остроухова, посвященном изучению влияния материнской депривации на речевое развитие детей первых трех лет жизни, выявлены низкие возможности импрессивной (понимание обращенной речи), экспрессивной (произносительная речь) сторон речи, коммуникативных возможностей депривированных детей [66].

Исследованиями И. В. Ярославцевой показано, что депривированных детей младшего школьного возраста характеризует дисгармоничность интеллектуальной сферы (сочетание достаточно высокого уровня развития классификационных форм мышления с недоразвитием наглядно-образного и творческого и др.), недостаточная сформированность речи. Уровень интеллектуальной сферы (вербального, мнемического, математического, конструктивного компонентов) депривированных подростков зачастую значительно ниже уровня интеллектуального развития сверстников из семей [134].

В. С. Мухина, И. В. Дубровина и М. И. Лисина, А. М. Прихожан и Н. Н. Толстых, рассматривая психическое развитие детей, оставшихся без попечения родителей (депривированных детей. – *Авт.*), отмечают не простое отставание психического созревания (аналогичное явлениям при ЗПР), а специфичный и качественно иной его характер [71; 72; 86; 87].

В исследованиях И. В. Ярославцевой выявлены характерологические особенности депривированных детей, состоящие в *интровертированной личностной направленности*. В подростковом возрасте проявляется скрытность, малая общительность, замкнутость, застенчивость, неуверенность в себе, склонность многое усложнять, несамостоятельность, нерешительность, непостоянство в отношениях и интересах. Подростки большому обществу предпочитают одного-двух друзей, а при своей обособленности они чувствительны к мнениям и равнодушны к оценкам окружающих их людей [129; 132].

Выдающиеся отечественные психологи Л. С. Выготский, А. В. Запорожец, А. Н. Леонтьев, М. И. Лисина, Д. Б. Эльконин основное значение в развитии и усвоении детьми общественно-исторического опыта человечества придают общению. И чем младше ребенок, тем большее значение для развития имеет общение с окружающими. В. С. Мухина, М. И. Лисина, И. В. Дубровина и др. указывают на значение в развитии функции общения

постоянных контактов ребенка с воспитывающими его близкими людьми [60; 70; 86]. Н. М. Неупокоевой показано, что воспитанники интернатных учреждений из неблагополучных семей более общительны и восприимчивы к воздействию, чем дети, вовсе не имеющие опыта семейной жизни. При этом общение депривированных детей часто носит формальный эмоционально обедненный оценочный характер.

Снижение доверия к миру и неумение общаться – благоприятная почва для закрепления *агрессивных и враждебных* форм поведения. В сравнении с подростками из семей, которым чаще свойственны вербальная агрессия и негативизм, у депривированных подростков с большей степенью выраженности обнаруживаются обида и подозрительность (у половины и двух третей подростков соответственно). Подозрительность, проявляющаяся в виде недоверия и осторожности, основана на уверенности подростков в том, что окружающие относятся к ним недружелюбно и намерены принести им вред. Обида обусловлена горечью и гневом за их действительные и мнимые страдания. Негативизм обнаруживает пятая часть от общего количества школьников, вербальную агрессию – треть подростков. Лишь некоторые из них характеризуются косвенной (десятая часть воспитанников) и физической агрессией (четвертая часть). Меньшие проявления агрессии и негативизма объяснимы условиями воспитания подростков в интернатных учреждениях: дисциплина и постоянный контроль сдерживают внешние проявления отрицательных эмоций подростков [131; 134].

Ценностные ориентации депривированного подростка также существенно отличаются от ценностных ориентаций подростка из семьи. Последних отличает желание иметь хороших и верных друзей, влечение к независимости, познанию и другие морально-нравственные стремления. Подростки с полной депривацией (не имеющие связей с родственниками) наиболее важными для себя считают материальные ценности. Лишь некоторые из подростков ориентированы на труд. Чаще всего они высказывают пожелания иметь хорошую семью и дружных родителей. Подобные мысли вскрывают значимость для подростков семейного счастья. Менее они демонстрируют такие ценности, как творчество, самостоятельность, широта взглядов [131; 134].

Следствием недостаточной глубины и осмысленности понимания ряда наиболее распространенных нравственных кате-

горий выступает низкий уровень развития механизма дифференциации – механизма выделения наиболее и наименее значимых ценностей. Особенно это касается таких высших ценностей, как совесть, порядочность, долг, ответственность. Если сложные категории подростки часто не способны как-то трактовать, то понимание простых категорий отличается конкретностью и связанностью ситуацией. За низким уровнем развития способности ценностного выбора стоит узкий кругозор, недостаточное развитие логического мышления и речи, сужение социального круга общения. Низкий уровень развития способности к осмыслению содержания нравственных категорий, искажение процесса становления системы ценностей во многом объясняют негативные проявления неосознанного ситуативного реагирования, которое при определенных условиях выступает переходным к асоциальному и делинквентному поведению.

У депривированных подростков преобладают *препятственно-доминантный* и *самозащитный* типы реагирования в сложных жизненных ситуациях. Первый отличается переживанием наличия субъективного препятствия, затрудняющего возможность разрешить конфликт конструктивно. Второй – видением причин своих неудач во внешних обстоятельствах и ожиданием помощи от других. Недостаточно выражена интрапунитивная направленность реагирования, что проявляется в неумении самостоятельно разрешать ситуации, в непризнании своей вины.

Недостаточная сформированность произвольных форм поведения, враждебность, агрессивность, конфликтность свойственны и депривированным детям младшего школьного возраста, воспитанным в условиях депривации [131; 134].

Семья – это не просто живущие рядом и любящие друг друга, родственники (муж, жена, дети). Семья – это первичная модель формирования самосознания – образа «Я» и образов мира, эталонов мужских и женских качеств, поведенческих форм, стилей отношений друг с другом. Личностные проблемы, например проблемы идентификации, обнажаются и обостряются в связи с социальными изменениями, которые не только не обходят семью, а часто прямо ее затрагивают, разрушая или отнимая у ребенка.

Первичная идентификация «Я», является следствием объектных отношений в диаде «мать – дитя» и триаде «отец – мать – дитя» в первый год жизни, лежит в основе

«Я-концепции» ребенка – системы представлений о себе как о носителе физических, интеллектуальных, характерологических, социальных и других свойств. «Я-концепция» помимо представлений о себе включает самооценку и субъективное восприятие влияющих на собственную личность внешних факторов [15].

Нарушение объектных отношений в диаде «мать – дитя» влечет деструктивное развитие «Я-концепции» с яркими проявлениями в эмоционально-личностной сфере и отклонениями социального поведения. Когнитивный компонент «Я-концепции» депривированного подростка проявляется в снижении возможностей полно сформировать и обобщить представления о себе, эмоциональный – заключается в накоплении «аффекта на себя» в результате неудовлетворенности собой и своими действиями. Прогностическая «Я-концепция» депривированного подростка отличается слабо сформированной картиной мира, системой ценностей и взглядов, актуальная – снижением когнитивного компонента, ретроспективная – отсутствием багажа положительных эмоций, необходимого для развития «Я-концепции». Так, депривированный ребенок имеет негативное отношение к своему «Я», не умеет адекватно оценивать себя – свои качества, возможности, действия, поступки.

Р. Бернс, говоря о специфике развития «Я-концепции» в условиях депривации, связывая ее негативное, лишенное позитивности содержание с ранней разлукой с матерью (феномен материнской депривации), считает, что изоляция от близких формирует у ребенка почву для становления определенного характера самосознания – ощущения отторгнутости (отторженности), одиночества, и в итоге приводит к тяжелому последствию – неприятию мира и себя в нем [13].

В исследованиях М. П. Асламовой и И. В. Ярославцевой у депривированных подростков выявлен низкий уровень доверия к миру, что ярко проявилось в вере в несправедливость, снижении толерантности в виде несдержанности в отношениях со взрослыми, конфликтности со сверстниками [5].

Искажение процесса развития «Я-концепции» у депривированных детей, составляющей ядро личностного становления, нарушает всю систему их отношений с другими людьми. А. Г. Рузская и И. В. Дубровина отмечают, что у младших подростков в основе отношений со взрослыми и товарищами лежит их практическая полезность и нужность [86]. У них не развивается

глубокое эмоциональное взаимодействие – привязанность, а чувства часто отличаются поверхностностью и нестойкостью. А. М. Прихожан и Н. Н. Толстых, Т. И. Юферева описали две линии поведения подростков-сирот, предопределенные неудовлетворенностью их потребности в общении со взрослыми. Одна характеризуется тревожностью по отношению к взрослым и чаще отмечается у детей младшего школьного возраста, другая – враждебностью и агрессивностью к старшим в виде грубости, нетерпимости и более свойственна подросткам [86; 87]. При этом, как отмечают М. И. Лисина, И. В. Дубровина, А. Г. Рузская и др., у сирот выражены желание быть в центре внимания взрослого, потребность в ласке и человеческом тепле, положительных контактах и постоянная неудовлетворенность данной потребности [87].

Согласно концепции В. С. Мухиной, идентификация и обособление выступают механизмами, которые способствуют социализации и индивидуализации человека. В. С. Мухина пишет: «...идентификация прежде всего обеспечивает усвоение конвенциональных ролей, норм, правил поведения в обществе. Кроме того, идентификация содействует развитию таких позитивных качеств, как сопереживание, сорадость, толерантность. Идентификация, имея происхождение из глубин природно обусловленных форм, отождествления внутри вида (особенно у социальных животных), развивается затем как социально-исторический механизм присвоения, отождествления, подчинения и др. Идентификация развивается также и как способ сознательной регуляции развития и бытия конкретного человека как личности» [75, с. 408]. Обособление В. С. Мухина рассматривает как «...прежде всего механизм установления с другим человеком отношений на социально приемлемых началах, дающих возможность общающимся сохранять свою индивидуальность, чувство собственного достоинства и тем самым реализовывать свои притязания на признание» [75, с. 425].

Одной из составляющих базиса личности, стержнем ее психосексуальной сферы выступает половое самосознание. В настоящее время в контексте теорий развития и становления личностной идентичности широко обсуждается проблема механизмов половой идентичности, трактуемой в психологии как «переживание и осознание человеком своей половой принадлежности, физиологических, психологических и социальных особенностей своего пола» [15, с. 393].

Поскольку развитие переживаний человеком маскулинности-феминности и формирование моделей социального поведения по мужскому или женскому типу идет через освоение системы норм и правил поведения и взаимоотношений между мужчиной и женщиной в процессе половой социализации, прежде всего в семье, в психологии развития и клинической психологии остро стоит проблема психологического пола (половой идентичности и половой роли) у детей, воспитанных в неблагополучной семье или вне ее.

Научных исследований по проблеме *полового самосознания* депривированных детей крайне мало, но исследователи отмечают, что психическая депривация проявляется в искривлениях не только эмоциональной и познавательной сфер, но и психосексуальной.

В разлаженных, а также неполных семьях ребенок не имеет возможности приобретения опыта полноценного общения с обоими или одним из родителей, так как в них отсутствуют адекватные модели женского и мужского поведения. Дети, не имея психосексуального образца, часто отождествляют себя с образцами противоположного пола, или усваивают искаженные полоролевые стереотипы. Так, М. Раттер одним из последствий воспитания ребенка в неполной семье (если он проживает с родителем противоположного пола) выделил неполноценность процесса половой идентификации [92].

В работах И. В. Ярославцевой [131] и в диссертационном исследовании Ю. В. Васильковой [18], выполненном под нашим руководством, показано, что подросткам с психической депривацией свойственно недоразвитие эмоционально-оценочного отношения к своему телу и внешнему виду, несформированность стереотипов мужского и женского поведения, неразвитость представлений о взаимоотношениях полов, в том числе гендерных ролей в семейных отношениях и в профессиональной деятельности, а также доминирование маскулинных черт у девочек и фемининных у мальчиков.

Совокупность негативных особенностей гендерной идентичности депривированных подростков позволили Ю. В. Васильковой составить портрет гендерной дезидентичности, представляющей собой актуальное состояние в виде снижения переживания «Я-целостности» на срезе жизненного пути, проявляющееся в противоречии личностного самосознания, пове-

дения и требований, предъявляемых к определенной гендерной роли. Описаны две формы гендерной дезидентичности: неадекватная гендерная идентичность и несформированная гендерная идентичность. Неадекватность гендерной идентичности у девочек подросткового возраста проявляется в высоком уровне фемининных черт и, соответственно, высоком уровне маскулинности у мальчиков-подростков. Несформированная гендерная идентичность характеризуется не только демонстрацией депривированными подростками черт противоположного пола, но и размытостью или отсутствием образа тела, несформированностью осознания отличий в характере и поведении мужчин и женщин, а также недостаточностью способов выражения этих отличий. Мальчики с чертами личности, не соответствующими полу (их больше, чем девочек), отличаются застенчивостью, нерешительностью, эмоциональной лабильностью, эмпатией и добротой, слабой способностью к применению физической силы, даже при необходимости, и другими фемининными особенностями. Девочки, наоборот, ярко проявляют несдержанность, настойчивость, твердость, стремление к лидерству и жестокость. Подобная половая идентичность усиливает раздражительное и депрессивное состояния подростков-сирот, способствует закреплению агрессивных тенденций в поведении, влияет на успешность усвоения школьной программы. И чем раньше прерываются связи со значимыми взрослыми, тем чаще проявляются деформации полового самосознания [135].

Подростки с неадекватной гендерной идентичностью и несформированной гендерной идентичностью демонстрируют низкий или очень низкий уровни готовности к самостоятельной жизни и деятельности в обществе. При низкой социальной готовности подростки имеют низкий уровень сознательности. Они редко соблюдают нормы поведения, плохо ориентируются в жизненных ситуациях, отличаются низким или очень низким уровнем профессиональной ориентированности, умений общаться в стандартных ситуациях, межличностная коммуникабельность и способностей организовывать досуговую деятельность. В связи с этим в будущем может быть затруднено установление контактов со сверстниками своего и противоположного пола, профессиональное самоопределение, становление семейных отношений.

Отрицательное последствие воспитания вне семьи проявляется в особенностях представлений подростков о мужчине и

женщине и понимания их роли и функций в семейной жизни [131; 134]. В отличие от сверстников из семей, понимание мужественности/женственности которых характеризуется широким спектром ролей, выполняемых лицами разного пола (мама, дочь, сестра, подруга, отец, сын, брат и т. д.), в представлениях воспитанников интернатных учреждений отчетливо выделяются два полярных образа маскулинности-фемининности – положительный и отрицательный, и их содержание отлично от образов «мужчины» и «женщины», сформировавшихся у детей из семей.

Подростки из семей видят мужчин и женщин образованными, деловыми, наделенными разнообразными интересами, сильными, красивыми, модно одетыми, любящими близких и заботящимися о них. В их отрицательных представлениях высвечивается определенный круг проблем: невыполнение домашних обязанностей, злоупотребление алкоголем, курение, грубость, жестокость, бедность интересов, отсутствие увлечений и др. Отрицательные характеристики не являются доминирующими в сочинениях, но все же представляют собой индикаторы многих скрытых ребячьих проблем. При этом девочек отличают более насыщенные и яркие представления об эталонах мужественности.

Депривированные воспитанники детского дома, наоборот, чаще раскрывают свое понимание мужчины и женщины с помощью негативных характеристик. В зону критики депривированных подростков вошли алкоголизм родителей, невыполнение родительских обязанностей, грубое и жестокое отношение к детям, тунеядство и многое другое. Например, в сочинениях встречаются следующие высказывания: «... если бы мамка не пила, все было бы по-другому», «... не хочу, чтобы били детей, чтобы они голодали». Здесь и далее высказывания детей цитируем дословно. Диапазон положительных качеств мужчин и женщин недостаточно широк и охватывает в основном сферу взаимоотношений мужчины и женщины, родителя и ребенка. Сироты отмечают: «Родители должны любить своих детей, обеспечивать их всем», «Мужчины не должны распускать руки, как мой папка», «Хотелось, чтобы люди были добрые и честные». Претензии детей-сирот чрезвычайно остры и глубоки, но отличаются от запросов сверстников из семей низкими требованиями к трудовым умениям и деловым качествам мужчин и женщин, их интересам, способностям, увлечениям и многому другому.

Судя по содержанию многих сочинений депривированных подростков, семейно-бытовая сфера жизнедеятельности привлекательна для большинства из них. Однако одни категорически против семейной жизни, другие ратуют за нее. Так, Стас Д. пишет: «Я никогда не женюсь, мне жена-пьяница не нужна». В этом высказывании выплеснуто стойкое отрицательное отношение к женскому полу, уверенность, что все женщины ведут аморальный образ жизни.

Содержание других высказываний наполнено позитивными переживаниями и верой в свершение представлений: «Семья должна быть дружной, чтобы никто ни с кем не ругался, все дела делали вместе, была большая квартира, куда могли бы приходиться друзья, муж бы готовил для детей разные вкусности, дарил жене цветы и во всем помогал ей» или «Мне нужен добрый и красивый муж, чтобы деньги в дом приносил, покупал все, что захочу, дети были бы послушные».

Бедный и неблагоприятный опыт жизни с родителями находит отражение в том, что подростки *неполно и нечетко представляют функции мужчины и женщины в семье*. Большинство депривированных подростков считают: «Мужчина должен зарабатывать деньги, а женщина делать все по дому – стирать, готовить, детей воспитывать». Мало кто задумывается о совместном воспитании детей и проведении досуга, о поддержке друг друга в трудные мгновения жизни. Хотя эти желания воспитанников реалистичны и раскрывают позиции подростков в отношении выполнения супругами брачно-семейных функций, в результате крайне ограниченного позитивного опыта жизни в семье сложившиеся представления очень конкретны и сосредоточены вокруг узко бытовых проблем. Во многих высказываниях идеализированы образы мужа, отца, жены и матери.

Столкновение положительных и отрицательных образов мужского и женского, противоположных эталонов семейных взаимоотношений способствует еще большему искажению представлений о маскулинности-фемининности и, в свою очередь, порождает конфликтную систему требований к семье.

Как известно, установка на брак и семью рождается и поддерживается ценностями семьи, дома, детей. Исследованиями Т. И. Юферевой и И. В. Ярославцевой показано, что у воспитанников детских домов в связи с отсутствием семьи ее ценность повышена [131; 134]. Это способствует идеализации образа

семьянина и отношений в семье. Но наряду с этим в сознании сирот присутствует аффективно насыщенное и четкое представление о том, какими не должны быть мужчина и женщина, мать и отец. Излишнее употребление бывшими родителями спиртного и жестокое отношение к детям может спровоцировать развитие у них невротических состояний или неврозов, формирование отрицательного отношения ко всему мужскому/женскому, или подкрепить деформированные представления о маскулинности/фемининности. В таких случаях мальчики часто вместе с отрицательными чертами характера отцов отвергают и положительные проявления их мужественности, или стремятся во всем походить на них. Девочки, воспитанные в аморальных условиях, в течение многих лет оказываются не способными к установлению нормальных отношений с мужчинами или, наоборот, рассматривают алкоголизацию и грубость показателями мужественности.

В условиях воспитания вне семьи нарушается фазовый характер психосексуального развития, состоящий в последовательном прохождении определенных этапов. В ходе психосексуального развития личности результаты предшествующего этапа отражаются в последующих фазах развития, и если они несут негативное содержание, то на последующем этапе может возникнуть отклонение. Например, гомосексуальное поведение в подростковом возрасте может быть преходящим и отражать нормальное психосексуальное развитие в этом периоде онтогенеза, но депривационное влияние (например, воспитание в закрытом учреждении) способно усилить эту особенность развития, изменяющую ориентацию подростка, и способствовать «застреванию» гомосексуального поведения в этой фазе.

А. Е. Личко [62] своими исследованиями показал, что ситуативно обусловленная сексуальная девиация – «транзиторный подростковый гомосексуализм» сильна в закрытых мужских или женских учреждениях. У старших подростков «транзиторный гомосексуализм» вызывается сильным влечением при отсутствии лиц противоположного пола. У младших – он может быть следствием подражания, соблазна, принуждения со стороны старших. В отличие от истинного гомосексуализма транзиторные склонности, при условии отсутствия другихотягощающих факторов, в присутствии представителей противоположного пола блекнут или вовсе угасают.

Воспитание вне родительского дома – противоестественное и аномальное явление, отягощающее процесс личностного становления ребенка. Поэтому А. А. Ткаченко рассматривает депривационную модель одной из основных среди использующихся для объяснения механизма формирования парафилий, особенно агрессивно-садистического типа [104].

Практика показывает, что дети с печальным опытом жизни в семье и вне ее часто несчастливы в личной жизни. Нередко выпускники интернатных учреждений для детей-сирот с большими трудностями создают свои семьи, а создав их, не выстраивают полноценные отношения с супругом и не находят взаимопонимания с его родственниками. Негативным следствием воспитания вне семьи выступает невозможность во многих случаях реализовать свое родительское предназначение. В других случаях смещение ценностных ориентаций женщин в сторону маскулинности, а мужчин к фемининности, как правило, является причиной дисгармоничных браков и дезорганизует полороловое поведение детей в таких семьях. Из несчастливых детей получаются трудные родители, а у трудных родителей почти всегда дети несчастливые [20].

Согласно существующему представлению, дети, воспитанные в условиях материнской депривации, отличаются от сверстников из семей формированием специфических механизмов приспособления к жизни вне семьи. Л. М. Шипицына с соавторами полагают, что это не только следствие разрыва ранних связей с матерью и близкими родственниками, но и результат отсутствия у ребенка возможностей выполнять функции члена семьи и играть другие социальные роли. [90].

Длительная и жесткая депривация, начавшаяся в младенчестве и продолжающаяся около трех лет, обычно приводит к тяжелым последствиям для интеллектуального и личностного развития, мало поддающимся исправлению. Так, отрыв ребенка от матери в период, когда их единство еще не окрепло, переносится ребенком сравнительно легко, но при этом его последствия не предсказуемы. Разлука с матерью или с замещающим ее лицом с 6–7 месяцев до 3 лет влечет, как мы уже указывали, серьезные нарушения в развитии. В условиях последующего усыновления патогенные влияния ранней разлуки с матерью полностью не компенсируются: дети отличаются агрессивностью, раздражительностью, импульсивностью, многие – инфан-

тельностью и малой способностью к установлению нормальных взаимоотношений с другими людьми.

Как было отмечено во второй главе, выделенные выше расстройства в развитии депривированных детей в детской психиатрии составляют синдромы реактивного расстройства привязанности и расстройства привязанности по расторможенному типу и относятся к расстройствам социального функционирования (F94) в результате негативных средовых влияний и отсутствия благоприятных условий для нормального развития ребенка. Эти расстройства входят в группу клинических психопатологических синдромов поведенческих и эмоциональных расстройств, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте (2003).

Реактивные расстройства привязанности детского возраста (F94.1) так охарактеризован в Многоосевой классификации психических расстройств в детском и подростковом возрасте в соответствии с МКБ-10 [70, с. 65–67]:

«Это расстройство, возникающее у младенцев и детей раннего возраста, характеризуется стойкими аномалиями модели социальных взаимоотношений ребенка, которые сочетаются с эмоциональными нарушениями, являющимися реакцией на изменения условий окружающей среды. Характерны также такие особенности, как боязливость и повышенная настороженность, при которых ребенок не реагирует на попытки его успокоить, крайне низкое качество социального взаимодействия со сверстниками, глубокая печаль; нередко возникают проявления самоагрессии и агрессия в отношении других; в некоторых случаях наблюдается задержка или прекращение роста. Синдром, по видимому, возникает как прямой результат полного отсутствия заботы о ребенке со стороны родителей, пренебрежения его насущными потребностями или жестокого обращения.... Ключевыми симптомами является аномальная модель отношений с лицами, осуществляющими уход за ребенком, развивающаяся в возрасте до 5 лет и включающая стойкие проявления дезадаптации, обычно не свойственные здоровым детям, но все же доступные коррекции при существенных изменениях в условиях воспитания. Дети раннего возраста с данным синдромом проявляют весьма противоречивые или амбивалентные социальные реакции, особенно заметные при расставании или встрече с близкими. Так, ребенок может подходить к ним, не глядя в их сторо-

ну, упорно отворачиваясь, когда его берут на руки или неоднозначно реагировать на ухаживающих лиц, одновременно стремясь к ним и избегая, не реагируя на попытки его успокоить. Эмоциональные нарушения проявляются в снижении настроения, недостаточности аффективного реагирования, реакция отгороженности (при которых ребенок, например, сидит, съевшись на полу) и/или агрессивных реакций на собственный или чужой дистресс. Во многих случаях наблюдается боязливость и излишняя настороженность (которую иногда описывают как «застывший следящий взгляд»), когда ребенок не реагирует на попытки успокоить его. В большинстве случаев дети проявляют интерес к взаимодействиям со сверстниками, однако социальной игре мешают негативные эмоциональные реакции. Расстройство привязанности может также сопровождаться нарушениями соматического здоровья и замедлением роста; при необходимости для их обозначения следует использовать дополнительные коды, соответствующие соматическим нарушениям (R62) АО Оси IV. У многих здоровых детей имеются признаки некоторой недоверчивости в моделях селективной привязанности к одному из родителей, однако эти реакции не следует путать с реактивным расстройством привязанности, отличающимся во многих отношениях. При этом расстройстве обнаруживается аномальный тип недоверчивости, проявляющийся в явно противоречивых социальных реакциях, обычно не наблюдающихся у здоровых детей. Аномальные реакции распространяются на различные социальные ситуации, а не ограничиваются взаимоотношениями с одним конкретным человеком; характерными признаками являются отсутствие реакции на попытки успокоить ребенка и наличие сопутствующих эмоциональных нарушений в форме апатии, печали или боязливости.

Пять основных особенностей отличают это состояние от общих расстройств развития. Во-первых, дети с реактивным расстройством привязанности обладают нормальной способностью к социальным взаимоотношениям и ответным реакциям, а при общих расстройствах развития эта способность отсутствует. Во-вторых, хотя при реактивном расстройстве привязанности аномальные модели социальных реакций исходно являются общей чертой поведения ребенка в разнообразных ситуациях, они существенно меняются в лучшую сторону, если ребенка помещают в нормальное воспитательное окружение, обеспечи-

вающее в отношении ребенка постоянство заботы и отзывчивости. Этим положительным сдвигам не наблюдается при общих расстройствах развития. В-третьих, хотя при реактивном расстройстве привязанности могут возникать нарушения речевого развития (подобные описанным под рубрикой F80.1), эти дети не обнаруживают аномальных качеств общения, характерных для аутизма. В-четвертых, в отличие от аутизма, реактивное расстройство привязанности не сопровождается стойкой и тяжелой когнитивной недостаточностью, на которой никак не сказываются изменения окружающей среды. В-пятых, постоянно ограниченные, повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и виды занятий не являются симптомом реактивного расстройства развития.

Реактивное расстройство привязанности почти всегда возникает в связи с выраженной неадекватностью ухода за ребенком и его воспитания. Они могут принимать форму психологического насилия или пренебрежения психологическими потребностями ребенка (в виде излишне строгих наказаний, постоянного отсутствия реакций на обращения, полной несостоятельности родителей в вопросах воспитания), а также физического насилия и пренебрежения телесными потребностями ребенка (в виде постоянного невнимания к основным физиологическим потребностям ребенка, повторяющегося преднамеренного нанесения ребенку телесных травм, недостаточного обеспечения питанием)...

Расстройство привязанности детского возраста по расторможенному типу (F94.2) представляет собой «Особую модель патологического социального функционирования, которое возникает в первые 5 лет жизни и, установившись, в дальнейшем имеет тенденцию к сохранению даже в тех случаях, если в окружающей обстановке происходят существенные изменения. В возрасте двух лет расстройство обычно проявляется стремлением постоянно цепляться за старших, проситься на руки и диффузными, нецеленаправленными формами привязанностями, отсутствием избирательности при их формировании. К четырем годам диффузные привязанности сохраняются, а стремление проситься на руки и за кого-то держаться сменяется направленным на привлечение внимания и неразборчиво-дружественным поведением. Позже, в дошкольном и школьном возрасте, у детей могут развиться избирательные привязанно-

сти, однако поведение, направленное на привлечение внимания часто сохраняется, и взаимодействия со сверстниками обычно остаются слабomodулированными. В зависимости от обстоятельств, клиническая картина может включать сопутствующие эмоциональные или поведенческие нарушения. Синдром наиболее отчетливо определяется у детей, с младенчества воспитывавшихся в детских учреждениях, но может возникать и в других ситуациях; считается, что он частично обусловлен отсутствием возможности развития избирательных форм привязанности вследствие частой смены лиц, воспитывающих ребенка. Концептуальное единство синдрома зависит от раннего появления диффузных форм привязанности, стойких нарушений социального взаимодействия и отсутствия ситуационно обусловленной модуляции поведения.

Диагноз устанавливается на основании сведений о том, что в течение первых 5 лет жизни у ребенка отмечались диффузные, лишенные избирательности формы привязанности и что этому в период младенчества сопутствовало стремление постоянно за кого-то цепляться, а позже, в дошкольном и школьном возрасте, появилось поведение, направленное на привлечение внимания окружающих. Детям обычно свойственны затруднения в формировании близких, доверительных отношений со сверстниками. Клиническая картина может включать и сопутствующие эмоциональные или поведенческие расстройства (отчасти зависящие от текущих обстоятельств жизни ребенка). В большинстве случаев история первых пяти лет жизни ребенка включает частые смены воспитателей или несколько переходов ребенка из одной семьи в другую (речь идет, например, о смене приемных родителей). Включаются: «психопатия с неустойчивыми формами привязанности»; учрежденческий (институциональный) синдром.

Таким образом, можно заключить, что дети, воспитывающиеся в ситуации материнской депривации (вне семьи), лишены условий для здорового развития, той первой школы, где идет овладение целостной системой нравственных ценностей и идеалов, культурных традиций общества. Значимыми проводниками социализации для депривированного ребенка выступают педагоги, воспитанники детского дома, средства массовой информации. В депривационных условиях социальное самоопределение, – определение позиции и роли в системе социальных отношений, затруднено и большинство детей, оказывается вос-

приимчивыми к негативным влияниям среды и неприспособленными к меняющимся жизненным ситуациям – социально-дезадаптированными в обществе. Признаками материнской психической депривации – состояния, носителями которого являются проживающие вне семьи или в неблагополучной семье дети, выступают снижение базового доверия к миру (недоверие, настороженность, враждебность, агрессивность); недостаточная сформированность самосознания; инфантилизм с малой способностью к установлению нормальных взаимоотношений с другими людьми и деформацией произвольных форм поведения.

Однако при всей пагубности влияния, материнская депривация фатально не предопределяет деформации психического развития. На подростковом, юношеском и более позднем возрастных этапах при благоприятных условиях жизни вполне достижимо определенное уравнивание психического «искривления» и компенсирование психической депривации.

3.2. Эмоциональная психическая депривация

Для полноценного психического развития, наряду с другими условиями, важнейшим выступает положительная эмоциональная связь ребенка с биологическими родителями или заменяющими их лицами. Если ребенок желанный, правильно организован процесс его жизнедеятельности, вовремя начатое обучение учитывает его возможности и осуществляется постепенно, с опорой на зону ближайшего развития, если в полной мере удовлетворяются потребности ребенка в принадлежности и любви, то маловероятно проявление негативных состояний. В результате недостаточного удовлетворения этих значимых для развития ребенка потребностей развиваются эмоциональные переживания, которые могут повлечь состояние «эмоциональная психическая депривация».

Как положительные, так и отрицательные эмоции проявляются сразу после рождения и связаны прежде всего с удовлетворением или неудовлетворением потребностей ребенка. Так, Н. Wallon (1967) отмечает, что уже в первый день жизни в ответ на тактильное взаимодействие с человеком, например при стимуляции кожи, а на двадцатый день – при обращении окружаю-

щих появляется улыбка. По данным Р. Шпица и других исследователей, реакция улыбки, как специфический возрастной эмоциональный феномен, возникает в возрасте от двух до шести месяцев [118].

Классиками зарубежной психологии уже у новорожденных выделены такие отрицательные эмоции, как гнев и страх (Дембовский, 1959), неудовольствие (Jzard, 1971), имеющие свое выражение в плаче. По данным Д. Н. Исаева [32] с десятидневного возраста у младенцев проявляется грусть и тревога в голодном состоянии и удовлетворенность после кормления. По мнению G. Bronson (1972), неудовольствие и страдание ребенка в своей основе имеют длительные и безуспешные попытки ассимиляции при появлении чужого; страх, как считает J. Bowlby (1969), является состоянием переживания чего-то, реального или несуществующего, угрожающего безопасности, либо отсутствия того, что обеспечивает ребенку безопасность, например матери.

Уже на ступени внутриутробной жизни для развития психоэмоциональной сферы значимо отношение матери к будущему сыну или дочери, а также характер ее взаимодействия с окружающей средой. В младенчестве, а чаще в период новорожденности важен положительный эмоциональный фон общения с ребенком. F. Dunbar (1944) указывает, что дети отказываются принимать пищу от матерей, находящихся в возбужденном состоянии, отрицательно реагируют на резкие и сильные эмоции взрослых. По данным M. Fries (1944), тревога новорожденного и младенца, детерминирующая различные по проявлениям дисфункции организма, зарождается в период раннего взаимодействия матери и ребенка. Если дети младенческого возраста не обеспечены правильным и постоянным материнским уходом, то, как показано исследованиями M. Ribble (1945; 1965), у них быстро развивается болезненное состояние напряжения организма и психическая патология, например, аутизм, – по данным L. Kanner (1955; 1957), тяжелая анаклитическая депрессия, часто приводящая к смерти, описанная Р. Шпицем и В. Коблинером [118].

Наукой доказано, что мажорные родительские (материнские) эмоции необходимы младенцу с первых дней жизни еще потому, что, как указывает Е. Н. Винарская [19], «заражая» ими младенца, мать стимулирует развитие его интереса к окружающему миру. Удовлетворение интереса связано с затратами внутренней энергии, стимуляцией обменных процессов организма, а

также механизмов его созревания. Эмоционально-теплый материнский уход в раннем детстве способствует как психоэмоциональному созреванию, так и накоплению ребенком позитивного познавательного опыта, который в дальнейшем выступает хорошей основой для развития познавательной сферы и коммуникативной активности ребенка. Минорные эмоции матери (родителей), равнодушное и безразличное отношение к ребенку снижают интенсивность физиологических процессов организма, что не замедлит проявиться в подавлении интереса ребенка к внешнему миру, снижении у него силы потребности в общении и, в связи с этим, в недостаточности коммуникативно-познавательного и эмоционального созревания, что, в свою очередь, может повысить вероятность развития состояния психической депривации.

И. В. Дубровина, М. К. Бардышевская и другие [28] отводит системе эмоционального взаимодействия между матерью и ребенком роль основы для образования «аффективного ядра» личности. Здесь важно вернуться к теории привязанности Дж. Боулби [16; 141], к понятию «рабочая модель». Рабочая модель, по мнению исследователя, включает модель себя и близкого человека. И восприятие самого себя детерминировано восприятием другого (объектом привязанности). Память, как компонент «аффективного ядра» личности, сохраняет образы и образцы взаимоотношений с близкими людьми и воспроизводит их при взаимодействии с другими, тем самым определяя характер отношений в диаде «Я – Он». Таким образом, эмоциональный опыт раннего детства хранится в виде неосознаваемого знания, включающего в себя правила общения, способности к взаимодействию, эмпатию и запреты, и образует «аффективное ядро» личности. Скудность позитивного опыта разностороннего взаимодействия (в большей степени тактильного) обуславливает угасание силы ощущения эмоциональной безопасности и трудности в становлении разнообразных контактов детей с окружающей средой.

Опираясь на имеющиеся знания, М. К. Бардышевская выделяет следующие основные функции привязанности в младенчестве: регуляция аффективного возбуждения ребенка через непрерывный эмоциональный обмен с матерью; развитие саморегуляции поведения; формирование «морального Я», что в понимании автора состоит в интеграции опыта эмоционального об-

щения с близкими и «перенос» освоенных правил взаимодействия на общение с другими людьми.

Глубокие и прочные эмоциональные связи с матерью (родителем) снижают отрицательные эмоции, усиливают и пробуждают положительные чувства, приумножают доверие к миру, конструктивно-позитивные формы познания и поведения ребенка.

Воспитываясь вне семьи или в обстановке крайнего семейного неблагополучия, ребенок лишен возможности овладевать позитивным эмоциональным опытом взаимодействия с близкими, поскольку интуитивное материнское поведение, органичной составляющей которого выступают тактильный, зрительный и речевой контакты, часто не возникает у лиц, в частности воспитателей, заменяющих родителей. В условиях, когда все ухаживание за ребенком ограничивается кормлением, пеленанием и переодеванием, младенец не имеет возможности запечатлеть и исследовать особенности эмоционального поведения матери, такие как жесты, телесные проявления, мимика, голосовые реакции др. Исследованиями Н. М. Щелованова и Н. М. Аксариной [119] показано, что удовлетворение органических потребностей лишь снимает эмоционально-отрицательные реакции у ребенка, предопределяя тем самым возникновение эмоционально-положительных реакций, но не порождает их. В депривационных условиях (Дом ребенка, детский дом или интернат) глубокие эмоциональные связи не формируются и в результате дети не овладевают средствами преодоления отрицательных эмоций и становления позитивных форм познания действительности и поведения. Их отличает недоверие к миру, инактивность, трудности в становлении контакта с социальным миром, эмоциональные нарушения и аффективные расстройства поведения (рис. 6).

Наблюдения показывают, что депривированные младенцы малоэмоциональны, крик и плач преобладают над позитивными эмоциями, они чаще, чем дети из благополучных семей, проявляют беспокойство, бедную мимику и мимику неудовольствия, хныканье. Функцию общения младенцев двухмесячного возраста выполняет «комплекс оживления», появляющийся в радостном поведении, сопровождающемся улыбкой, двигательным оживлением и голосовыми реакциями удовольствия. У депривированных детей комплекс оживления неактивный и появляется в пять месяцев.



Рис. 6. Признаки эмоциональной психической депривации

У детей постарше нарушение эмоционального общения с окружающими людьми влечет снижение потребности во взаимодействии и сотрудничестве, нарушение развития предметно-манипулятивной и игровой деятельности. Деятельность детей характеризуется однообразием и простым манипулированием предметами. У детей раннего и дошкольного возраста эмоции поверхностны и нестойки, они печальны и пассивны, чувство привязанности к взрослому не возникает. В младшем школьном и подростковом возрасте негативные эмоциональные и коммуникативные проявления закрепляются. Школьников характеризует неумение строить общение с окружающими взрослыми и сверстниками.

Исследованиями И. В. Ярославцевой (2000, 2003) показано, что многие депривированные подростки отличаются *эмоциональной нестабильностью* и *повышенной возбудимостью*. Их довольно легко вывести из рабочего состояния, они вспыльчивы, неуравновешенны, бурно реагируют даже на незначительные замечания, при неприятностях могут надолго терять равновесие духа и оказываются неспособными самостоятельно управлять ситуацией. Большинство подростков (около 90 %) имеют высокий уровень *личностной тревожности*. Лишь не-

большая группа школьников отличается невозмутимостью, спокойствием, вялостью, доходящей до апатии.

По данным М. Н. Достановой, Е. Б. Кнорре, Е. А. Климовой, С. В. Кривцовой (1997) воспитанники интернатных учреждений *одиноки*. И. В. Ярославцевой (2000, 2003) отмечено, что подростков с выраженным состоянием одиночества (высокий или критический уровень) немного. Им свойственны отсутствие эмоциональных контактов с близкими людьми и сверстниками, аутичность, холодность, уход в себя и депрессивные проявления. Высокий уровень одиночества часто характеризует подростков с низкой успеваемостью в школе и нарушением гармоничных межличностных отношений. Последние проявляются в агрессивном и враждебном поведении, в изоляции от коллектива сверстников, при которой подросток находится вне группы, наблюдает за ней, но не присоединяется, или в чрезмерной навязчивости к окружающим. Подростков со средним уровнем выраженности одиночества (их большинство) отличает от сверстников вялость, неактивность, ощущение эмоциональной изоляции. Связи с другими людьми они не рассматривают как разносторонние и глубокие, а оценивают как случайные и поверхностные. Их состояние подпадает по формулу: «Быть среди людей, но не с ними». Примерно пятая часть подростков не переживает подобное состояние.

Одиночество детерминировано различными причинами. Такое состояние часто встречается на фоне скрытой враждебности подростков. Им свойственны импульсивность, вспыльчивость, стремление доминировать, бесцеремонность в обращении, специфические межличностные проблемы, проявляющиеся в повышенной раздражительности в присутствии других людей, неоправданной критике окружающих, оказании психологического давления на других людей. Связанные с враждебностью отрицательные внутренние установки являются весьма устойчивыми и плохо контролируемыми, что ведет к изоляции от других людей и одиночеству (Ярославцева, 2000, 2003).

В других случаях одиночество вызывается нарушениями механизма взаимодействия мотивов приближения и избегания. В случаях сочетания низкого уровня стремления к принятию и высокого уровня страха отвержения подростки переживают ничемность, нелюбимость, непонимаемость, испытывают ощущение эмоциональной и социальной изоляции. Эти пережи-

вания, с одной стороны, и отсутствие навыков адекватного общения, с другой стороны, отчуждают подростков от реального общения и погружают их в собственный внутренний мир. Боясь быть отвергнутыми, они активно избегают контактов с людьми. Результатом выраженности мотивов стремления к принятию и страха отвержения (встречается реже), выступает подростковая застенчивость, стремление к общению, но, в то же время, избегание его. Из-за боязни оказаться несостоятельными в глазах других подростки не проявляют инициативы в установлении межличностных контактов. В связи с этим им трудно преодолеть одиночество, а страх, порожденный прежним неудачным опытом, еще более усиливает это состояние (Ярославцева, 2000, 2003).

Многие исследователи указывают на перегрузку депривированных воспитанников учреждений интернатного типа общением. В подростковом возрасте давление необходимости быть всегда с кем-то детерминирует потребность к тому, чтобы побыть одному. Однако последнее в силу условий общежития в детском доме также оказывается неудовлетворенным. Понятие «побыть одному» не тождественно понятию «одиночество». Первое отражает присущую всем подросткам потребность в уединении, естественном стремлении к обособлению, названному В. С. Мухиной психологическим «капсулированием», и представляющим собой механизм индивидуализации личности [73]. Второе понятие «одиночество» характеризует состояние человека, вследствие не сложившихся взаимоотношений с окружающими, полного равнодушия к другим людям, отсутствия дружбы и любви. Такое состояние развивается в результате эмоционального отчуждения (лишения, обособления) в депривационных условиях жизни. Субъективные переживания одиночества, как и другие составляющие депривационного синдрома, влияют на адаптацию депривированных детей, воспитанных вне семьи или в обстановке семейного неблагополучия, в среде и осложняют процесс их социализации.

Яркими проявлениями эмоциональной психической депривации выступают личностные расстройства и поведенческие отклонения. Для детей характерны ситуативные характерологические, патохарактерологические реакции, часто обуславливающие патохарактерологическое развитие личности.

В неблагополучных условиях жизни (гопоопека, безнадзорность, семейный алкоголизм, наркомания, насилие и жестокость

в отношении детей) могут формироваться аффективно-возбудимый тип патологического развития личности со склонностью к гневливости, конфликтам, частым аффективными разрядами; тормозимый тип патологического развития личности, отличающийся неуверенностью в себе, робостью, обидчивостью, склонностью к психогенным астеническим реакциям, что может сопровождаться замкнутостью, лживостью, патологическим фантазированием; неустойчивый вариант патологического развития личности, характеризующийся зависимостью поведения от сиюминутных желаний и влечений, неумением преодолевать трудности, отсутствием интереса к труду.

Поведенческая патология обусловлена психопатическими расстройствами личности как врожденными, так и сформировавшимися в процессе социализации в ситуациях приваии и сепарации, и отличается склонностью депривированных детей к дезадаптации, тотальностью и стабильностью (признаки выделены П. Б. Ганнушкиным). Склонность к дезадаптации (межличностной и внутриличностной) проявляется в таких паттернах поведения, как конфликтность, неудовлетворенность взаимоотношениями с людьми, противостояние им, социально-психологическая изоляция, неприятие себя как личности. Тотальность поведенческой патологии говорит о том, что человек дезадаптирован в разных жизненных ситуациях (семья, межличностные отношения, профессиональная деятельность). Стабильность поведенческой патологии выражается в длительности ее проявлений.

В поведении часто обнаруживаются реакции имитации – повторение поведения сверстников и взрослых, обладающих авторитетом в глазах ребенка, активного и пассивного протеста. Эмоционально-волевая незрелость, нервно-психическая неустойчивость, интеллектуальная незрелость, усугубленные безнадзорностью либо сиротством – благоприятная почва для бродяжничества, формирования химической зависимости, делинквентности.

Приведенные сведения дают ответ на вопрос: «Почему сироты часто пессимистически воспринимают действительность, ожидают в будущем неудач, а их поведение во многом зависит от влияния и авторитета взрослых?». Подростки, воспитывающиеся в обстановке семейного неблагополучия, не чувствуют себя «защищенными» и поэтому ощущения и переживания ущербности и неполноценности постоянно сопровождают их.

Последствия эмоциональной депривации в условиях проживания вне семьи или в неблагополучной семье находят отклик во взрослой жизни в депрессиях, апатии, невротических и специфических расстройствах личности.

Подводя итог сказанному, подчеркнем, что для полноценного становления личности важным выступает гармонизация всех взаимоотношений человека с окружающей его средой. И отсутствие эмоциональной связи в виде любви, внимания и нежных чувств, наряду с другими лишениями, имеет патогенное значение для развития с широким спектром проявлений в виде снижения коммуникативно-познавательной активности, дефицитарности мотивационно-потребностной сферы, эмоционально-личностных нарушений и аффективных расстройств поведения.

3.3. Сенсорная и когнитивная психическая депривация

Уже давно показано, что развитие человека идет более гармонично в условиях постоянного общения с внешним предметным миром. Потребность в новых впечатлениях, как считает Л. И. Божович [14], выступает одной из ведущих в психическом развитии младенца и на третьей-пятой неделе жизни является базой для формирования потребности в общении с близкими людьми.

Если по какой-либо причине возникают препятствия для взаимодействия с окружающей средой, то человек страдает от недостатка стимулов. В 1956 г. психологами университета Мак-Гилла (Канада) было проведено изучение последствий изоляции от окружающей среды – «сенсорной изоляции». В эксперименте добровольцев ограждали от внешних влияний, помещая их в специальную, максимально изолированную от среды камеру. Испытуемые не смогли выдержать более 2–3 дней в этих условиях, жаловались на видения и непонятные звуки (галлюцинации), требовали выпустить их наружу. Самый первый и основной вывод эксперимента – организм человека для своего равновесия нуждается в постоянном притоке информации из внешней среды.

Однако такое поведение испытуемых является следствием не только изоляции. Ж. Годфруа, описывая эти опыты, показывает условия изоляции (лежачее положение, муфты на руках, затемненные очки, постоянный гул мотора кондиционера), которые сами по себе как, например, неестественное положение, навязчивый раздражающий шум, могли вызвать яркое и неприятное до невыносимости ощущение замкнутости со всеми вытекающими отсюда последствиями [24].

Изоляция человека от окружающего мира имеет различную степень выраженности: от крайней до частичной. Крайняя степень, описанная Я. А. Коменским, К. Линнеем, А. Робером, Р. Зингом и др., в природе встречается у так называемых «волчьих» и «одичавших» детей. Ученые предположили, что при крайней изоляции от внешней среды в течение длительного периода основные психические потребности, не нашедшие полного удовлетворения, развиваться не будут и останутся на самом первоначальном рудиментарном уровне.

В контексте нашей проблемы для определения степени нарушений естественных биосоциальных условий жизни и деятельности мы будем применять термины Дж. Боулби «полная депривация» и «частичная депривация». Полная депривация соответствует условиям развития воспитанников детского дома, с самого рождения или с раннего детства (до трех лет) лишенных возможности взаимодействовать с близкими людьми и не имеющих контактов с родственниками. Р. Шпиц [118] назвал данную ситуацию развития – «госпитализм», Й. Лангмейер и З. Матейчек, используя терминологию Д. Гевирца, – «привация» [54].

Для определения частичной степени изоляции в виде ситуаций, в которых дети длительное время, например из-за болезни либо отдаленности местожительства от населенных пунктов, вынуждены проживать изолированно от общества, Дж. Боулби использует понятие «частичная депривация», которое охватывает те ситуации развития, в которых связи между матерью (родственниками) и ребенком полностью не прерваны, но при этом их отношения обеднены и неудовлетворительны. Г. Харлоу [Цит. по: 54] при обозначении данных условий развития применяет термин «скрытая» или «маскировочная» депривация, различая нарушенные и недостаточные отношения матери к ребенку. Частичная депривация – это условия развития и тех воспитанников детского дома или другого общественного

учреждения, которые имеют возможность какое-то время проводить в семье или с близкими им людьми, а также детей и подростков из асоциальных семей.

В последние годы в изучении проблем проявлений и следствий сенсорной депривации (изоляции) развитие получил экспериментальный подход, позволивший найти ответ на целый ряд вопросов, касающихся ранних и поздних проявлений переживаний изоляции (депривации), критического возраста для последствий ситуации лишений, соотношения сенсорной и социальной депривации и т. д.

Экспериментальные исследования с животными внесли ценный вклад в решение проблемы соотношения врожденного и приобретенного в поведении человека и животного в изолированных от внешней среды условиях. Выржиковский и Мойоров [Цит. по: 54], содержа в изоляции щенят, ограничивали поток раздражителей к ним. Выйдя из клетки, щенята оказались боязливыми и подверженными внешнему торможению. Интересны опыты Д. Хебба с сотрудниками, в которых одномесячных шотландских терьеров 7–10 месяцев содержали в среде с ограниченным притоком раздражителей из внешней среды. Щенки в затемненном ящике чувствовали себя хорошо и были активными, в отличие от контрольных взрослых собак, которые в клетке проявляли вялость, малоподвижность и характеризовались нарушениями в развитии. Последующие наблюдения за щенками шотландских терьеров в обычной среде показали выраженные и долго сохраняющиеся последствия ранней изоляции. Собаки проявляли неспособность к обучению, эмоциональную незрелость и гиперактивность. Их поведение отличалось манежностью, приступообразным бегом, аутоагрессивностью (грызли свои хвосты) и сопровождалось тревожным вытьем и ворчанием.

Исследователи предположили наличие задержки развития у депривированных собак в связи с отсутствием в раннем возрасте достаточной возможности для создания перцептивных схем, в которые бы можно было включать новые раздражители и выстраивать на этом фоне адекватное условиям поведение. В других опытах Ниссен с сотрудниками молодому шимпанзе в течение 4–31 недель ограничивали осязательный и манипулятивный опыт, помещая его конечности в картонные цилиндры. После снятия цилиндров у шимпанзе на протяжении четырех месяцев отмечались нарушения в различении раздражаемых точек тела и замедление моторных актов, отсутствие лазающих действий.

Важный вклад в развитие знания о сенсорной психической депривации внесли крупные исследования лаборатории Калифорнийского университета (Д. Крех, М. Розенцвейг, Е. Беннет, М. Даймонд). Крыс (одного типа, возраста и пола) распределили в две группы. Первая содержалась с 25-го по 105-й день после прекращения материнского кормления в обогащенной среде (просторная клетка с лестницами, каруселями, коробками, лабиринтами), вторая – в обедненной среде изолированных клеток с минимумом сенсорного обеспечения, без возможности видеть другое животное и прикасаться к нему. В опытах наблюдали анатомические и биохимические последствия различного раннего опыта. Выяснилось, что выраженные изменения у крыс имелись в массе коры мозга. Вес коры был у животных из обогащенной среды примерно на 4 % выше, чем у депривированных животных, при этом кора мозга имела большую толщину серого вещества и больший диаметр капилляров. Самые большие различия наблюдались в визуальном участке (6 %). Последующие опыты показали, что в зависимости от различного сенсорного обогащения можно менять вес разных участков мозга. Биохимические исследования выявили в коре мозга животных из обогащенной среды повышение активности фермента ацетилхолинэстеразы и фермента холинэстеразы [Цит. по: 54].

Подвергать детей как детенышей животных таким исследованиям недопустимо. Группа Хебба, Менделсон и Фоули из Гарвардского университета провели исследование на добровольцах. При ограничении доступа сигналов к студентам-добровольцам они наблюдали следующие последствия изоляции: затруднения при сосредоточении, расстройства в направленности мышления, захват мышления фантазиями и мечтами, расстройства ориентации во времени, физические иллюзии и обман, беспокойство и потребность в активности, головные боли, боли в спине, затылке, в глазах, бредовые идеи, галлюцинации, тревогу и страх, клаустрофобические жалобы [Там же].

Сегодня не вызывает споров научный факт, свидетельствующий, что для нормального созревания головного мозга в раннем онтогенезе необходима внешняя стимуляция организма. Н. М. Щелованов с сотрудниками показали, что в участках мозга, не получающих достаточной порции раздражителей, затормаживается процесс нормального развития, в экстремальных случаях последний прекращается и нервная ткань атрофи-

руется. Н. М. Щелованов писал, что пребывание ребенка в условиях сенсорного дефицита влечет замедление и отставание в развитии всех сторон психики. Ярким подтверждением этого выступают слепые и слабовидящие, глухие и слабослышащие дети, у которых часты расстройства когнитивной и других сторон психики. И эмоциональное развитие ребенка тесно связано с внешними влияниями на организм ребенка, и их ограничение тормозит появление позитивных эмоций.

Проявления сенсорной дефицитарности характерны и для детей из неблагополучных семей, а также воспитанных вне ее. Обеднение окружающей среды в «семьях риска», ограничение поступления информации в связи с недостаточностью разнообразных и глубоких контактов с внешним миром в условиях воспитания в Доме ребенка и в интернате может повлечь сенсорную и когнитивную психическую депривацию.

Основными проявлениями сенсорной депривации выступает замедление и дезорганизация развития психических процессов, задержка процесса становления ориентировочно-исследовательского поведения, в крайних случаях – дизонтогенетическое развитие. Апатия, низкий уровень активности у детей в условиях депривации также объясняются недостаточностью глобальной внешней стимуляции.

Неизбежное следствие сенсорной депривации – когнитивная психическая депривация в виде снижения познавательных интересов и возможностей, а также затруднений в понимании и предвосхищении событий (другими словами – дисгармония интеллектуального развития), нарушений поведенческой регуляции (рис. 7).

Проведенное нами исследование депривированных подростков показало, что они, в отличие от сверстников из семей, отличаются низким уровнем и уровнем ниже среднего развития интеллектуального потенциала. Далее представлена картина развития интеллектуальных разноплановых возможностей подростков, полученная с использованием теста структуры интеллекта [131; 134].

Вербальный интеллект. Подростки имеют ниже среднего и низкие способности оперировать словами как сигналами и символами (индуктивное речевое мышление). Способность к обобщению и абстрагированию у четвертой части подростков находится у отметки среднего уровня развития, половина подрост-

ков имеет возможности ниже средних, остальные – низкие возможности такого рода мыслительной деятельности. *Комбинаторные* способности еще менее развиты у подростков. Так, одна вторая часть подростков демонстрирует показатели уровня ниже среднего, почти треть подростков имеет низкий уровень, остальные – средний. Средний уровень развития *способности выносить суждения и обобщать* характеризует десятую часть подростков, остальных – уровень ниже среднего и низкий (чаще) развития способности.

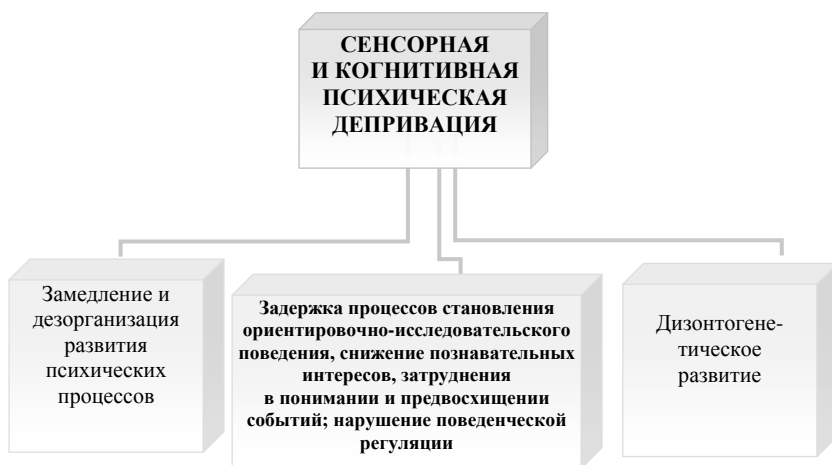


Рис. 7. Признаки сенсорной и когнитивной психической депривации

Практическое математическое мышление и процесс программирования у подростков имеет еще более низкое, чем вербальное, развитие. При решении арифметических задач девять из десяти подростков демонстрируют низкие возможности, остальные – возможности ниже среднего. Подобное развитие имеет теоретическое индуктивное мышление – способность оперировать числами. Лишь в единичных случаях воспитанники демонстрируют средний уровень развития процесса программирования.

Конструктивные способности теоретического и практического плана, т.е. наглядно-образное мышление, способности решать геометрические задачи, пространственное представление, а также умения не только оперировать пространственными образами, но и обобщать их отношения более, в сравнении с

развитием математических способностей и процесса программирования, сформированы у воспитывающихся вне семьи подростков. Среди них меньше подростков с низкими показателями развития этой способности, есть те, у кого развитие комбинаторных способностей и пространственного воображения достигают среднего и выше среднего уровней развития.

Мнемические возможности, отражающие способности подростков к запоминанию материала, его сохранению, логическому осмыслению и воспроизведению, в большинстве случаев имеют низкий уровень развития. Некоторые подростки отличаются уровнем ниже среднего и средним уровнем развития мнемических способностей.

Таким образом, в ситуации сенсорной изоляции или воспитания в условиях депривации психическое состояние отличается дисгармонией его сенсорного и когнитивного компонентов.

3.4. Социальная психическая депривация

Социальная психическая депривация формируется в условиях социальной депривации – изоляции от социальной среды. Социальная депривация, как и сенсорное лишение, может быть частичной и полной (крайней). Частичная депривация состоит в сужении социального поля общения в результате проживания семьи в отдаленной местности (вынужденная, добровольно-вынужденная изоляция) или ее закрытости от окружающего мира (добровольная изоляция). Полная депривация охватывает те условия жизни, в которых человек в течение длительного времени находится в одиночестве (крайней изоляции) и не имеет никаких контактов с окружающим миром (известный пример принудительной изоляции – гаузеровский случай) [50].

Проявления и последствия социальной депривации (изоляция) многообразны и во многом обусловлены возрастом человека и продолжительностью его изоляции. Самые тяжелые изменения в психологии человека являются следствием ранней изоляции. Случаи «волчьих» и «одичавших» детей описаны Я. А. Каменским, К. Линнеем, А. Роббером, Р. Зингом и др. Так, известны судьбы двух девочек, Амалы и Камалы, найденных в джунглях и демонстрировавших повадки животных (передвижение на четвереньках, вой, звериные игры, звериные повадки

при поедании пищи). Возраст первой девочки был примерно 18 месяцев и она прожила среди людей один год, возраст второй девочки – 8 лет, она прожила дольше и умерла в 17 лет, так и не сумев приобрести человеческие умения и навыки и приспособиться к жизни в обществе. В 1799 г. на юге Франции вблизи местечка Авейрон был найден 12-летний мальчик, прозванный авейронским. Французский психиатр Жан Итар пытался, но безуспешно, обучать его. Психиатр Пиннель объяснил малую обучаемость авейронского мальчика тяжелым психическим расстройством – идиотией. Не достигнув успехов в социализации, в возрасте 40 лет авейронский человек умер. Приведенные примеры говорят о том, что дети, по разным причинам изолированные от общества в детстве, не овладевают речью, плохо ходят, не умеют играть, не социализируются в обществе.

Если изоляция носит групповой характер, то в естественной среде дети проявляют «групповую зависимость», другими словами, «чувство группы» или «чувство Мы», определяющее сложные особенности их взаимоотношений с обществом только через отношение к группе как неделимому целому. Помимо отрицательного влияния «чувство группы» имеет положительное значение в социализации детей и подростков, так как защищает их и способствует развитию чувства безопасности в своем кругу (группе), чего лишило их общество или семья. Й. Лагмейер и З. Матейчек рассматривали проявления «групповой зависимости» одним из диагностических критериев депривации учреждения детского типа.

Проявления социальной психической депривации носят разнообразный характер, но всегда затрудняют процесс социальной адаптации (рис. 8).

Одним из основных признаков социальной психической депривации выступает снижение коммуникативной активности ребенка. Депривированных детей разного возраста характеризует снижение желания общаться с другими людьми: в младенчестве и раннем детстве это проявляется в слабом зрительном контакте, низкой подражательной активности, апатии, в старшем возрасте – в низкой любознательности, общительности. При этом некоторые из них отличаются неразборчивостью и фамильярностью в общении, «прилипчивостью» и высокой потребностью во внимании [128; 131; 134].

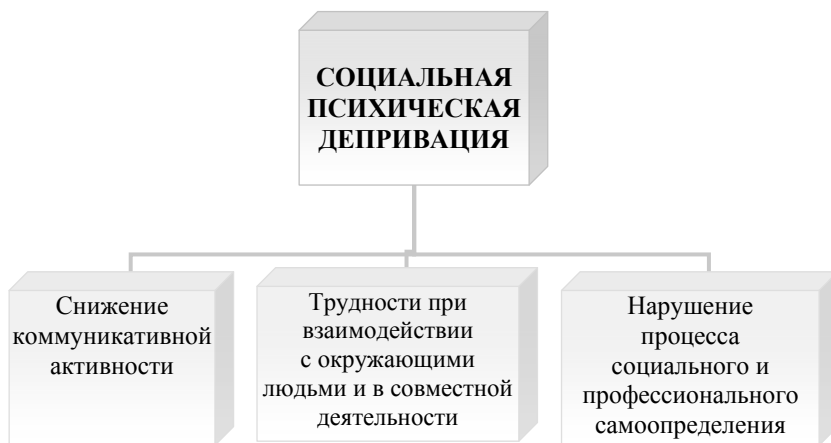


Рис. 8. Признаки социальной психической депривации

В исследованиях И. В. Ярославцевой [128; 131; 134] выявлено, что в условиях социальной депривации снижается ценность совместной жизни и деятельности. Значимость совместной деятельности, иными словами *социальность*, разновариантна у депривированных детей и подростков: одни из них обособлены, критичны к другим, самостоятельны, другие – свободны в действиях, разделяют интересы группы и участвуют в совместных делах. Сотрудничая с другими людьми, подростки часто проявляют неорганизованность, недобросовестность, непостоянство, что может свидетельствовать о недостаточной сформированности самостоятельности и самоконтроля в деятельности.

Исследованиями И. В. Ярославцевой [128; 131–134; 136], Г. В. Семьи [100], В. С. Басюка [9] показан низкий уровень готовности к самостоятельной жизни и деятельности депривированных воспитанников интернатных учреждений. В работах И. В. Ярославцевой и А. С. Барановой (2010), выполненных под руководством И. В. Ярославцевой, обнаружено, что основные качества, способствующие эффективной адаптации, – физическое развитие, состояние здоровья, гражданские (осознание своих прав на определенную роль в обществе и ответственности за ее реализацию) и нравственные качества, волевая организация личности у депривированных подростков и юношей недостаточно сформированы. Искривление эмоциональной, когнитивной и других сфер личности депривированных юношей и

девушек детерминирует низкий уровень морально-волевой готовности к самостоятельной жизни.

Большинство юношей и девушек-сирот имеют высокий уровень коммуникативных склонностей, но при этом, они не склонны к организаторской деятельности и имеют затруднения при организации и проведении коллективных мероприятий. Юноши и девушки-сироты имеют ниже среднего уровень развития способности к эмпатии, что приводит к затруднениям при установлении дружеских и доверительных отношений с другими людьми. Большинство из них характеризуются высоким уровнем враждебности по отношению к людям, обществу, при этом некоторые из них проявляют агрессивность по отношению к другим. Половина юношей и девушек-сирот имеют высокий уровень самооценки, который мешает им адекватно оценивать себя и свои возможности, что осложняет межличностные отношения.

Морально-волевая готовность к самостоятельной жизни как самостоятельное проявление активности личности в виде развитой волевой организации, самостоятельности при принятии решений, ответственность за них, саморегуляции поведения; развитого самосознания и адекватного уровня самооценки; устойчивого эмоционального фона, стрессоустойчивости; развитых коммуникативных навыков, навыков эмпатии у депривированных детей также находится на низком уровне развития.

У депривированной молодежи наблюдается нарушение процесса социального и профессионального самоопределения, что выражается в трудностях определения своего места в социальной и профессиональной группах. Здесь важным является развитие социального интеллекта – способности понимать и прогнозировать поведение людей в разных жизненных ситуациях, распознавать намерения, чувства и эмоциональные состояния человека по вербальной и невербальной экспрессии (результаты работы Е. Ю. Сальниковой, выполненной под руководством И. В. Ярославцевой, 2002). В результате малого опыта социального поведения (узкого поля социального поведения) депривированные подростки 14–16 лет проявляют низкие уровни способностей в познании результатов поведения, невербального развития, речевой экспрессии и способностей распознавания структуры межличностных отношений. При этом, чем шире круг интересов и общения детей, тем выше уровень развития социального интеллекта. Депривированные подростки

испытывают трудности в понимании и прогнозировании поведения людей, это, в свою очередь, усложняет взаимоотношения и снижает возможности адаптации в обществе.

В связи с признанием научной общественностью факта влияния на процесс принятия решений и поведение человека в настоящем его прошлого опыта и планов на будущее, сегодня актуальной является проблема временной перспективы личности, понимаемой исследователями как динамический взгляд субъекта на его будущее, прошлое (К. Левин, Е. И. Головаха, А. А. Кроник, К. А. Абульханова-Славская и др.).

В подростковом возрасте происходит активное осознание своей жизни, ориентация в будущее, начинает складываться определенный тип направленности временной перспективы. У подростков, живущих в условиях депривации (например, в условиях интернатного учреждения на полном государственном обеспечении), новообразование подросткового возраста, – временная перспектива, искажена. Это ярко проявляется в особенностях формирования у них обращенности в будущее.

При сравнении временной перспективы подростков, воспитывающихся в детских домах, и временной перспективы подростков из семей было обнаружено, что временная перспектива у последних значительно глубже. Если для учащихся массовой школы (особенно старшего подросткового возраста) характерно большое количество мотивов, реализация которых связана с отдаленным будущим (поступление в институт, создание семьи, достижение успехов в профессиональной деятельности), то у воспитанников детского дома преобладают мотивы сегодняшнего дня или ближайшего будущего (просмотр фильма, посещение спортивной секции, выполнение контрольной работы). Для подростков из семей характерно большое количество мотивов, реализация которых связана с конкретными планами и часто с четкими временными рамками, временная перспектива депривированных подростков недостаточно построена, представлена в виде желания счастья, успеха и не отражается в конкретных целях. Таким образом, мотивы отдаленной перспективы у депривированных детей оказываются практически не выраженными (дипломное исследование Т. Н. Корниловой, выполненное под руководством И. В. Ярославцевой, 2008).

Прошлое всегда присутствует в жизни детей из семей в альбомах фотографий, интерьере квартиры, семейных традици-

ях, разговорах с близкими. У депривированных детей обычно скудные воспоминания о семье, при ее идеализации, прошлое у них представлено негативными переживаниями, негативной оценкой большинства событий (исследование Т. Н. Корниловой, 2008). Отсутствие четких представлений о своем прошлом препятствует становлению перспективы будущего. Временная перспектива депривированных подростков нереалистична, будущее ими мало осознается. У воспитанников интернатных учреждений не происходит развития ответственного отношения к времени собственной жизни. Депривированные подростки воспринимают свою жизнь, свое будущее как неизбежность, на которую у них нет возможности влиять, и перекладывают ответственность на других людей или на судьбу.

На обращенность в будущее влияние оказывают и условия воспитания в интернате на полном государственном обеспечении, в которых формируется не только иждивенческая позиция («нам должны», «дайте»), но и снижается осознанность и ответственность за свои действия), это уменьшает активность этих детей в простраивании своего будущего, временной перспективы.

Депривированные дети больше живут в настоящем. При этом у них слабо выражена осознанность, осмысленность настоящей жизни. Они не имеют четких целей и намерений, которые придают жизни направленность, их характеризует отсутствие стремлений к успеху, они ориентированы на удовольствие и получение наслаждения. Кроме этого у детей-сирот низкий уровень осознания себя как субъекта жизнедеятельности.

Важной частью целостной временной перспективы будущего является профессиональная перспектива. Эта группа мотивов временной перспективы также значительно менее выражена у депривированных подростков. Исследованиями Н. Н. Толстых (1984; 1987) показано, что профессиональная перспектива представлена у воспитанников детского дома незначительно и относится лишь к периоду актуальной жизнедеятельности и самого ближайшего будущего [86; 87]. Профессиональный выбор депривированного подростка ограничен недостаточной свободой выбора и малыми возможностями самостоятельного принятия решения, а также региональными и локальными условиями. Профессиональный выбор определяется возможностями образовательного учреждения, связями с соответствующими

щими профессиональными учебными заведениями, в которых обучаются дети на полном государственном обеспечении [1].

Последствия социальной психической депривации трудно преодолимы. Во взрослой жизни основные следствия социальной психической депривации могут проявляться социально-психологической дезадаптацией в разных сферах жизни и деятельности.

3.5. Соматическая психическая депривация

Психическая депривация может принимать форму соматических расстройств, поскольку перинатальные вредности, отсутствие возможностей полного удовлетворения первичных биологических и социальных потребностей, а также психотравмирующая ситуация развития (что часто сопровождает детей из «семей риска») влекут нарушения в здоровье – психофизическую ослабленность или серьезные расстройства в функционировании органов и систем [133; 134] (рис. 9).



Рис. 9. Признаки соматической психической депривации

В исследованиях, проведенных И. В. Ярославцевой в 2000–2003 гг., показано, что психофизиологические возможности депривированных детей и подростков ограничены. У большинства отмечено *понижение функциональной активности* организма. Исходный потенциал жизнедеятельности организма нетипичен: у подростков утром и вечером в состоянии относительного покоя зарегистрированы высокие показатели частоты дыхания, снижение минутного объема дыхания и частоты сердечных сокращений. В условиях психической деятельности (в большей степени при решении математических задач), как в утренние, так и в вечерние часы интенсивность суточных физиологических сдвигов организма невелика, о чем свидетельствуют урежение дыхания, еще большее снижение его минутного объема на фоне постоянно низких показателей частоты сердечных сокращений. Функциональная норма предполагает учащение и углубление дыхания, активизацию сердечной деятельности при выполнении математических заданий. Интегральный показатель напряжения организма сирот (индекс напряжения) ниже индекса напряжения организма подростков из семей. Физическая нагрузка (активный отдых) обуславливает возрастание частоты и минутного объема дыхания и не отражается на сердечной деятельности. При этом в утреннее и вечернее время дня работа кардио-респираторной системы по-прежнему нетипична и характеризует ограниченные возможности организма подростков. Резервы психической деятельности сирот ниже, чем у сверстников из семей (результаты выполнения мыслительных упражнений подростками до и после активного отдыха оставались низкими). У подростков выявлен эффект повышения длительности периода вработываемости организма, отличающийся высоким психическим напряжением организма и сопровождающийся колебаниями точности и качества работы. Это проявляется в том, что простые задания, время выполнения которых совпадает с этапом постепенного повышения работоспособности (вработываемостью), характеризуются меньшей производительностью, чем сложные [132–135].

Результаты медицинского мониторинга состояния здоровья показывают, что среди депривированных детей очень мало здоровых детей (детей с первой группой здоровья). Многие соматически ослаблены и имеют предрасположенность к болезням (дети со второй группой здоровья). Среди них большой

процент детей с дефицитарным развитием отдельных психических функций (так называемый синдром «минимальной мозговой дисфункции») вследствие остаточных явлений органического поражения головного мозга в раннем онтогенезе. Более половины воспитанников интернатных учреждений страдают серьезными заболеваниями соматической и психической сфер организма. Большая часть детей (до 60 % – по данным Е. Е. Чепурных, Г. Н. Тростанецкой, Л. М. Шипициной и др., 2003) имеет хронические заболевания дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочеполовой систем (они составляют третью и четвертую группы здоровья). Почти все дети с признаками невротизации, многие больны неврозом. По данным Т. В. Зыряновой [29], уровень резистентности организма сирот (индекс резистентности) низкий и сниженный с кратностью заболеваний 4–7 раз в год.

Клинико-психопатологическое исследование детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, проведенное А. Н. Голиком в Химкинском приюте для детей и подростков, позволило условно объединить детей в три группы [25]. В первую отнесены воспитанники с адаптационными расстройствами, такими как поведенческие, психосоматические, тревожно-депрессивные. Во вторую – дети с нарушенным психическим развитием (ретардация, асинхрония, регресс). В третью – воспитанники с сопутствующими психическими нарушениями – страхами, гиперкинетическими и эмоциональными расстройствами, тиками, астеническими состояниями, патологическим фантазированием, аддиктивными нарушениями. Помимо приведенных выше психических нарушений, А. Н. Голик описывает социально-психиатрические синдромы, в происхождении которых ведущую роль играют социальные факторы, в частности депривация и институционализация: депривационный синдром, диссоциофобия, синдром жестокого обращения так называемые педагого-психиатрические синдромы (школьной незрелости, пониженной обучаемости, нарушения развития школьных навыков) и синдром социальной (школьной) дезадаптации.

М. О. Проселкова (1996) описала у детей, оставшихся без родителей в раннем детстве, «синдром сиротства», включающий депривационную депрессию, парааутизм, моторные стереотипии [Цит. по: 25].

Д. Н. Исаев [32] описывает психосоматические расстройства, сепарационную тревогу и синдром депривационной предречевой ретардации у младенцев и детей раннего возраста. Сепарационная тревога развивается на фоне постоянного беспокойства ребенка о возможном отделении от матери или от другого близкого лица и проявляется в страхах утраты близкого человека, быть потерянным или похищенным. Поведение ребенка сопровождается раздражением и плачем, требованиями не оставлять его одного. Ребенок испытывает боязнь пребывания вне дома, расставания с семьей. Проявляются симптомы соматических расстройств, расстраиваются сон и аппетит, наблюдаются головные боли, тошнота, рвота, снижается масса тела. Синдром депривационной предречевой ретардации развивается в результате нарушения взаимоотношений между матерью и ребенком, полной депривацией ребенка. Проявляется синдром в недифференцированном крике-плаче, отставании в развитии довербальных стадий развития речи: гукания, гуления, лепета, двуслогового лепета. В тяжелых случаях течения синдрома наблюдается анаклитическая депрессия в виде отсутствия положительных эмоций, зрительного и слухового сосредоточения, двигательной заторможенности, регресс поведенческих навыков, патологические привычные действия.

Несомненно, что социально-психологическое благополучие семьи и ребенка, как ее полноправного члена, остается главенствующим фактором, обеспечивающим нормальный рост, психофизическое развитие и здоровье детей. Нарушение этого благополучия – нездоровый образ жизни и микроклимат в семье, отсутствие одного из родителей и, тем более, воспитание вне семьи в случаях круглого и социального сиротства, часто приводит к формированию состояния напряженности в нервно-психической сфере, снижению адаптивных и защитных возможностей организма детей, а в итоге – к болезням и десоциализации в среде.

Вышесказанное ведет к заключению, что дети, воспитанные вне семьи, или в обстановке семейного неблагополучия по уровню психофизического развития и адаптационных возможностей составляют «группу риска». Депривированные подростки обладают низкими функциональными резервными возможностями, указывающими на выраженное ухудшение состояния организма и высокую вероятность срыва адаптации при неблагоприятных условиях.

гоприятных условиях жизнедеятельности. Несомненно, серьезные нагрузки на организм (например, учебные) этих детей связаны с умственным и физическим перенапряжением и влекут различные нарушения работоспособности и утомление. Депривированные дети с низкими функциональными резервами не «больные» в собственном смысле этого слова и не относятся к категории лиц с дефектами в развитии, однако, более чем сверстники из семей чувствительны к воздействиям окружающей среды.

В заключение отметим, что приспособительные возможности организма депривированных детей и подростков снижены и их переход в 4-ю категорию людей по состоянию общего и психического здоровья, т. е. в категорию больных, а также социально-психологическая дезадаптация в обществе могут быть обусловлены разными факторами – психологическими, экологическими, физическими и др.

3.6. Диагностически значимые проявления психической депривации

Психическую депривацию, отличающуюся определенной спецификой этиопатогенеза и феноменологических проявлений, необходимо рассматривать в ряду основных психологических синдромов (недоразвитие, асинхронное развитие и поврежденное развитие и др.). Однако в отличие от дисфункции развития, являющейся результатом взаимодействия незрелых мозговых функций с неблагоприятными внешними факторами, психическая депривация – следствие невостребованности организма в неблагоприятных условиях жизни ребенка.

Выделение психической депривации в самостоятельную группу психологических синдромов позволяет:

- 1) обозначить критерии выявления детей, нуждающихся в специальном психолого-педагогическом и медико-социальном сопровождении;
- 2) осуществлять наряду с симптомологической диагностикой этиопатогенетическую диагностику;
- 3) определить основные подходы к комплексной реабилитационной работе с депривированными детьми и подростками.

Дифференциальная диагностика психической депривации (депривированного развития) основывается на феноменологическом и этиопатогенетическом подходах, позволяющих выявить основные проявления состояния и дать вероятностный прогноз дальнейшего развития ребенка.

Квалификация личностных и психофизиологических проявлений психической депривации позволила выделить признаки депривированного развития. Они спектрально разнообразны, основные из них выражаются:

1. В замедлении и дезорганизации развития психических процессов и процесса становления ориентировочно-исследовательского поведения на ранних ступенях онтогенеза, снижении познавательных интересов и коммуникативно-познавательной активности, затруднении в понимании и предвосхищении событий, недостаточности интеллектуального развития.

2. В деформированности самосознания, личностных «искривлениях» и снижении базового доверия к миру, недостаточной сформированности произвольных форм поведения.

3. В снижении коммуникативной активности и трудностях в установлении контактов с широким социумом, нарушении процесса социального и профессионального самоопределения.

4. В неравномерности и ослабленности процесса психофизиологического развития ребенка, снижении функциональной активности организма вследствие недостаточной сформированности адаптационного механизма, что может привести к истощению внутренних резервов организма, а в итоге – к дезадаптации в школе и развитию различного рода психосоматических заболеваний.

5. В соматической ослабленности, инфантилизме и хронических болезнях.

6. В снижении толерантного потенциала ребенка как составляющего его адаптационного механизма.

Критериями оценки психической депривации следует считать следующие:

а) недостаточность возрастной зрелости психофизиологической деятельности организма (моторной и сенсорной сфер);

б) недостаточность процессов организации психической деятельности – оценки, переоценки и моделирования окружающей среды;

в) незрелость личностного развития.

Дополнительными критериями выступают:

- а) трудности социально-психологической адаптации;
- б) воспитание ребенка вне семьи или в обстановке семейного неблагополучия.

Характер депривированного развития в виде сенсорной, личностной либо другой незрелости определяет вариант психической депривации. При этом нужно отметить, что чистые формы психической депривации (сенсорной, эмоциональной, когнитивной социальной) практически не встречаются, поскольку в депривационной ситуации жизни возникает цепочка условий, блокирующих удовлетворение различных потребностей и включающих патологические механизмы психического развития ребенка. Можно говорить о доминирующем влиянии тех или иных механизмов депривированного развития, что и обуславливает превалирование тех или иных признаков, совокупность которых и определяет ведущий профиль психического состояния – сенсорную, когнитивную, материнскую и другие варианты психической депривации.

Контрольные вопросы

1. Назовите основные проявления материнской психической депривации.
2. Назовите основные проявления эмоциональной психической депривации.
3. Назовите основные проявления сенсорной и когнитивной психической депривации.
4. Назовите основные проявления социальной психической депривации.
5. Назовите основные проявления соматической психической депривации.
6. Снижение чувства базового доверия к миру выступает признаком какого вида психической депривации? Раскройте проявления и последствия феномена «снижение базового доверия к миру».
7. Назовите диагностически значимые проявления психической депривации.

ГЛАВА 4

ДЕЗАДАПТАЦИЯ В СОЦИУМЕ ДЕПРИВИРОВАННОЙ ЛИЧНОСТИ

Самое важное сегодня – помочь человеку
обрести себя как личность.

В. С. Мухина

4.1. Проблема адаптации-дезадаптации с позиций психологии личности

Общенаучная фундаментальность проблемы определила выделение обобщенных смысловых аспектов адаптации [83]. Во-первых, адаптация рассматривается как жизнедеятельность (Р. М. Баевский, И. Г. Беспалько, Н. Н. Василевский, Н. Р. Деряпа, Н. И. Косенков, В. Н. Крутько, Ф. З. Меерсон, В. П. Петленко, С. И. Сороко); во-вторых, как приспособление к измененным условиям среды (В. А. Ананьев, Е. В. Витенберг, А. И. Воложин, И. Б. Дерманова, Р. Г. Ильюченко, В. П. Казначеев, Л. А. Коростылева, И. А. Милославова, Н. Н. Обозов, А. Н. Северцев, Ю. К. Субботин); в-третьих, как достижение устойчивости в измененной среде (Ф. Б. Березин, Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова, В. И. Медведев, В. А. Петровский); в-четвертых, как поиск личностью нужных ей способов самораскрытия (Г. А. Балл, Е. В. Виттенберг, Е. К. Завьялова, А. Г. Маклаков, А. А. Реан, Т. И. Ронгинская, Н. С. Хрусталева, С. Т. Посохова).

Сегодня понятие «адаптация» используется широко и отличается всеобщностью, поскольку человек как биосоциальная система взаимодействует не только с природой, представителем которой выступает, но и с подобным себе окружением. Биосоциальной сущностью человека определяется формирование нового адаптационного механизма в виде культурной, творческой, учебной и трудовой деятельности, в которой социальная природа человека отражается и опредмечивается. Общаясь и действуя,

человек достигает гармонии с собой и внешним миром, другими словами, адаптируется. Или не гармонизируется, в результате чего дезорганизируются взаимоотношения с окружающими людьми, полезная деятельность и социальное поведение. А это означает, что процесс адаптации не состоялся как социальное явление.

Понятие «адаптация» в социальном контексте, т. е. социальная адаптация, подразумевает способность человека изменять свое поведение в зависимости от социальных условий и отражает сложность и противоречивость процесса социализации человека. Основу процесса социализации составляют развитие социального опыта человека, сформированность механизмов саморегуляции организма, социокультурная направленность общества и др. Благодаря социальной приспособляемости обогащается социальная сущность человека и природная действительность.

Таким образом, социальная адаптация претендует на рассмотрение ее как особой формы социального движения. В современных исследованиях дефиницией «социальная адаптация» обозначен процесс приспособления человека к различным сферам жизнедеятельности: семье и быту, учебной, производственной и общественной деятельности. Сегодня говорят и о межличностной и личностной адаптации. Межличностная адаптация есть включение человека в систему межличностных отношений через постижение и принятие традиций и ценностей, она обеспечивает общественную адаптацию, развитие общественного сознания и активности человека. Личностная адаптация состоит в гармонизации внутреннего состояния человека, осознании своего физического, творческого, морально-нравственного совершенства. С. Т. Посохова [83] одним из проявлений адаптации личности рассматривает аутоадаптацию, представляющую собой трансформацию самосознания и самоотношения при психорефлексивном взаимодействии с собственным «Я». Говоря о психологическом содержании аутоадаптации, она выделяет мотивы, фон отношения личности к себе, спектр эмоциональных переживаний и активность в межличностном взаимодействии. Значимым признаком аутоадаптации исследователь считает усиление эгоцентрических ориентаций личности, отражающее повышение ценности собственного «Я», которое превращается в меру воздействия на окружающих.

Дифференцируя социальную адаптацию в зависимости от сферы жизнедеятельности человека, не следует забывать, что во

всех случаях приспособляемость организма осуществляется на биологическом (соматический, физиологический), психофизиологическом и психологическом уровнях его функционирования. Эти уровни тесно взаимосвязаны и составляют единое начало, обеспечивающее качество адаптации человека.

Большой вклад в решение проблемы природы социальной адаптации внесли западные персонологи З. Фрейд, К. Юнг, Э. Фромм, К. Хорни, позиции которых сходятся в вопросах наличия каких-либо врожденных особенностей (либидозных стремлений, коренной тревоги, чувства отчуждения и др.), которые через включение защитных механизмов организма в некоторых ситуациях способствуют отчуждению личности от социума, а в других – вхождению в него [114].

Свое отношение к «адаптации» прослеживается у представителей гуманистической психологии. По мнению Э. Эриксона и А. Маслоу, приспособленность не есть необходимость для личности, она препятствует расцвету ее индивидуальности, творчества, саморазвитию и самораскрытию. Следуя размышлениям персонологов-гуманистов, можно сказать, что для самоактуализации личности значение имеет состояние некоторой неадаптированности, постоянное компенсирование которого и составляет суть существования человека.

В противовес этим суждениям, выявляя закономерности психических свойств личности, психологическое содержание и структуру личностных адаптационных трансформаций в изменяющихся условиях среды, С. Т. Посохова (2001) определила интегральные психологические признаки адаптирующейся личности, среди которых ведущим выступает способность личности к самораскрытию.

Дезадаптация – это нарушение процесса взаимодействия человека со средой. Вначале П. Б. Ганнушкин, В. В. Ковалев, В. П. Кащенко, А. Е. Личко, К. Леонгард, М. Раттер и другие этим термином определяли случаи, связанные со стойкими отклонениями в развитии человека, сегодня понятие прочно вошло в психолого-педагогическую практику для обозначения состояний неприспособленности личности к социальной среде.

По мнению К. Роджерса [114], психологическая дезадаптация есть следствие несоответствия между Я-структурой и опытом (между осознанным «Я» и Я-идеальным). В этом случае человек с психическим расстройством в свете своего, соответст-

вующего его Я-структуре, субъективного видения действительности искажает или отрицает переживания, противоречащие его нынешнему Я-образу, осознание которого влечет тревогу, беспокойство, эмоциональную нестабильность, ощущение надвигающейся опасности и др. Человек с реалистическим восприятием себя и своего поведения оказывается адаптированным в общности людей.

Анализ научных данных позволяет заключить, что сегодня в обществе довольно большая группа детей имеет риск дезадаптации (недостаточное развитие адаптационных механизмов в результате снижения функциональной активности организма) и переадаптации (чрезмерное напряжение адаптационных механизмов). В силу этого климатические, географические и другие эко- и социофакторы детерминируют высокую чувствительность подрастающего поколения к их влияниям [91], что влечет развитие состояний психологического неблагополучия или предболезни с угрозой срыва адаптации и формирования патологического процесса.

Д. Н. Исаев [31; 32], систематизируя неблагоприятные психосоциальные факторы в зависимости от источника и масштаба воздействия на детей, выделяет глобальные, связанные со страхом катастроф, бедствий, войн, преследований; национальные, этнические, эмиграционные; вызванные утратой социального статуса или приобретением нового в случае поступления, например, в школу; депривационные; личностные в связи с собственными характерологическими и другими особенностями, соматическими заболеваниями.

Бесспорно, что серьезные адаптационные трудности создает общеобразовательная школа как социальный институт, в котором дети проводят до 70 % времени бодрствования. Атмосфера и содержание школьного обучения предъявляют часто чрезвычайные требования к организму ребенка, подрывая его психофизиологический, интеллектуальный и личностный потенциал. Особенно сложно приходится соматически ослабленным и депривированным детям, детям с задержанным и иррегулярным развитием. По данным ВОЗ, школа является источником нескольких групп детских проблем. Первые связаны с поступлением ребенка в школу, со сменой одной деятельности на другую, свободной активности на дисциплину; вторые – с давлением на ребенка требований учебного процесса школы; третьи – с тех-

низацией и компьютеризацией школы, усложнением учебных программ и др.; четвертые – с ориентацией школы на высокие показатели в учебе.

Н. Г. Лусканова и И. А. Коробейников [65], обобщив результаты различных исследований, среди возможных факторов дезадаптации в школе выделяют недостаточную подготовленность ребенка к школе, социально-педагогическую запущенность; длительную и массивную психическую депривацию; соматическую ослабленность; нарушения формирования отдельных психических функций и познавательных процессов, а также школьных навыков (дислексия, дисграфия, дискалькулия); двигательные и эмоциональные расстройства.

Адаптация к школе и к окружающей среде протекает различно в зависимости от физического развития и состояния здоровья ребенка. Выделяют группы детей с легким, средним и тяжелым течением адаптационного процесса. Легкая степень адаптации характеризуется тем, что состояние функциональной напряженности организма ребенка компенсируется в течение первой четверти. При адаптации средней степени тяжести, более выраженные снижения общего самочувствия и здоровья могут наблюдаться в течение первого полугодия. Подобные состояния вызваны необходимостью перестройки деятельности организма и развитием напряжения в работе его физиологических систем. Тяжелая адаптация отличается значительными нарушениями здоровья, которые нарастают к концу учебного года в результате истощения функциональных резервов организма. Последнее обстоятельство позволяет рассматривать случаи тяжелого течения адаптационного процесса у школьников как патологические состояния, требующие специальной медико-психолого-педагогической терапии. Критериями благополучной адаптации ребенка к школе могут выступать привычное самочувствие и отсутствие выраженных нарушений в состоянии здоровья (болезней), позитивная динамика работоспособности и хорошее усвоение школьной программы. Дефиниция «благополучная адаптация» в данном контексте синонимична понятию «физиологическая адаптация», поскольку подразумевает оптимальный режим функционирования всех систем организма ребенка.

Итак, не все дети готовы к высоким требованиям современного образовательного процесса, а психосоматические, неврологические и другие заболевания повышают риск учебных

трудностей, и, как следствие, школьной дезадаптации. Под школьной дезадаптацией подразумевают некоторую совокупность проявлений, показывающих несоответствие психофизиологического и психосоциального статуса ребенка требованиям школы. Последние инициируют затруднения или невозможность обучения и, в свою очередь, психосоматические заболевания, поведенческие расстройства и др.

В свете концепции «предболезни» (В. П. Казначеев, Р. М. Баевский, 1974; Р. М. Баевский, 1979; С. Б. Семичов, 1987 и др.) школьная дезадаптация как проявление социально-психологической неприспособленности, претендует на рассмотрение ее в качестве переходного состояния между нормой и патологией.

Помимо школьной дезадаптации, в зависимости от социального института, где произошла дезадаптация, говорят о семейной, групповой дезадаптации. По возрастному признаку выделяют дошкольную дезадаптацию, дезадаптацию младшего школьного возраста, отроческую и другие дезадаптации. Расстройства адаптации (дезадаптация) часто препятствуют работе и учебе человека. У последнего наблюдаются тревога, депрессия, утомляемость и снижение продуктивности в деятельности, ухудшения в отношениях с окружающими людьми и др.

Рассматривая социальный аспект дезадаптации в зависимости от ее природы и степени выраженности, С. А. Беличева [12] выделяет патогенную, психосоциальную и социальную дезадаптации.

Патогенная дезадаптация вызывается патологиями психического развития и нервно-психическими заболеваниями функционального и органического происхождения. Иными словами, этот вид дезадаптации характерен для лиц с дизонтогенетическим развитием и пограничными расстройствами. Частыми проявлениями неприспособленности в этих случаях выступают острые аффективные реакции и патохарактерологические реакции, проявляющиеся в активных и пассивных формах реагирования на средовые воздействия в виде агрессивных, аутоагрессивных, импунитивных, демонстративных и других реакций. Патохарактерологическое реагирование сопровождается не только утратой в поведении психологически понятной связи с психологической травмой, но и постепенным присоединением невротических компонентов, таких как раздражительность, не-

устойчивость настроения, аффективная возбудимость, истощаемость, соматовегетативные расстройства.

Расстройства адаптации патогенного генеза следует дифференцировать от состояний, не относящихся к психическим расстройствам (психосоциальная и социальная дезадаптация). Согласно DSM-III-R дезадаптация непатогенного характера не вызывает серьезных нарушений в общественной, учебной и производственной жизни, выходящих за рамки нормального реагирования организма в стрессовой ситуации. При этом неблагоприятные условия жизнедеятельности могут детерминировать и хронифицировать временное нарушение профессиональной и социальной жизни.

Психосоциальная дезадаптация связана с индивидуально-типологическими и половозрастными особенностями организма, которые обуславливают нестандартность, трудновоспитуемость и уязвимость ребенка. Данный вид дезадаптации может иметь устойчивый и временный характер. Устойчивость обуславливается акцентуациями характера, индивидуальными особенностями эмоционально-волевого компонента, такими как индифферентность интересов и низкая познавательная активность, снижение эмпатийности, дефицитарность волевой и аффективной сфер. Временные формы психосоциальной дезадаптации вызваны психофизическими половозрастными особенностями, ярко проявляющимися в кризисный подростковый период развития. В группе основных предпосылок временных форм дезадаптации необходимо назвать неравномерность психического и психосексуального развития (задержка или опережение); отдельные психогенные состояния.

Система ценностных ориентаций ребенка, выражающая личностную значимость жизненных явлений, составляет содержательную сторону его жизненной перспективы. При несоответствии оценок ребенка с его представлениями о той или иной сфере жизнедеятельности и ее доступности у него могут возникнуть различные психологические проблемы, которые, в свою очередь, повлекут нарушения социального приспособления – социальную дезадаптацию. Социальная дезадаптация в связи с деформацией механизма внутренней поведенческой регуляции состоит в нарушениях норм социального поведения. Первой стадией социальной дезадаптации С. А. Беличева считает состояние педагогической запущенности [12]. В основе не-

зрелости личности педагогически запущенных детей лежит недостаточность таких ее компонентов, как направленность (интересы, идеалы, потребности) и моральные качества.

А. И. Ауваэрт, исследовав проблему правовой социализации несовершеннолетних, отметил, что процесс усвоения правовых норм складывается из четырех аспектов: осведомленность о нормах и понимание их содержания; отождествление своего поведения с нормой; желание следовать норме, способность реализовать норму [7]. Иными словами, ценностно-нормативные представления, т. е. представления о правовых и этических нормах, выполняющих функции внутренних поведенческих регуляторов, включают когнитивный компонент (знание), аффективный (отношение) и волевой (поведенческий). У детей с педагогической запущенностью нарушенными часто выступают некоторые или все компоненты внутреннего поведенческого регулятора.

Психосоциальная и социальная дезадаптации состоят в характерологических реакциях, преходящих, относительно кратковременных, ситуативно обусловленных и психологически понятных нарушениях поведения, которые проявляются к конкретным лицам и обстоятельствам, не выходя за рамки данной микросреды и не сопровождаясь расстройствами психофизиологических функций.

Т. Д. Молодцова (1997) рассматривает дезадаптацию в зависимости от степени распространенности в разных областях жизни (узкая, широкая), от степени выраженности (скрытая, открытая, ярко выраженная), от степени вовлечения личности в процесс (поверхностная, углубленная, глубокая), от характера возникновения (первичная, вторичная), от длительности протекания (ситуативная, временная, устойчивая).

Таким образом, основу жизнедеятельности человека составляет процесс непрерывного взаимодействия в интегральном биосоциальном поле – в диадах «человек – человек» и «человек – среда». Дезорганизация интегральной биосоциальной сети влечет нарушения приспособления человека как на биологическом (организменном), так и социальном (культура, творчество, учебная и трудовая деятельность, семейно-бытовая сфера) уровнях его функционирования.

4.2. Проявления дезадаптации депривированной личности

Отсутствие возможностей удовлетворять врожденные потребности в безопасности, принадлежности и любви, во взаимодействии с другими людьми отрицательно сказывается на состоянии организма и детерминирует развитие депривационного синдрома, который характеризуется специфическим развитием личности, не всегда адаптированной в социуме.

Дезадаптация депривированных детей (детей-сирот и детей, выросших в ситуации крайнего семейного неблагополучия) носит патогенный и социальный характер. В первом случае она связана с нарушениями в функционировании организма, во втором – с деформацией механизма идентификации-обособления.

Нами выделен широкий спектр проявлений трудностей адаптации в социуме (дезадаптации) депривированных детей подросткового и юношеского возраста, таких как [128–130; 132–134; 136; 137]:

а) трудности в процессе школьного обучения в результате несоответствия психофизиологического и психосоциального статуса ребенка требованиям школы (*школьная дезадаптация*);

б) затруднения в процессе социального самоопределения в виде ограничения социальных контактов из-за сужения круга и обеднения содержания общения (*межличностная дезадаптация*);

в) нарушение процесса профессионального самоопределения в виде неадекватности выбора юношами-сиротами и девушками-сиротами вида профессиональной деятельности в связи с ограниченными возможностями выбора и способов ее осуществления (*производственная дезадаптация*);

г) сложности в семейной ориентации вследствие искажения полоролевых стереотипов и отсутствие четких представлений о семье (*семейная дезадаптация*);

д) снижение потенциала здоровья (*патологическая дезадаптация*);

е) несоответствие поведения индивида нормам и требованиям той системы общественных отношений, в которую он включается по мере своего социального развития и становления (*общественная дезадаптация*).

Проведенное нами сравнительное изучение детей-сирот, выросших вне семьи, и воспитанников спецшколы для подрост-

ков, нуждающихся в особых условиях обучения и воспитания, позволяет говорить о наличии в психологическом портрете сирот определенных негативных психологических особенностей (свойственных группе «криминогенного риска»), таких как высокая тревожность, слабая эмоциональная устойчивость, раздражительность, негативизм, агрессивность, враждебность, подозрительность, которые в сочетании с неблагоприятными социальными (десоциализирующими) факторами могут провоцировать развитие девиантного поведения. Учитывая совпадение некоторых патохарактерологических проявлений личности подростков, живущих без родителей, и подростков группы «криминогенного риска», следует рассматривать воспитанников детских домов и школ-интернатов в группе с риском к асоциальному и делинквентному поведению.

Проблемы депривированной популяции населения обостряются при интеграции с социальной общностью. Недостаточная самостоятельность и зависимость от других, внушаемость и эмоциональная нестабильность повышает риск их социально-психологической дезадаптации во всех сферах жизнедеятельности [71; 84; 87].

Итак, несомненно, что социально-психологическое благополучие детей остается главенствующим фактором, обеспечивающим нормальный рост, общее психическое, психофизическое развитие и здоровье детей. Нарушение этого благополучия (нездоровый образ жизни и микроклимат в семье, отсутствие одного из родителей и, тем более, воспитание вне семьи в случаях биологического и социального сиротства) часто приводит к дезорганизации процесса развития, снижению адаптивных и защитных возможностей организма детей, а в итоге – к десоциализации и болезням.

Сказанное выше определяет значимость социально-психологического сопровождения развития сирот на всех этапах онтогенеза, включающего комплексное обследование и составление маршрута индивидуального развития. Это диктует необходимость организации в учреждениях интернатного типа специальных служб или центров с целью интеграции деятельности специалистов разного профиля для определения и реализации наиболее эффективных форм и методов реабилитации детей-сирот.

Контрольные вопросы

1. Проанализируйте основные отечественные и зарубежные подходы к проблеме адаптации-дезадаптации.
2. Назовите факторы дезадаптации ребенка.
3. Раскройте типологию дезадаптации С. А. Беличевой.
4. Отталкиваясь от типологии дезадаптации С. А. Беличевой, определите характер дезадаптации депривированной личности.
5. Охарактеризуйте трудности социально-психологической адаптации (проявления дезадаптации) депривированного контингента населения в социуме.

ГЛАВА 5

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОТЕНЦИАЛА РАЗВИТИЯ ДЕПРИВИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ¹

Комплексность заложена в самой природе современной науки, и почти любая серьезная научная проблема – комплексная.

Б. Е. Патон

5.1. Сопровождение развития депривированного ребенка

Вне сомнений, важными условиями благоприятного развития и адаптации в среде депривированных детей и подростков выступают компенсация и коррекция нарушений в развитии и исправление «искривлений» личностного роста, сохранение и приумножение здоровья. Исполнение этих условий возможно в специализированных медико-социально-психолого-педагогических центрах (службах), призванных синтезировать действия специалистов разного профиля для определения и реализации наиболее эффективных форм и методов *сопровождения* развития депривированных детей.

Цель подобных центров (служб) – повышение адаптационного потенциала и подготовка к самостоятельной жизни депривированных детей. В них деятельность специалистов можно построить как процесс воздействия на организм ребенка в целом во всем многообразии его биологических и социально-психологических проявлений.

Под *сопровождением* подразумевается система деятельности педагогов, психологов, социальных работников, врачей, на-

¹ В главе предложены материалы, опубликованные ранее автором в изданиях, дополненные, представленных в списке литературы под № 132, 134, 140.

правленная на создание оптимальных медико-социально-психологических условий для полноценного психофизического развития, оздоровления, успешного обучения ребенка и его благоприятной адаптации к меняющимся жизненным ситуациям. Органическими составляющими процесса сопровождения являются *поддержка* и *коррекция* развития депривированных детей и подростков.

В контексте личностно-ориентированного и гуманистического подходов *поддержка* – это целенаправленная деятельность специалистов-профессионалов, состоящая в оказании превентивной помощи детям в процессе развития, воспитания, обучения, жизненного самоопределения. В таком понимании поддержка созвучна с содержанием профилактической работы врачей, педагогов и психологов, которая разворачивается тогда, когда трудности у ребенка не возникли, но уже обозначились как возможные.

Содержательный компонент поддержки включает разнообразную гамму мероприятий, таких как:

1. Организация условий жизни и деятельности детей и подростков в соответствии с современными санитарно-гигиеническими требованиями. С этой целью проводится работа по выявлению особенностей и оптимизации микроклимата в семье и/или в интернатном учреждении, обеспечивающего нормальное развитие ребенка и укрепление его здоровья. Значение придается изучению условий организации образовательного процесса в школе.

2. Сохранение и укрепление здоровья детей и подростков посредством работы лечебно- и психопрофилактического характера, физкультурно-оздоровительных мероприятий.

3. Приобщение детей и подростков к ценностям здорового образа жизни, что, в свою очередь, предполагает расширение и углубление знаний о строении и функционировании организма; формирование психологической установки на здоровый образ жизни, а у специалистов, осуществляющих учебно-воспитательный процесс, четких ориентиров на проведение работы по повышениювалеологической грамотности детей; осуществление своевременной работы по профилактике токсикомании, наркомании, табакокурения, алкоголизма и других аддикций через расширение и углубление знаний о влиянии на организм вредных привычек, демонстрацию всеми специалистами культуры здорового поведения и здорового образа жизни.

4. Выбор индивидуального «маршрута» воспитания и обучения, личностного самоопределения через построение образовательного и воспитательного пространства с учетом психофизических возможностей и индивидуально-типологических особенностей детей и др.

5. Интеграция в социум сверстников.

Коррекционная работа как органическая составляющая процесса сопровождения предусматривает осуществление системы мероприятий, направленных на преодоление или ослабление нарушений развития, недостатков здоровья как психического, так и физического, и разворачивается на фоне развивающего процесса.

Развивающая работа предполагает формирование функций организма, соответствующих «программе развития» [97] или, другими словами, социально-психологическому, физическому и соматическому возрастным нормативам, и стоит «во главе угла» всей воспитательной и образовательной деятельности. Отмеченное диктует необходимость рассматривать коррекционный и развивающий подходы как единый специально организованный комплексный процесс со своими задачами, содержанием и технологиями воздействия.

Содержание коррекционно-развивающей работы представлялось бы ограниченным и неполным, если бы в фокусе внимания не была личность в целом, во всем многообразии ее свойств и особенностей.

Системный анализ особенностей развития и здоровья депривированных детей и подростков позволяет заключить, что реализация задач сопровождения возможна при осуществлении:

- 1) дифференцированного подхода к целям, содержанию и срокам работы с детьми;
- 2) комплексного воздействия (лечебного, педагогического, психологического, социального, валеологического);
- 3) активной интеграции депривированных детей с обществом сверстников;
- 4) максимальной социально-трудовой адаптации детей к реалиям действительности.

Комплексное сопровождение депривированных детей, направленное на преодоление и (или) профилактику нарушений в развитии и здоровье, наряду с выше отмеченными условиями, предполагает учет как индивидуально-типологических, так и

возрастных особенностей развития детей и подростков. В связи с этим важно предусматривать здоровьесохраняющие мероприятия, коррекцию и компенсацию недостатков развития в процессе ведущего вида деятельности: игровой – в дошкольном возрасте; учебно-познавательной – в младшем школьном возрасте; познавательно-трудовой – в подростковом возрасте.

При осуществлении превентивных и коррекционных мероприятий по повышению уровня развития, психологической и социальной зрелости депривированных детей и подростков в условиях, отличающихся комплексным (взаимодействие и преемственность) подходом специалистов-профессионалов, значение имеет систематическая оценка особенностей развития и здоровья, аттестация социально-психологической готовности к самостоятельной жизни.

5.2. Проектирование среды сопровождения

Несмотря на то, что в России в системе образования и социальной защиты населения существует широкая сеть структур, занимающихся воспитанием, обучением и реабилитацией депривированных детей (например, из числа детей-сирот), внедряются программы, направленные на сохранение и укрепление потенциала развития и здоровья, предупреждение отклонений в развитии и коррекцию проявившихся нарушений, фактически число детей «группы риска» среди них не уменьшается, а возрастает. Большое число воспитываемых в обстановке семейного неблагополучия или вне семьи детей больны и трудны в воспитании, многие из них неприспособленные, иначе говоря, «социально-дезадаптированные» в социуме.

Чем объяснить низкий КПД детских домов и интернатных учреждений, где сосредоточено большинство депривированных детей? Основной состав специалистов этих учреждений – педагоги-профессионалы, любящие детей, и беззаветно преданные делу. На вооружении у них современные эффективные технологии развивающей, коррекционной и лечебно-профилактической работы. Вероятно, реалии современной жизни требуют иных подходов к решению проблем депривированных детей?

Быть может, работу с депривированными детьми «группы риска» необходимо выстраивать с учетом не только структуры и иерархии их развития, но и видения сложного механизма их созревания, понимания причин наблюдаемой феноменологии и прогнозов возможных вариантов адаптации к среде?

Рациональное проектирование среды Центров (Служб) сопровождения депривированных детей должно способствовать наиболее полному восстановлению их физического и социально-психологического статуса, а также помочь им избежать многих жизненных трудностей.

Приоритетными задачами деятельности специалистов медико-социально-психолого-педагогических центров сопровождения развития депривированного ребенка (в дальнейшем – МСППЦ или МСППС-служб) выступают следующие:

1) *поддержка семьи* – помощь семьям, попавшим в трудную жизненную ситуацию;

2) *общественная* – организация максимально приближенной к условиям воспитания детей в семье ситуации воспитания сирот в интернатных учреждениях (в случаях сопровождения в интернатном учреждении);

3) *воспитательная* – всестороннее развитие и гармонизация личности детей;

4) *образовательная* – организация образовательного процесса в соответствии с достижениями науки, общественными, культурными требованиями и адекватными способностям и возможностям детей;

5) *здоровьесохраняющая* – построение учебного процесса, способствующего не только сохранению, но и укреплению, а также совершенствованию здоровья детей;

6) *интеграция* с социумом для благоприятной адаптации к меняющимся жизненным ситуациям;

7) *кадровая* – обеспечение участия высококвалифицированных в процессе сопровождения депривированных детей.

При проектировании среды сопровождения важно определить ее структуру и содержание деятельности специалистов (рис. 10).

Обязательными составляющими рационально организованной среды выступают четыре подразделения, организационно и функционально взаимосвязанные между собой: медико-валеологическое (здоровьесберегающее), психологическое, коррекционно-педагогическое и социально-развивающее.

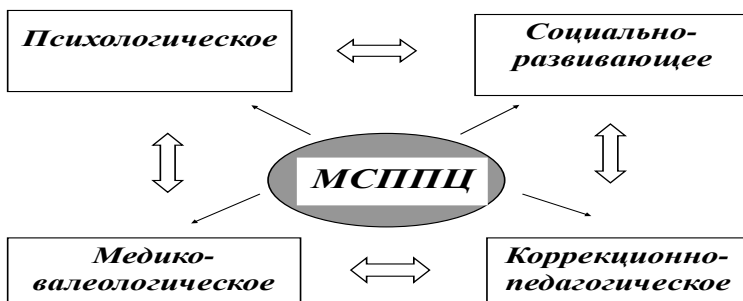


Рис. 10. Структура медико-социально-психолого-педагогического центра сопровождения развития депривированных детей

Медико-валеологическое (здоровьесохраняющее) подразделение.

Основными функциями данного подразделения выступают следующие:

1. Сохранение здоровья, что предполагает следование принципам здорового образа жизни.
2. Укрепление здоровья, т.е. его приумножение за счет тренирующих организм естественных, немедикаментозных воздействий (оздоровительное питание, закаливание, физические тренировки, психологические разгрузки и др.).
3. Совершенствование здоровья, что позволит оптимально адаптироваться к среде.
4. Возвращение утраченного здоровья (оздоровление) в безопасную зону, через активизацию его внутренних механизмов.

При этом деятельность врачей и валеологов не однозначна. Валеолог работает с детьми, имеющими здоровье в диапазоне «предболезнь – здоровье», врачи – с больными детьми.

Нужно отметить, что в рамках остальных подразделений подобная функциональная роль принадлежит и другим специалистам, вектор их воздействия направлен на повышение уровня социально-психологического развития.

Психологическое подразделение работает в собственно психологическом аспекте сохранения и совершенствования психического потенциала развития детей и подростков. Внутренняя и внешняя гармонизация личности ребенка – прерогатива деятельности специалистов-психологов. В их поле зрения – ин-

теллеktуальная, мотивационно-потребностная, эмоционально-волевая сферы психики, самосознание и такие высшие личностные составляющие, как самоотношение, самодостаточность, самоактуализация, гуманизм.

В задачи психологического подразделения входит формирование:

1. Благоприятной социально-психологической ситуации развития ребенка.

2. Развитие, в пределах природных возможностей, оптимальной психической конституции посредством максимального раскрытия внутреннего потенциала депривированного ребенка.

3. Способствование оптимизации процесса адаптации ребенка к социуму.

4. Своевременная психологическая профилактика, коррекция и терапия познавательных и личностных нарушений, часто выступающих составляющими компонентами депривационного синдрома.

Коррекционно-педагогическое подразделение имеет своей целью коррекцию стойкого и тотального спутника психической депривации – психического дизонтогенеза: недоразвития, поврежденного, задержанного, дефицитарного, искаженного и дисгармоничного развития. Основными условиями эффективности коррекционной работы выступают дифференциация психического состояния в зависимости от уровня и степени выраженности психической депривации; учет структуры психического дизонтогенеза; выделение сохранных функций; определение зоны ближайшего развития; выявление компенсаторных возможностей ребенка.

Социально-развивающее подразделение выступает интегративным звеном МСППЦ, обеспечивающим взаимодействие Центра с другими службами района или города. В то же время это подразделение не обособлено от других, а связано с ними глубокими функциональными связями.

Социально-развивающее подразделение формирует социальное здоровье как систему ценностей, мотивов, норм поведения в обществе. Здесь здоровье рассматривается в его многообразных социальных связях и многовариантных социальных отношениях. Социальный уровень здоровья позволяет оценить особенности трудоспособности, внешней активности, отношения к окружающей действительности, иными словами, допро-

фессиональную и жизненную подготовленность детей. В этом контексте социально-развивающее подразделение выполняет функции социального врача-депривированного ребенка.

Функциональные обязанности специалистов Медико-социально-психолого-педагогического центра представлены в прил. 1.

5.3. Содержание психолого-педагогической работы

Основными направлениями деятельности специалистов подразделений выступают диагностическое и коррекционно-развивающее направления.

1. *Диагностическое направление* решает три задачи:

Первая задача – динамический контроль состояния здоровья детей; дифференциация детей по группам в зависимости от уровня развития, состояния общего и психического здоровья; выявление адаптационного потенциала организма детей.

Традиционное изучение уровня физического развития и состояния здоровья, психопатологическое исследование личности, осуществляемое терапевтом и психиатром, ориентировано на выявление феноменологических проявлений психического расстройства, соматических заболеваний и постановку нозологического диагноза. Одной из задач психологической диагностики является прогнозирование вероятности появления патологических проблем, т. е. построение диагностической гипотезы. Для ее решения психолог проводит донозологическую психодиагностику когнитивной, эмоционально-волевой, мотивационно-потребностной сфер, самосознания. Психодиагностика разворачивается еще тогда, когда сложности в психическом развитии пока не возникли, но специалист их обозначил как возможные. Если же выявлены проявления депривированного развития или нервно-психические расстройства, то важно провести последовательный и глубокий их анализ, определение психологической структуры расстройств с выделением первичных и вторичных нарушений, установлением степени их выраженности. Не менее значимым выступает раскрытие преморбидных свойств личности, а также компенсаторных и защитных образо-

ваний, которые зачастую вызываются расстройством и усугубляют процесс жизнедеятельности ребенка (так называемая «функциональная» диагностика). Социально-педагогический аспект диагностики направлен на изучение системы ценностей, мотивов, норм поведения ребенка в обществе, его социальных связей и отношений, допрофессиональной и жизненной подготовленности.

С целью диагностики уровня психического развития используются различные методы, как высокой степени формализации (тесты, опросники, проективные методики), так и малоформализованные (наблюдение, опрос, анализ продуктов деятельности). Формы изучения также различны – индивидуальные и групповые, устные и письменные, вербальные и невербальные, бланковые, предметные, аппаратурные, компьютерные.

Своевременное выявление «искривлений» развития – залог успешности воздействий, предупреждающих и преодолевающих проявления психической депривации и нарушений психического развития. С этой целью необходимо использовать психодиагностические комплексы, позволяющие в полном объеме изучить особенности депривированного развития.

Вторая задача диагностического направления работы специалистов – изучение особенностей жизнедеятельности детей, т. е. определение соответствия образовательной и воспитательной среды возрастным, половым, индивидуальным особенностям развития и здоровья детей.

В связи с этим осуществляется анализ материально-технического обеспечения воспитательного и образовательного процессов; особенностей соблюдения санитарно-гигиенических норм осветительного и теплового режимов; наличия благоприятной психологически комфортной ситуации воспитания и обучения, которая отличается прежде всего позитивной и продуктивной линией общения детей со сверстниками и взрослыми, вниманием к их внутреннему миру. С целью повышения эффективности образовательного процесса и предотвращения истощения организма и школьной дезадаптации изучается содержание расписания занятий, которое должно быть составлено с учетом санитарных правил и норм, а также индивидуальной фоновой работоспособности и ее динамики у детей; исследуются особенности медико-психолого-педагогической поддержки и помощи.

Третья задача – систематический мониторинг развития и здоровья детей в контексте их готовности к самостоятельной жизни и деятельности, адаптации в социуме.

Целью диагностической работы является информационное обеспечение процесса сопровождения развития ребенка. Составленный по результатам комплексного изучения индивидуальный профиль развития и здоровья (психологический, социально-педагогический и валеологический портреты) ребенка, выступает основой для определения путей, форм и средств комплексного сопровождения развития ребенка.

Специфика развития депривированного ребенка, его иррегулярность и дисгармоничность, сложность и глубина проявлений дизонтогенеза, диктует необходимость ведения интегрированной карты здоровья и развития – психосоматической карты развития ребенка. Карта включает ряд разделов: анкетные данные, факторы развития и жизненные условия, анамнез, период и особенности адаптации при поступлении в образовательное учреждение, здоровье и физическое развитие, особенности развития личности (прил. 2).

Психосоматическая карта построена по принципам комплексного и динамического изучения, предполагает отслеживание состояния здоровья и особенностей психофизического развития на всех ступенях онтогенеза, которые совпадают с периодом пребывания ребенка в интернатном или другом образовательном учреждении. Помимо этого в карте представлены пути сохранения, укрепления и совершенствования здоровья и развития ребенка, прогнозируются возможные трудности его социальной адаптации. В заключении анализируется здоровье и развитие ребенка в течение всего периода наблюдения через оценку динамики психосоматического состояния, познавательных процессов, личностного становления, особенностей учебной и трудовой адаптации.

2. *Коррекционно-развивающее направление* включает в себя оздоровительное (лечебное), коррекционно-развивающее психолого-педагогическое и социальное воздействия, а также формирование здоровьесберегающей среды.

2.1. Оздоровительная (лечебная) работа предполагает возвращение утраченного здоровья через активизацию его внутренних механизмов. Здоровье – это динамическое состояние благополучия и в то же время процесс сохранения, приумноже-

ния и совершенствования физического, духовно-нравственного, интеллектуального, творческого и социального потенциала человека [132; 134]. Как отмечено в § 3.5, психическая депривация может принимать форму соматических и психосоматических расстройств, что проявляется в психофизической ослабленности и болезнях. Среди депривированных детей мало здоровых детей, лишь 4,7 % детей (детей с первой группой здоровья). Остальные имеют вторую, третью и четвертую группы здоровья. Эти дети соматически ослаблены, характеризуются дефицитным развитием отдельных психических функций (синдром «минимальной мозговой дисфункции»). По данным Е. Е. Чепурных, Г. Н. Тростанецкой, Л. М. Шипицыной, до 60 % детей-воспитанников интернатных учреждений страдают серьезными заболеваниями соматической и психической сфер организма [51].

Оздоровление основано на осуществлении следующих мероприятий: первая медицинская помощь, неотложная помощь, амбулаторное, стационарное и санаторно-курортное лечение. Важную роль в оздоровлении организма играют физиотерапия, лазеротерапия, водолечение, массаж, фитотерапия, лечебно-физкультурный комплекс, психотерапия и др.

2.2. Коррекционно-развивающая психолого-педагогическая работа.

Психическая депривация – результат влияния различных факторов и прежде всего материнской депривации, сужения на всех этапах жизни социального поля активности, отягощенной и часто неясной наследственности, неблагоприятного течения перинатального развития, тяжелых условий жизни в раннем детстве. Все это способствует формированию определенного типа личности со специфическим отношением к миру, деятельности, окружающим, себе.

Детерминируемые депривационным синдромом трудности адаптации на различных ступенях онтогенеза могут иметь широкий спектр проявлений (§ 4.2).

Выделив основные проблемы детей и подростков и спрогнозировав трудности вхождения депривированных детей в социум, специалистам необходимо определить приоритетные направления в работе. Они могут быть следующими:

1) сохранение, приумножение и совершенствование потенциала развития через работу с детьми как с субъектами самосознания, общения и деятельности;

2) возвращение утраченного психического и социального потенциала через коррекцию негативных проявлений психической депривации.

Важно помнить, что эффективность работы определяется не столько фактором множественности воздействий, сколько содержанием, последовательностью и систематичностью осуществляемых мероприятий. При этом специалисты сопровождают ребенка в его развитии, а не управляют им, создавая в условиях взаимодействия благоприятную социально-психологическую ситуацию жизнедеятельности. Это направление реализуется с использованием валеологических, психолого-педагогических, а также психотерапевтических подходов, развертывающихся в рамках коррекционно-развивающей и консультативной деятельности.

Спектр мероприятий, направленных на сохранение, приумножение и совершенствование потенциала развития

А. Формирование здорового образа жизни как способа жизнедеятельности человека, выражающего ориентацию в направлениях сохранения, приумножения и совершенствования как индивидуального, так и общественного здоровья и определяющего выполнение человеком профессиональных, общественных и бытовых функций в оптимальных для здоровья условиях. В процессе формирования здорового образа жизни значение имеет валеологическое сопровождение детей, которое представляет собой внедрение в воспитательный и образовательный процессы здоровьесохраняющей психологии и педагогики (рис. 11).

Формирование здорового образа жизни включает:

1) оптимизацию социально-гигиенических условий жизнедеятельности;

2) организацию личностно-ориентированного пространства (воспитательного и образовательного) с учетом здоровья и индивидуальных возможностей ребенка;

3) реализацию комплексных программ сохранения, приумножения и совершенствования здоровья;

4) валеологическое воспитание в виде формирования ценностно-ориентированных установок на здоровье и здоровый образ жизни как неотъемлемой части общекультурного мировоззрения;

5) повышение валеограмотности детей через валеологическое обучение (прил. 3);

6) координацию работы учреждений образования, здравоохранения и социальной защиты в решении проблем сохранения, приумножения и совершенствования здоровья.



Рис. 11. Содержание деятельности специалистов валеологического подразделения

Б. Развитие психического потенциала посредством психологического сопровождения.

Содержание деятельности специалистов-психологов представлено на рис. 12.



Рис. 12. Содержание деятельности специалистов психологического подразделения

Направления развития психического потенциала ребенка:

- 1) развитие познавательной сферы;
- 2) развитие самосознания – таких высших личностных составляющих, как самоотношение, самооценка, самодостаточность, самоактуализация, гуманизм;
- 3) развитие мотивационно-потребностной сферы;
- 4) развитие эмоционально-волевой сферы;
- 5) развитие способностей прогнозирования и управления своим состоянием для достижения оптимальной адаптации к среде.

Спектр мероприятий, направленных на возвращение утраченного психического потенциала развития

Работа осуществляется специалистами психологического и коррекционно-педагогического подразделений Центра медико-социально-психолого-педагогического сопровождения через коррекцию негативных проявлений психической депривации. Содержание деятельности специалистов коррекционно-педагогического подразделения представлено на рис. 13.



Рис. 13. Содержание деятельности специалистов коррекционно-педагогического подразделения

Коррекция негативных психических и психофизиологических проявлений состоит в:

1) преодолении нарушений когнитивных процессов и негативных психических состояний;

2) повышении психофизической работоспособности и резистентности организма;

3) коррекции негативных личностных особенностей и девиаций поведения.

Спектр мероприятий, направленных на возвращение утраченного социального потенциала развития

Содержание деятельности специалистов социально-развивающего подразделения представлено на рис. 14.

В. С. Басюком разработано содержание основных направлений социально-развивающей работы с детьми [9].



Рис. 14. Содержание деятельности специалистов социально-развивающего подразделения

Семейное воспитание

- Знакомство с семейными традициями, системой родственных связей, генеалогическим древом и т. д;
- Формирование умений и навыков, связанных с организацией быта и досуга;
- Формирование индивидуального стиля здорового образа жизни.

Проориентационное направление

- Формирование навыков межличностного общения и коллективной деятельности;
- Формирование умения прогнозировать будущую жизнь, далекую перспективу;
- Развитие широкого круга интересов;
- Профессиональное самоопределение, подготовка к будущей профессиональной деятельности.

Культурно-нравственное развитие ребенка

- Создание социально-развивающей культурной среды;
- Развитие морально-нравственных качеств;
- Знакомство с культурными ценностями;
- Формирование культуры поведения, нравственной культуры.

Социальные роли и статус

- Формирование социальных качеств, необходимых для бесконфликтной интеграции в обществе.

Нормативно-правовое направление

- Формирование позитивного отношения к нормам и правилам социального взаимодействия, а также желания следовать им;
- Знакомство с правами и свободами человека.

Патриотическое воспитание

- Знакомство с историей города, региона, страны.
- Формирование основных понятий о городском транспорте, о средствах связи.
- Формирование гражданской психологии, гражданской позиции, гражданской ответственности перед обществом и государством.

Важное звено в цепи реабилитационных мероприятий медико-социально-психологический патронаж выпускников интернатного учреждения. Патронаж предполагает:

1) аттестацию биосоциальной зрелости (физической, морально-волевой, профессиональной) и готовности к самостоятельной жизни.

2) выявление особенностей интеграции выпускников с социумом (социальный статус в обществе, социальное окружение, жизнедеятельность);

3) оказание помощи выпускникам в трудных жизненных ситуациях.

Формирование здоровьесберегающей среды является содержанием деятельности всех специалистов Центра медико-социально-психолого-педагогического сопровождения депривированных детей.

Формирование здоровьесберегающей среды (валеологизация педагогической среды) – представляет собой внедрение в воспитательный и образовательный процессы здоровьесохраняющей педагогики и психологии. Важным аспектом этого направления деятельности Центра выступает валеологическое обучение и воспитание – составляющие валеологического образования, направленного на формирование культуры здоровья, предполагающей знание и учет человеком своих психофизиологических возможностей развития, путей и средств контроля, сохранения, приумножения и совершенствования потенциала организма, наличие желания и умений распространять валеологическую культуру в обществе. В приложении 3 представлен валеологический образовательный курс для детей.

Интегративной структурой Медико-социально-психолого-педагогического центра сопровождения развития депривированных детей является медико-психолого-педагогический консилиум (МППК) (прил. 4). МППК решает задачи донологической оценки здоровья и развития детей; выявления «групп риска» по состоянию здоровья и развития: организации пространства безопасной жизнедеятельности, обеспечивающего оптимальные социально-психологические и педагогические условия для детей со сниженным здоровьем или пограничными состояниями; определения путей коррекции депривированного развития и реабилитации детей. Участниками консилиума являются все специалисты Центра сопровождения развития депривированных детей. В. С. Басюком [9] разработан трехступенчатый алгоритм функционирования МППК.

Целью первого этапа выступает донозологическая оценка развития детей. Участники консилиума в представлениях на ребенка указывают сведения, отражающие особенности развития и трудности его адаптации, а также рекомендации к его сопровождению. Второй «Поисковый и договорный этап» решает задачи построения индивидуальной программы комплексного сопровождения развития ребенка. Здесь формируются пути поддержки и коррекции проявлений психической депривации, формулируется прогноз развития ребенка. На третьем аналитическом этапе определяется эффективность сопровождения ребенка и, в случае необходимости, определяются новые коррекционно-развивающие подходы.

Важным и ответственным этапом в жизни каждого человека является переход к самостоятельной жизни. В условиях депривации процесс социализации затруднен, поскольку в связи с сужением социального поля активности у депривированных детей существенно снижен процесс усвоения социального опыта, приобщения к системе социальных связей [9; 81; 85; 103; 128; 129; 130].

Вхождение в социальную среду у сирот отличается рядом особенностей – низкой социальной компетентностью, неуверенностью в себе, беспомощностью, пассивной позицией, страхами [85; 100]. В своем поведении депривированная молодежь повторяет привычные, усвоенные в раннем детстве способы поведения родителей, для многих неблагополучный социум становится нормой жизни [81, с. 11–12].

В связи с отмеченным выше, специалистами систематически должна осуществляться оценка готовности к самостоятельной жизни депривированной молодежи. Требованиями к подготовке к самостоятельной жизни выступают: физическое развитие, состояние здоровья; гражданские качества – осознание своих прав на определенную роль в обществе и ответственности за ее реализацию; нравственные и волевые качества; профессионально-трудовая направленность личности [9] (прил. 5).

При этом в зависимости от возраста (дошкольный, младший школьный, подростковый, юношеский) специалисты Медико-социально-психолого-педагогических центров изучают разные аспекты психофизиологической и социальной зрелости. Так, в дошкольном возрасте выявляются состояние здоровья, уровни сформированности знаний о здоровье, культурно-

гигиенических навыков, физической активности (прил. 6); в школьном возрасте, помимо перечисленных проявлений, – особенности психологической организации личности (прил. 7). Результаты аттестации предоставляют полную картину психологической и социальной зрелости депривированного ребенка на разных этапах онтогенеза и позволяют эффективно выстраивать процесс его комплексного сопровождения.

Итак, комплексный подход составляет основу здоровьесберегающего и коррекционно-развивающего процесса сопровождения развития депривированных детей и способствует коррекции психической депривации, укреплению здоровья, развитию адаптационного потенциала депривированных детей.

Контрольные вопросы

1. Дайте определения и раскройте понятия «сопровождение», «поддержка», «коррекция».

2. Определите задачи и структуру центров (служб) психолого-педагогического сопровождения депривированных детей и подростков.

3. Назовите основные направления комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения депривированных детей и подростков.

4. В чем состоят функции и содержание деятельности специалистов психологического подразделения Центра (службы) психолого-педагогического сопровождения развития депривированных детей?

5. В чем состоят функции и содержание деятельности специалистов медико-валеологического подразделения Центра (службы) психолого-педагогического сопровождения развития депривированных детей?

6. Назовите функции и раскройте содержание деятельности специалистов социально-развивающего подразделения Центра (службы) психолого-педагогического сопровождения развития депривированных детей.

7. Назовите функции и раскройте содержание деятельности специалистов коррекционно-педагогического подразделения Центра (службы) психолого-педагогического сопровождения развития депривированных детей.

Заключение

Сегодня у большого числа детей и подростков наблюдаются определенные проявления неприспособленности в обществе, которые, в некоторых случаях и на определенных этапах онтогенеза, не имеют яркой выраженности, но обнажаются и обостряются во взрослой самостоятельной жизни. Последнее обстоятельство, а также усложнение структуры отклоняющегося развития, увеличение сочетанных и пограничных нарушений, появление неизвестных ранее состояний требуют незамедлительной психологической или нозологической квалификации (принадлежности) расстройств, часто встречающихся у детей, выросших вне- или в неблагополучной семье, выявления их структуры и степени выраженности.

В связи с отмеченным сегодня в ряду основных психологических синдромов (недостаточное развитие, асинхронное развитие и поврежденное развитие) целесообразно рассматривать и депривационный синдром (депривированное развитие), отличающийся специфической картиной состояния, течения и исхода. Дополнительным – трудности социально-психологической адаптации, а также воспитание ребенка вне семьи или в обстановке семейного неблагополучия.

Анализ научных данных позволяет говорить о разных причинах и соответствующих им формах психической депривации: материнской (всеобъемлющие иррегулярность психического развития и инфантилизм, сопровождающиеся отсутствием базового доверия к миру), эмоциональной (снижение коммуникативно-познавательной активности, несформированность мотивационно-потребностной сферы, эмоционально-личностные нарушения и аффективные расстройства поведения), сенсорной (задержка и дизонтогенетическое развитие), когнитивной (снижение познавательных интересов, дисгармония интеллектуального развития и нарушения поведенческой регуляции) психосоциальной (коммуникативные трудности, а также нарушения процесса социального и профессионального самоопределения).

Современные данные и наши наблюдения позволяют также говорить о соматической депривации, поскольку перинатальные вредности, отсутствие возможностей полного удовлетворения первичных биологических потребностей (что часто сопро-

вождает детей из «семей риска») влекут нарушения в здоровье – психофизическую ослабленность или серьезную патологию органов и систем.

Проявления психической депривации многообразны и охватывают широкий диапазон изменений: от легких – капризности и крикливости, которые вписываются в картину психической нормы, до глубоких нарушений психофизического развития. В связи с этим целесообразно выделить умеренной, средней и тяжелой степени выраженности проявлений психической депривации.

Анализ природы дезадаптации депривированных детей позволяет говорить, что она носит патогенный и социальный характер, связанный в первом случае с нарушениями в функционировании организма, во втором – с деформацией механизма идентификации-обособления.

Среди проблем, требующих незамедлительного решения, на первое место выступают проблемы сопровождения развития депривированных детей и подростков. И здесь важным представляется:

во-первых – организация воспитательного и образовательного пространства в соответствии с особенностями психофизического развития детей и подростков;

во-вторых – формирование разновариантного образовательного процесса, способствующего выбору образовательной программы, адекватной возможностям организма детей и подростков;

в-третьих – создание системы социально-психологического сопровождения развития депривированного контингента населения на всех ступенях онтогенеза;

в-четвертых – сохранение и приумножение здоровья детей и подростков.

Своевременная комплексная реабилитация в процессе сопровождения депривированных детей и подростков должна быть направлена на активизацию процесса развития, повышение уровня здоровья и возможностей адаптации к среде.

Составляющими процесса сопровождения выступают поддержка и коррекция развития депривированных детей, содержательно реализующихся специалистами медико-валеологического, психологического, коррекционно-педагогического и социально-развивающего подразделений. К основным направлениям деятельности подразделений относятся диагностическое, реабили-

тационно-коррекционное и валеологизация педагогической среды.

Диагностическое направление предусматривает контроль состояния здоровья детей и подростков, выявление адаптационного потенциала, дифференциацию детей по группам в зависимости от их состояния; определение соответствия педагогической среды возрастным, половым, индивидуальным особенностям развития и здоровья; систематический мониторинг здоровья и развития детей и подростков в контексте их готовности к самостоятельной жизнедеятельности.

Реабилитационно-коррекционное направление включает в себя оздоровительное и коррекционно-развивающее психолого-педагогическое воздействия. Приоритетными направлениями в работе выступают возвращение утраченного здоровья, сохранение и приумножение психофизического и социального потенциала развития.

Валеологизация педагогической среды предполагает внедрение в воспитательный и образовательный процессы здоровьесохраняющей психологии и педагогики и состоит в оптимизации социально-гигиенических условий жизнедеятельности детей и подростков, в организации личностно-ориентированного педагогического пространства с учетом их развития и здоровья.

Интегрированная система сопровождения, включающая психологическое, педагогическое, социальное и медико-валеологическое коррекционно-развивающее и лечебно-оздоровительное воздействия, – основной подход в раскрытии, восстановлении и совершенствовании личностного и психофизиологического потенциала развития и здоровья депривированных детей и подростков.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ И РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Ажнина О. А. Психологическая поддержка профессионально-ego самоопределения детей-сирот // Воспитание школьников – 2005. – № 7. – С. 41–47.

2. Аллахвердов В. М. Методологическое путешествие по океану бессознательного к таинственному острову сознания / В. М. Аллахвердов. – СПб. : Речь, 2003. – 368 с.

3. Анохин П. К. Теория функциональной системы // Успехи физиол. наук. – 1970. – Т. 1, № 1. – С. 19–54.

4. Анохин П. К. Проблема принятия решения в психологии и физиологии // Вопр. психологии. – 1974. – № 4. – С. 21.

5. Асламова М. П. Особенности базового доверия к миру подростков, воспитанных в условиях депривации / М. П. Асламова, И. В. Ярославцева // Проблемы теории и практики современной психологии: XI ежегод. Всерос. науч.-практ. конф. студентов, аспирантов и молодых ученых с междунар. участием : тез. докл. – Иркутск : Иркут. гос. ун-т. – 2012. – С. 256–258.

6. Асмолов А. Г. Историко-эволюционный подход в психологии личности : дис. ... д-ра психол. наук / А. Г. Асмолов. – М., 1996. – 141 с.

7. Аувяэрт Л. И. Роль семьи и сверстников в правовой социализации несовершеннолетних : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Л. И. Аувяэрт. – М., 1981. – 24 с.

8. Бадалян Л. О. Детская неврология. / Л. О. Бадалян. – 3-е изд. – М. : Медицина, 1984. – 576 с.

9. Басюк В. С. Психолого-педагогическое сопровождение как условие компенсирования состояния психической депривации у детей-сирот : монография / В. С. Басюк. – М. : Прометей МГПУ, 2007. – 240 с.

10. Басюк В. С. Социально-педагогическое сопровождение развития детей-сирот: опыт работы федеральной экспериментальной площадки / В. С. Басюк, Н. А. Перемолова, И. В. Ярославцева // Сб. метод. материалов. – Иркутск : Изд-во Иркут. гос. пед. ун-та, 1999. – 41 с.

11. Бауэр Т. Психическое развитие младенца / Т. Бауэр. – М. : Прогресс, 1985. – 319 с.

12. Беличева С. А. Основы превентивной психологии / С. А. Беличева. – М. : Соц. здоровье России, 1993. – 198 с.

13. Бернс Р. Развитие Я-коцепции и воспитание / Р. Бернс ; пер. с англ. Burns, R. V. Self-Concept Development and Education. Holt, Rinehart & Winston. – М. : Прогресс, 1986. – С. 30–66.

14. Божович Л. И. Проблемы формирования личности / Л. И. Божович ; под ред. Д. И. Фельдштейна. – М. : Ин-т практ. психологии ; Воронеж : МОДЭК, 1995. – 352 с.

15. Большой психологический словарь / сост. и общ. ред. Б. Г. Мещеряков, В. П. Зинченко. – СПб. : Прайм – ЕВРОЗНАК, 2003. – 672 с.

16. Боулби Д. Привязанность : пер. с англ. / Дж. Боулби ; общ. ред. и вступ. ст. Г. В. Бурменской. – М. : Гардарики, 2003. – 477 с.

17. Бэрон Р. Агрессия / Р. Бэрон, Д. Ричардсон. – СПб. : Питер, 1997. – 336 с.

18. Василькова Ю. В. Гендерная идентичность и ее коррекция у депривированных подростков в образовательном пространстве детского дома : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Ю. В. Василькова. – Иркутск, 2006. – 20 с.

19. Винарская Е. Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: Периодика раннего развития: Эмоциональные предпосылки освоения языка : кн. для логопеда / Е. Н. Винарская. – М. : Просвещение, 1987. – 160 с.

20. Вроно Е. М. Несчастливые дети – трудные родители: Наблюдения детского психиатра / Е. М. Вроно. – М. : Семья и школа, 1997. – 108 с.

21. Выготский Л. С. Собр. соч. : в 6 т. / Л. С. Выготский. – М. : Педагогика, 1983–1984.

22. Галигузова Л. Н. Проблема социальной изоляции детей // Вопр. психологии. – 1996. – № 3. – С. 102–110.

23. Геккель Э. Основной биогенетический закон : избр. работы / Э. Геккель, Ф. Мюллер. – М. ; Л., 1940. – 169 с.

24. Годфруа Ж. Что такое психология? / Ж. Годфруа. – М. : Мир, 1992. – Т. 2. – 370 с.

25. Голик А. Н. Социальная психиатрия сиротства / А. Н. Голик – М. : Лаборатория базовых знаний, 2000. – 191 с.

26. Дарвин Ч. Очерк 1844 г. В 12 т. / Ч. Дарвин ; пер. с англ. А. Д. Некрасова. – М. – Л. : Изд-во АН СССР, 1939. – Т. 3. – 832 с.

27. Дельгадо Х. Мозг и сознание / Х. Дельгадо ; под ред. Л. А. Белопольского. – М. : Мир, 1971. – 263 с.

28. Дубровина И. В. Очерки о развитии детей, оставшихся без родительского попечения / И. В. Дубровина, Э. А. Минкова, М. К. Бардышевская. – М. : Симс, 1995. – 63 с.

29. Зырянова Т. В. Функциональное состояние кардиореспираторной системы у детей, испытывающих воздействие дополнительного внешнего сопротивления воздуха : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. В. Зырянова. – Иркутск, 2000. – 24 с.

30. Исаев Д. Н. Психическое недоразвитие у детей / Д. Н. Исаев. – Л. : Медицина, 1982 – 224 с.

31. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста / Д. Н. Исаев. – СПб. : Спец. лит., 1996. – 454 с.

32. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. – СПб. : Речь, 2005. – 400 с.

33. Исаев Д. Н. Половое воспитание и психогигиена пола у детей / Д. Н. Исаев, В. Е. Каган. – М. : Медицина, 1980. – 184 с.

34. Исаев Д. Н. Психогигиена пола у детей / Д. Н. Исаев, В. Е. Каган. – Л. : Медицина, 1986. – 336 с.

35. Каган В. Е. Воспитателю о сексологии / В. Е. Каган. – М. : Педагогика, 1991. – 256 с.

36. Казберюк Н. А. Характеристика влияния отдельных факторов риска и их групп на состояние здоровья детей в домах ребенка в период адаптации / Н. А. Казберюк, Б. А. Замотин, Е. М. Мастюкова // Дефектология. – 1996. – № 4. – С. 10–15.

37. Казначеев В. П. Современные аспекты адаптации / В. П. Казначеев. – Новосибирск : Наука, 1980. – 190 с.

38. Казначеев В. П. Теоретические основы валеологии. Фундаментальные основы / В. П. Казначеев. – Новосибирск, 1993. – 121 с.

39. Казначеев В. П. Обоснование формирования программы общей и частной валеологии // Валеология. – 1996. – №3. – С. 75–81.

40. Казначеев В. П. Введение в проблему валеологии // Валеология. – 1996. – №4. – С. 70–106.

41. Касаткин Н. И. Ранние условные рефлексы в онтогенезе человека / Н. И. Касаткин. – М. : Изд-во АМН СССР, 1948. – 192 с.

42. Касаткин Н. И. Очерк развития высшей нервной деятельности ребенка раннего возраста / Н. И. Касаткин. – М. : Медгиз, 1951. – 98 с.

43. Ковалев В. В. Социально-психиатрический аспект проблемы девиантного поведения у детей и подростков / В. В. Ковалев. – М. : Высш. шк., 1981. – 185 с.

44. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Ассоц. дет. психиатров и психологов ; под ред. С. Ю. Циркина ; ред.-сост. И. П. Киреева. – СПб. : Питер, 1999. – 748 с.

45. Кон И. С. Психология юношеского возраста / И. С. Кон. – М. : Просвещение, 1979. – 176 с.

46. Кон И. С. Психология старшеклассника / И. С. Кон. – М.: Просвещение, 1982. – 197 с.
47. Кон И. С. Психология ранней юности / И. С. Кон. – М.: Просвещение, 1989. – 226 с.
48. Кондратьев М. Ю. Подросток в замкнутом круге общения / М. Ю. Кондратьев. – М.: Ин-т практ. психологии; Воронеж: МОДЕК, 1997. – 336 с.
49. Кондратьев М. Ю. Типологические особенности психосоциального развития подростков // Вопр. психологии. – 1997. – № 3. – С. 69–79.
50. Кондратьев М. Ю. Социальная психология закрытых образовательных учреждений / М. Ю. Кондратьев. – СПб.: Питер, 2005. – 304 с.
51. Концепция предупреждения социального сиротства и развития образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей / Е. Н. Чепурных [и др.]. – СПб.: Изд-во ИСПиП, 2000. – 54 с.
52. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб.: Питер, 2002. – 992 с.
53. Крэйн У. Психология развития человека. 25 главных теорий / У. Крэйн; под науч. ред. А. А. Алексеева. – СПб.: Прайм-ЕВРО-ЗНАК, 2007. – 512 с.
54. Лангмейер Й. Психическая депривация в детском возрасте / Й. Лангмейер, З. Матейчек. – Прага, 1984. – 334 с.
55. Лангмейер Й. Типы депривационной личности ребенка в учреждении. Лишенные родительского попечительства / Й. Лангмейер, З. Матейчек; под ред. В. С. Мухиной. – М.: Просвещение, 1991. – С. 205–213. – ? с.
56. Лебединский В. В. Нарушение психического развития у детей / В. В. Лебединский. – М.: Изд-во МГУ, 1985. – 166 с.
57. Леонтьев А. Н. Потребности, мотивы и эмоции / А. Н. Леонтьев. – М.: Высш. шк., 1971. – 430 с.
58. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики / А. Н. Леонтьев. – 3-е изд. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1972. – 576 с.
59. Леонтьев А. Н. Общее понятие о деятельности: хрестоматия по возраст. и пед. психологии / А. Н. Леонтьев. – М.: Международный пед. акад., 1994.
60. Либлинг М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка // Дефектология. – 1996. – № 3. – С. 56–66.
61. Лисина М. И. Проблемы онтогенеза общения / М. И. Лисина. – М.: Педагогика, 1986. – 144 с.

62. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – Л. : Медицина, 1983. – 256 с.
63. Лишенные родительского попечительства : хрестоматия / ред.-сост. В. С. Мухина. – М. : Просвещение, 1991. – 223 с.
64. Лурия А. Р. Мозг и психические процессы / А. Р. Лурия. – М. : Изд-во МГУ, 1990. – 330 с.
65. Лусканова Н. Г. Диагностика школьной дезадаптации : учеб. пособие / Н. Г. Лусканова, И. А. Коробейников. – М. : Феникс, 2004. – 313 с.
66. Влияние материнской депривации и неврологических заболеваний на речевое развитие детей первых трех лет жизни / Е. Е. Ляко [и др.] // Психол. журн. – 2006. – Т. 27, № 2. – С. 102–112.
67. Матейчек З. Родители и дети / З. Матейчек. – М. : Просвещение, 1992. – 320 с.
68. Матени-младший А. Генетические основы развития детей // Детство идеальное и настоящее : сб. работ соврем. запад. ученых / под ред. Е. Р. Слободской. – Новосибирск : Сиб. хронограф, 1994. – С. 103–109.
69. Методики психологической диагностики личностных особенностей воспитанников детского дома : сб. психодиагност. методик / И. В. Ярославцева [и др.]. – Иркутск : Изд-во Иркут. гос. пед. ун-та., 2001. – 81 с.
70. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М. : Смысл ; СПб. : Речь, 2003. – 407 с.
71. Мухина В. С. К проблеме социального развития ребенка // Психол. журн. – 1980. – Т. 1, №5. – С. 43–53.
72. Мухина В. С. Психологическая помощь детям, воспитывающимся в учреждениях интернатного типа // Вопр. психологии. – 1989. – № 1. – С. 32–39.
73. Мухина В. С. Феноменология развития и бытия личности / В. С. Мухина. – М. : Моск. психол.-соц. ин-т ; Воронеж : МОДЭК, 1999. – 640 с.
74. Мухина В. С. Таинство детства : в 2 т. / В. С. Мухина. – 3-е изд. – Екатеринбург : У-Фактория, 2005. – Т. 1. – 504 с. ; Т. 2. – 448 с.
75. Мухина В. С. Личность: Мифы и Реальность (Альтернативный взгляд. Системный подход. Инновационные аспекты) / В. С. Мухина. – Екатеринбург : ИнтелФлай, 2007. – 1072 с.
76. Никольская О. С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М. : Теревинф, 1997. – 342 с.

77. Ожегов С. И. Словарь русского языка / С. И. Ожегов ; под ред. Н. Ю. Шведовой. – М. : Рус. яз, 1978. – Изд. 12-е, стереотип. – 846 с.
78. Пейпер А. Особенности деятельности мозга ребенка / А. Пейпер. – М. : Медгиз, 1962. – 519 с.
79. Пермякова В. А. Возрастное развитие: Предпосылки, периодизация, характеристики возрастов и закономерности (в норме и при отклонениях) : учеб. пособие. / В. А. Пермякова. – Изд. 3-е, доп. и перераб. – Иркутск : Изд-во Иркут. гос. пед. ун-та, 2006. – 184 с.
80. Пломин Р. Среда и гены. Что определяет поведение? // Детство идеальное и настоящее : сб. работ современ. запад. ученых / под ред. Е. Р. Слободской. – Новосибирск : Сиб. хронограф, 1994. – С. 71–89.
81. Подготовка детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, к самостоятельной жизни : собр. науч.-метод. материалов / науч. ред.-сост. С. В. Тетерский, Г. Г. Николаев. – М., 2007. – 434 с.
82. Подросток на перекрестке эпох / М. Н. Достанова [и др.]. – М. : Генезис, 1997. – 287 с.
83. Посохова С. Т. Психология адаптирующейся личности: субъективный подход : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / С. Т. Посохова. – СПб., 2001. – 38 с.
84. Постинтернатная адаптация детей-сирот / Л. М. Шипицына [и др.]. – СПб. : Изд-во ИСПиП., 2001. – 96 с.
85. Преодоление трудностей социализации детей-сирот : учеб. пособие / Л. В. Байбородова [и др.]. – Ярославль : Изд-во ЯГПУ, 1997. – 196 с.
86. Прихожан А. М. Психология сиротства / А. М. Прихожан, Н. Н. Толстых. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2005. – 400 с.
87. Психическое развитие воспитанников детского дома / под ред. И. В. Дубровиной, А. Г. Рузской. – М. : Педагогика, 1990. – 264 с.
88. Психология человека от рождения до смерти / под ред. А. А. Реана. – СПб. : Прайм – Еврознак, 2002. – 656 с. – (Психологическая энциклопедия).
89. Пути решения проблемы сиротства в России / В. К. Зарецкий [и др.]. – М. : Вопр. психологии, 2002. – 208 с.
90. Развитие личности ребенка в условиях материнской депривации / Л. М. Шипицына [и др.]. – СПб. : Изд-во Ленингр. обл. гос. ун-та, 1997. – 160 с.
91. Рапорт Ж. Ж. Адаптация ребенка на Севере / Ж. Ж. Рапорт. – Л. : Медицина, 1979. – 191 с.
92. Раттер М. Помощь трудным детям : пер. с англ. / М. Раттер. – М. : Прогресс, 1987. – 420 с.

93. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста / Ф. Райс. – СПб. : Питер, 2000. – 616 с.

94. Рау Ф. А. Развитие устной речи у нормально слышащего ребенка / К. П. Беккер, М. Совак // Логопедия. – М. : Медицина, 1981. – С. 60–78.

95. Ромек В. Г. Психологическое консультирования в ситуации вынужденной беспомощности // Психологическое консультирование: проблемы, методы, техника / под ред. Т. Ю. Синченко, В. Г. Ромека. – Ростов н/Д : ЮРГИ, 2000. – С. 278–288.

96. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – СПб. : Питер, 2007. – 713 с.

97. Семаго Н. Я. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – М. : Аркти, 2000. – 204 с.

98. Семаго Н. Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка Дошкольный и младший школьный возраст / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – СПб. : Речь, 2005. – 384 с.

99. Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства / С. Б. Семичов. – Л. : Медицина, 1987. – 184 с.

100. Семья Г. В. Основы психологической защищенности детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей // Развитие личности. – 2004. – №1. – С. 71–86.

101. Смирнова Е. О. Теория привязанности: концепция и эксперимент // Вopr. психологии. – 1995. – № 3. – С. 139–151.

102. Солоед К. В. Разлука с матерью на первом году жизни: влияние на объектные отношения у детей // Моск. психотерапевт. журн. – 2000. – № 4. – С. 70–94.

103. Социально-психологические требования к воспитанникам и воспитателям детских домов. – Курган : Исеть, 1997. – 123 с. – (В помощь руководителям, воспитателям, специалистам детских домов и школ-интернатов).

104. Ткаченко А. А. Сексуальные извращения – парафилии / А. А. Ткаченко. – М. : Триада-Х, 1999. – 460 с.

105. Фельдштейн Д. И. Психология развития личности в онтогенезе / Д. И. Фельдштейн. – М. : Педагогика, 1989. – 208 с.

106. Фельдштейн Д. И. Психология становления личности / Д. И. Фельдштейн. – М. : Междунар. пед. акад., 1995. – 190 с.

107. Фельдштейн Д. И. Проблемы возрастной и педагогической психологии / Д. И. Фельдштейн. – М. : Междунар. пед. акад., 1995. – 368 с.

108. Фигдор Г. Дети разведенных родителей: между травмой и надеждой : пер. с нем. / Г. Фигдор. – М. : Наука, 1995. – 376 с.

109. Фонарев А. М. Развитие функций двигательного аппарата ребенка // Физиология высшей нервной деятельности ребенка / под ред. З. И. Коларовой. – М. : Медицина, 1968. – С. 56–79.
110. Фрейд А. Разлука с матерью // Лишенные родительского попечительства : хрестоматия / ред.-сост. В. С. Мухина. – М. : Просвещение, 1991. – С. 142–143.
111. Фрейд З. Психология бессознательного / З. Фрейд. – М. : Просвещение, 1990. – 448 с.
112. Фромм Э. Здоровое общество // Психоанализ и культура. – М. : Юрист, 1995. – С. 275–596.
113. Фурманов И. А. Психология депривированного ребенка : пособие для психологов и педагогов / И. А. Фурманов. – М. : ВЛАДОС, 2004. – 215 с.
114. Хьелл Л. Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб. : Питер : Прогресс, 1997. – 606 с.
115. Хевеши К. Роль речи в общении взрослого с ребенком // Лишенные родительского попечительства / ред.-сост. В. С. Мухина. – М. : Просвещение, 1991. – С. 198–200.
116. Хорни К. Наши внутренние конфликты // Психоанализ и культура / К. Хорни. – М. : Юрист, 1995. – С. 7–272.
117. Шипицина Л. М. Психология детей-сирот : учеб. пособие / Л. М. Шипицина. – СПб. : Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2005. – 628 с.
118. Шпиц Р. А. Первый год жизни: Психоаналитическое исследование нормального и отклоняющегося развития объектных отношений : пер с англ. / Р. А. Шпиц, В. Г. Коблинер. – М. : Геррус, 2000. – 383 с.
119. Щелованов Н. М. Воспитание детей раннего детского возраста в детских учреждениях / Н. М. Щелованов, Н. М. Аксарина. – М., 1955. – 139 с.
120. Эйнсворт М. Д. Обратим ли эффект депривации? / М. Д. Эйнсворт // Лишенные родительского попечительства / ред.-сост. В. С. Мухина. – М. : Просвещение, 1991. – С. 161–165.
121. Эйнсворт М. Д. Привязанность за порогом младенчества / М. Д. Эйнсворт // Детство идеальное и настоящее : сб. работ соврем. запад. ученых / под ред. Е. Р. Слободской. – Новосибирск : Сиб. хронограф, 1994. – С. 110–130.
122. Эльконин Д. Б. Избранные психологические труды. Проблемы возрастной и педагогической психологии / Д. Б. Эльконин ; под ред. Д. И. Фельдштейна. – М. : Междунар. пед. акад., 1995. – 555 с.
123. Эльконин Д. Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Хрестоматия по возрастной психо-

логии / под ред. Д. И. Фельдштейна. – М. : Изд-во Ин-та практ. психологии ; Воронеж : МОДЭК, 1998. – С. 201–242.

124. Эльконин Д. Б. Психическое развитие в детском возрасте / Д. Б. Эльконин ; под ред. Д. И. Фельдштейна. – М. : Изд-во Ин-та практ. психологии, Воронеж : МОДЭК, 1995. – 416 с.

125. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В. В. Лебединский, О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М. : Изд-во МГУ, 1990. – 197 с.

126. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. – М. : Прогресс, 1996. – 340 с.

127. Эриксон Э. Детство и общество / Э. Эриксон ; пер. с англ. А. А. Алексеева. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. : Ленато ; АСТ; Университ. кн., 1996. – 590 с.

128. Ярославцева И. В. Особенности социально-психологической адаптации детей-сирот // Соц.-психол. аспекты образования : межвуз. сб. науч. тр. – Иркутск, 1999. – С. 54–58.

129. Ярославцева И. В. Истоки и проявления дезадаптации подростков-сирот // Лицей будущего : материалы науч.-практ. конф. – Иркутск, 2000. – С. 105–108.

130. Ярославцева И. В. Социально-психологические предпосылки и проявления дезадаптации молодежи, воспитанной вне семьи // Экономическая психология и психолог. деятельность в Иркутске : материалы для круглого стола конф. «Иркутск в третьем тысячелетии». – Иркутск, 2000. – С. 99–103.

131. Ярославцева И. В. Психология депривированного подростка / И. В. Ярославцева. – Иркутск : Изд-во Иркут. гос. пед. ун-та, 2000. – 121 с.

132. Ярославцева И. В. Депривированные дети: проблемы здоровья и адаптации / И. В. Ярославцева. – Иркутск : Изд-во Иркут. гос. пед. ун-та, 2002. – 160 с.

133. Ярославцева И. В. Депривированный подросток: личностный и психофизиологический потенциал адаптации // Дефектология. – 2002. – №5. – С. 28–32.

134. Ярославцева И. В. Депривированный подросток: личностные и психофизиологические особенности развития : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / И. В. Ярославцева. – М. : Тип. МПГУ, 2003. – 35 с.

135. Ярославцева И. В. Специфика иррегулярного развития депривированного подростка // Развитие личности. – 2004. – № 4. – С. 137–140.

136. Ярославцева И. В. Проблема адаптации-дезадаптации детей с позиций психологии личности // Построение гражданского

общества : материалы Междунар. гуманит. конгр. – Иркутск : Изд-во Иркут. гос. пед. ун-та, 2004. – Ч. 1. – С. 128–131.

137. Ярославцева И. В. Проблема адаптации-дезадаптации детей с позиций психологии развития личности // Состояние и перспективы развития психологии в Восточно-Сибирском регионе : материалы межрегион. науч.-практ. конф. / под ред. И. В. Ярославцевой. – Иркутск : Изд-во Иркут. гос. пед. ун-та, 2007. – С. 27–32.

138. Ярославцева И. В. К вопросу о психологическом механизме депривированного развития // Изв. Иркут. гос. ун-та. Сер. Психология. – 2012. – Т. 1, № 1. – С. 93–100.

139. Ярославцева И. В. Психическая депривация: причины, проявления, механизм развития // Сиб. психол. журн. – 2013. – № 47. – С. 33–40.

140. Ярославцева И. В. Психическое здоровье детей и здоровьесберегающий процесс в воспитательном учреждении: теория и практика / И. В. Ярославцева, В. С. Басюк, М. В. Смолянинова. – Иркутск : Изд-во Иркут. гос. пед. ун-та, 2003. – 117 с.

141. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother // Intern. J. Psychoanal. – 1958. – N 39. – P. 350–373.

142. Bowlby J. Childhood Mourning and Its Implications for Psychiatry // Am. J. of Psychiat. – 1961. – Vol. 118, N 6. – P. 481–498.

143. Bowlby J. Attachment and Loss / J. Bowlby. – L.: Hogarth press., Inst. of psycho-analysis. – 1969. – Vol. 1, XX. – 428 p.

144. Spitz R. A. Anxiety in infancy: A study of its manifestations in the first years of life // Intern. J. Psychoanal. – 1950. – N 31. – P. 138–143.

145. Yarrow L. J. Maternal deprivation: toward an empirical and conceptual reevaluation // Psychol. Bull. – 1961. – Vol. 28. – P. 459–490.

146. Yarrow L. Y. Maternal deprivation // The child: his psychological and cultural development // J. Normal development. 1. Normal development and psychological assessment, 1972. – Vol. XIV.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕПРИВИРОВАННЫМИ ДЕТЬМИ [9]

Должностные обязанности психолога детского дома

На должность психолога принимаются специалисты, получившие общепсихологическую и специальную подготовку по детской, возрастной и педагогической психологии, психодиагностике и психокоррекции. Квалификация работников психологической службы должна быть подтверждена дипломом соответствующего высшего учебного заведения.

Прием и увольнение психолога производит директор детского дома в соответствии с действующим законодательством о труде и заключенным трудовым договором.

Психолог детского дома создает условия для полноценного психического развития детей, содействует формированию личности детей, компенсируя психологическими методами неблагоприятный опыт и обстоятельства их жизни.

Психолог непосредственно подчиняется директору и заместителю директора по социально-психологическому сопровождению.

Психолог в своей работе руководствуется Уставом детского дома, годовым планом работы, программой развития и программой эксперимента, приказами, распоряжениями и указаниями директора, а также вышестоящих органов образования, документами РФ и настоящей должностной инструкцией.

Основные задачи психолога детского дома – психологическая адаптация и реабилитация воспитанников, профилактика и устранение психологических причин нарушений в обучении и воспитании, обеспечение полноценного формирования личности воспитанников.

Психолог в своей работе руководствуется прежде всего интересами воспитанника и задачами его всестороннего гармонического развития.

Психолог взаимодействует с воспитанниками, воспитателями, социальными педагогами и другими педагогическими работниками.

Содержание работы психолога определяется:

1. Необходимостью обеспечения полноценного психического развития детей, оставшихся без попечения родителей, на каждом возрастном этапе, формирования у воспитанников способностей к самовоспитанию и саморазвитию.

2. Важностью обеспечения индивидуального подхода к каждому воспитаннику и в соответствии с этим значимостью психолого-

педагогического изучения детей на протяжении всего периода пребывания в детском учреждении интернатного типа.

3. Необходимостью проведения специальной работы по подготовке воспитанников к самостоятельной жизни.

Психолог детского дома **обязан:**

1. Руководствоваться нормативными документами детских учреждений интернатного типа, настоящей инструкцией.

2. Рассматривать вопросы и принимать решения строго в границах своей профессиональной компетенции. Не брать на себя решение вопросов, не выполнимых с точки зрения современного состояния психологической науки и практики, а также находящихся в компетенции других специалистов.

3. Знать новейшие достижения психологической науки в целом, а также детской и педагогической психологии, специальной практической психологии. Применять современные научно обоснованные методы диагностики, развивающей, психокоррекционной и психопрофилактической работы. Постоянно повышать свою профессиональную квалификацию.

4. Препятствовать проведению диагностической, психокоррекционной, других видов работ некомпетентными лицами, не обладающими соответствующей профессиональной подготовкой.

5. В решении всех вопросов исходить из интересов воспитанников, задач полноценного психического развития.

6. Выполнять рекомендации и указания о задачах и методах работы лишь со стороны специалистов, руководящих ими по профессиональной линии. Обязан выполнять распоряжения администрации детского дома или школы-интерната, если эти распоряжения не находятся в противоречии с психологической наукой и практикой и если их выполнение обеспечено наличием у него соответствующих профессиональных возможностей и средств.

7. Оказывать необходимую и возможную помощь администрации и педагогическому коллективу детского учреждения интернатного типа в решении основных проблем, связанных с обеспечением полноценного психического развития воспитанников. Оказывать необходимую и возможную помощь детям в решении их индивидуальных проблем.

8. Хранить профессиональную тайну: не распространять сведения, полученные в результате диагностической и консультативной работы.

9. Работать в тесном контакте с администрацией и педагогическим коллективом детского учреждения интернатного типа и массовой школы, в которой обучаются дети.

10. Вести записи, регистрацию и планирование всех видов работы с наблюдением сроков и форм отчетности, докладывать о результатах своей деятельности.

11. Оформлять и вести психологические карты воспитанников – психолог несет персональную ответственность за их сохранению.

12. Своевременно проходить медосмотр.

13. Психолог несет персональную ответственность за правильность психологического диагноза.

Администрация имеет право на основании ТК РФ временно возложить исполнение обязанностей по другой должности, но не ниже той, по которой был принят работник.

Продолжительность рабочего дня психолога 6 ч при 6-дневной рабочей неделе. График работы составляется работником самостоятельно, согласовывается с заместителем директора по СПС и утверждается директором детского дома.

Должностные обязанности специалиста-валеолога

На должность принимаются лица, имеющие высшее педагогическое или медицинское образование.

Прием и увольнение валеолога производит директор в соответствии с действующим законодательством о труде и заключенным срочным трудовым договором.

Валеолог непосредственно подчиняется директору и заместителю директора по социально-психологическому сопровождению.

Валеолог в своей работе руководствуется Уставом детского дома, годовым планом работы, программой развития и программой эксперимента, приказами, распоряжениями и указаниями директора, а также вышестоящих органов образования, документами РФ и настоящей должностной инструкцией.

Основная задача валеолога детского дома – проведение работы, направленной на сохранение здоровья и формирование установки на здоровый образ жизни.

Валеолог взаимодействует с заместителем директора по УВР, медицинскими работниками, воспитанниками и их родителями, воспитателями, психологами, социальными педагогами и валеологами других учреждений. Для достижения своих профессиональных целей он устанавливает контакт с общественными организациями, учебными заведениями, участвует в работе педагогического совета.

Валеолог детского дома **обязан:**

1. Понимать организационную структуру профессиональной деятельности и интегрированную междисциплинарную специфику валеологии, ее связь с комплексом смежных дисциплин.

2. Понимать значение диагностики и своевременной коррекции психического развития для сохранения здоровья.

3. Знать физиологию человека, закономерности и особенности его психофизического развития на разных этапах онтогенеза.

4. Понимать механизмы роста, морфогенеза и дифференциации, причин появления аномалий развития.

5. Знать критерии оценки нормы и отклонений физического и психического развития.

6. Иметь представления о путях и средствах коррекции и реабилитации.

7. Понимать адаптационный характер реакций (адаптации) человека к действию географических, климатических и социальных факторов.

8. Иметь представления о требованиях к окружающей среде для сохранения здоровья ребенка и взрослого.

9. Понимать влияние сенсорной, социальной, эмоциональной, материнской депривации на развитие и состояние человека, уметь предупредить и исправлять связанные с депривацией нарушения в развитии ребенка.

10. Уметь определять биологический возраст человека и соответствие его календарному возрасту.

11. Уметь определять умственную и физическую работоспособность, готовность к систематическим нагрузкам в разные возрастные периоды.

12. Уметь определять степень утомления здорового человека после физических и умственных нагрузок.

13. Уметь использовать компьютерные диагностические и тренажерные программы в диагностической и коррекционной работе.

14. Уметь составить базу данных индивидуальных антропометрических и психофизиологических показателей ребенка в процессе развития.

15. Уметь комплектовать группы детей в соответствии с их биологическим возрастом, индивидуальными особенностями, уровнем развития, задачами коррекции и реабилитации.

16. Понимать особенности динамики развития и взаимодействия детей, воспитывающихся без родителей в социальных группах.

17. Уметь направлять процессы обучения и воспитания в соответствии с индивидуальными особенностями психического и физического развития.

18. Проводить консультативную работу по формированию и пропаганде здорового образа жизни учащихся и воспитателей.

19. Осуществлять разработку учебных программ, учебных планов занятий, факультативных курсов по валеологии в пределах своей компетенции.

20. Уметь оказать первую доврачебную медицинскую помощь взрослым и детям при неотложных состояниях.

21. Уметь оценивать значение индивидуальных морфофункциональных особенностей человека для профорientации.

22. Совместно с диетсестрой осуществлять контроль за состоянием питания, давать рекомендации по сбалансированному и качественному питанию людей всех возрастных групп.

23. Своевременно проходить медосмотр.

Во время выхода с детьми за пределы территории детского дома валеолог несет полную ответственность за сохранность жизни и здоровье воспитанников.

Администрация имеет право на основании ТК РФ временно возложить исполнение обязанностей по другой должности, но не ниже той, по которой был принят работник.

Продолжительность рабочего дня валеолога 7 ч при 6-дневной рабочей неделе. График работы составляется работником самостоятельно, согласовывается с заместителем директора по СПС и утверждается директором детского дома.

Должностные обязанности специалиста-дефектолога

На должность принимаются лица, имеющие специальное высшее педагогическое образование.

Прием и увольнение дефектолога производит директор в соответствии с действующим законодательством о труде и заключенным трудовым договором.

Дефектолог непосредственно подчиняется директору и заместителю директора по социально-психологическому сопровождению.

Дефектолог в своей работе руководствуется Уставом детского дома, годовым планом работы, программой развития и программой эксперимента, приказами, распоряжениями и указаниями директора, а также вышестоящих органов образования, документами РФ и настоящей должностной инструкцией.

Дефектолог взаимодействует с заместителем директора по УВР, медицинскими работниками, воспитанниками, воспитателями, психологами, социальными педагогами, логопедами и дефектологами других учреждений. Для достижения своих профессиональных целей он устанавливает контакт с общественными организациями, учебными заведениями, участвует в работе педагогического совета, методических объединений, совещаниях при директоре.

Дефектолог детского дома *обязан*:

1. Проводить педагогическое изучение детей, используя различные организационные формы диагностической работы (индивидуальное и групповое обследование).

2. Организовывать углубленное комплексное изучение детей с проблемами в развитии.

3. Оформлять документацию установленного образца по результатам обследования и планировать направления и содержание коррекционной работы для воспитателей и других специалистов службы СПС.

4. Участвовать в работе ПМПК и МПК.
5. Комплектовать группы детей в зависимости от возраста и диагноза.
6. Проводить с детьми групповые и индивидуальные коррекционно-развивающие занятия.
7. Выполнять требования программ коррекционно-развивающего обучения и воспитания.
8. Осуществлять преемственность в работе с воспитателями, логопедами, психологами, врачом-психоневрологом.
9. Осуществлять преемственность в работе со школой.
10. Оказывать постоянную консультативную помощь воспитателям по вопросам обучения и воспитания детей с проблемами в развитии, организации работы специалистов по закреплению положительных результатов коррекционного процесса.
11. Участвовать в педагогических советах, семинарах, конференциях и других мероприятиях по проблемам оказания педагогической помощи детям с нарушениями интеллектуального развития и трудностями усвоения школьной программы.
12. Осуществлять консультативную помощь педагогам в выборе технологий специальной педагогической помощи детям, испытывающим трудности в обучении.
13. Осуществлять динамическое наблюдение за детьми, прошедшими курс коррекционных занятий, посредством взаимодействия с воспитателями и специалистами службы социально-психологического сопровождения, а также периодических обследований ребенка.
14. Нести ответственность за жизнь и здоровье детей во время проведения коррекционных занятий.
15. Своевременно проходить медосмотр.

Во время выхода с детьми за пределы территории детского дома дефектолог несет полную ответственность за сохранность жизни и здоровье воспитанников.

Администрация имеет право на основании ТК РФ временно возложить исполнение обязанностей по другой должности, но не ниже той, по которой был принят работник.

Продолжительность рабочего дня дефектолога 4 ч при 5-дневной рабочей неделе. График работы составляется работником самостоятельно, согласовывается с заместителем директора по СПС и утверждается директором детского дома.

Должностные обязанности специалиста-логопеда

На должность принимаются лица, имеющие специальное логопедическое образование.

Прием и увольнение логопеда производит директор в соответствии с действующим законодательством о труде и заключенным трудовым договором.

Логопед непосредственно подчиняется директору и заместителю директора по социально-психологическому сопровождению.

Логопед в своей работе руководствуется Уставом детского дома, годовым планом работы, программой развития и программой эксперимента, приказами, распоряжениями и указаниями директора, а также вышестоящих органов образования, документами РФ и настоящей должностной инструкцией.

Логопед взаимодействует с заместителем директора по УВР, медицинскими работниками, воспитанниками и воспитателями, психологами, социальными педагогами, логопедами других учреждений. Для достижения своих профессиональных целей он устанавливает контакт с общественными организациями, учебными заведениями, участвует в работе педагогического совета.

Логопед детского дома *обязан*:

1. Выявлять детей, имеющих речевые нарушения различного генеза, в возрасте от 3 до 14 лет.

2. Проводить углубленное логопедическое обследование детей для определения уровня речевого развития, выявления специфических речевых нарушений и вторичных неречевых расстройств.

3. Составлять развернутое заключение и рекомендации по результатам коррекционной работы для воспитателей и специалистов СПС.

4. Комплектовать группы детей с различной речевой патологией (в зависимости от возраста и речевого диагноза).

5. Проводить индивидуальные и групповые коррекционно-развивающие занятия.

6. Оформлять документацию установленного образца по результатам обследования детей, планируя направления и содержание коррекционной работы.

7. Участвовать в семинарах, педагогических советах, методических объединениях и конференциях по проблемам диагностики речевых нарушений и оказания логопедической помощи детям.

8. Оказывать консультативную помощь воспитателям и другим специалистам с целью профилактики речевых нарушений и закрепления положительных результатов коррекции вне занятий.

9. Осуществлять динамическое наблюдение за детьми, прошедшими курс коррекционных занятий, посредством взаимодействия со специалистами службы СПС и воспитателями, а также периодических обследований ребенка.

10. Осуществлять динамическое наблюдение за детьми, прошедшими курс коррекционных занятий, посредством взаимодействия со

специалистами и воспитателями детского дома, а также периодических обследований ребенка.

11. Участвовать в работе МПК и ПМПК.

12. Своевременно проходить медосмотр.

Во время выхода с детьми за пределы территории детского дома логопед несет полную ответственность за сохранность жизни и здоровье воспитанников.

Администрация имеет право на основании ТК РФ временно возложить исполнение обязанностей по другой должности, но не ниже той, по которой был принят работник.

Продолжительность рабочего дня логопеда 5 ч при 5-дневной рабочей неделе. График работы составляется работником самостоятельно, согласовывается с заместителем директора по СПС и утверждается директором детского дома.

Должностные обязанности социального педагога

На должность социального педагога принимаются лица, имеющие педагогическое образование.

Прием и увольнение социального педагога производит директор в соответствии с действующим законодательством о труде и заключенным трудовым договором.

Социальный педагог непосредственно подчиняется директору и заместителю директора по социально-психологическому сопровождению.

Социальный педагог в своей работе руководствуется Уставом детского дома, годовым планом работы, программой развития и программой эксперимента, приказами, распоряжениями и указаниями директора, а также вышестоящих органов образования, документами РФ и настоящей должностной инструкцией.

Основные задачи социального педагога детского дома – это социальная защита прав, социальная адаптация и реабилитация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Социальный педагог взаимодействует с воспитанниками и их родителями, воспитателями, психологами, медицинскими работниками, социальными педагогами других учреждений. Для достижения своих профессиональных целей он устанавливает контакт с представителями государственных органов управления, общественных организаций, учебных заведений со всеми структурами, в которых необходимо представлять интересы воспитанников и выпускников до 18 лет, участвует в работе педагогического совета, осуществляет контакт со службами по социальной защите семьи и детства.

Содержание работы социального педагога определяется в необходимости оказать помощь администрации учреждения в трудоустройстве воспитанников, в вопросах предоставления жилья и охраны

прав воспитанников и выпускников, в социальной адаптации и реабилитации воспитанников.

Социальный педагог детского дома *обязан*:

1. Систематически работать по охране прав воспитанников и выпускников.

2. Проводить работу по подготовке воспитанников к самостоятельной жизни и профессиональному самоопределению.

3. Следить за соблюдением прав детей в детском доме, в школе, в отношениях с родственниками.

4. Отстаивать юридические и финансовые интересы воспитанников перед государственными, общественными, производственно-коммерческими структурами.

5. Работать в постоянном контакте со всем коллективом детского дома.

6. Вести работу с родственниками, знакомыми детей, опекунами, будущими усыновителями.

7. Представлять интересы воспитанников от имени детского дома в органах милиции или в суде.

8. Организовать правовое просвещение среди педагогов детского дома и воспитанников, разъяснять их права и обязанности;

9. Выступать как организатор в сотрудничестве с администрацией, психологом, воспитателями, другими работниками.

10. Создать условия для профессионального самоопределения подростков, помочь выбрать подходящее учебное заведение и собрать все необходимые документы, способствовать поступлению на подготовительные курсы.

11. Вести работу по соблюдению жилищных прав воспитанников. Социальный педагог несет ответственность за своевременную подготовку документов для получения жилья и его подбора.

12. Систематически проводить работу по сбору информации и накоплению документов, необходимых для решения жилищных вопросов выпускников, а также документов юридического статуса ребенка: розыск родителей, родственников, взимание алиментов, оформление пенсий.

13. Осуществлять патронаж детей, нуждающихся в социально-медицинской помощи.

14. Подготавливать документы при переводе ребенка в другое учреждение.

15. Вести учет фактов асоциального поведения воспитанников и обеспечивать своевременную помощь.

16. Собирать информацию о выпускниках, консультировать их, организовывать помощь в решении возникших у них проблем.

17. Планировать, вести запись и регистрацию всех видов работ. С соблюдением сроков и форм отчетности докладывать о результатах своей работы.

18. Оформлять и вести личные дела воспитанников. Социальный педагог несет персональную ответственность за их сохранность.

19. Помочь детям адаптироваться в новом коллективе, установить контакт друг с другом и педагогами.

20. Совместно с администрацией выделять приоритетные направления социально-педагогической работы и формулировать конкретные задачи работы с детьми и подростками в соответствии с содержанием работы социального педагога.

21. Проводить индивидуальную работу с детьми, направленную на адаптацию воспитанников к широкому социальному окружению за пределами детского дома.

22. Своевременно проходить медосмотр.

Во время выхода с детьми за пределы территории детского дома социальный педагог несет полную ответственность за сохранность жизни и здоровье воспитанников.

Администрация имеет право на основании ТК РФ временно возложить исполнение обязанностей по другой должности, но не ниже той, по которой был принят работник.

23. Продолжительность рабочего дня социального педагога 7 ч при 6-дневной рабочей неделе. График работы составляется работником самостоятельно, согласовывается с заместителем директора по СПС и утверждается директором детского дома.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ КАРТА РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА [132]

I. Анкетные данные

Ф. И. О. _____
Дата и место рождения _____
Дата поступления в детский дом _____
Откуда прибыл _____
Сколько лет находится в сиротских учреждениях _____
Динамика перемещений и время нахождения в учреждениях _____
Группа детского сада класс _____ школа _____
Воспитатель _____
Классный руководитель _____
Психолог _____
Социальный педагог _____
Логопед _____
Валеолог _____
Дефектолог _____

II. Факторы развития и жизненные условия

Мать: Ф. И. О., дата рождения, социальная справка _____
Отец Ф. И. О., дата рождения, социальная справка _____
Сведения об образовательном уровне родителей _____
Сведения о родственниках _____
Братья, сестры, местонахождение _____
Возраст отца _____, матери _____ во время рождения ребенка
Употребление алкоголя членами семьи (нужное подчеркнуть):
Отец: иногда, несколько раз в месяц, несколько раз в неделю
с легким опьянением, средним опьянением, тяжелым опья-
нением, хр. алкоголизм.
Мать: иногда, несколько раз в месяц, несколько раз в неделю
с легким опьянением, средним опьянением, тяжелым, опья-
нением, хр. алкоголизм.
Состояние здоровья родителей:
Отец _____
Мать _____
Явно выраженные особенности личности:

Отец _____

Мать _____

Нервно-психические заболевания:

Отец _____

Мать _____

Характер внутрисемейных отношений (нужное подчеркнуть)::
взаимоотношения в семье: гармоничны, холодные, напряженные,
частые конфликты, ссоры.

Особенности воспитания: стихийность, снисходительность, стро-
гость, единство требований, противоречивость требований, жестокое
отношение, безнадзорность

Виды наказаний _____

Подготовка ребенка к школе в семье _____

Переход в другую школу и второгодничество _____

Социальная ситуация развития в семье: благополучная, неблаго-
получная (нужное подчеркнуть)

III. Анамнез

Ребенок от ____ беременности, ____ родов.

Течение беременности _____

Роды (нормальные, преждевременные, перенесенные, быстрые,
затяжные)

Вес при рождении _____, рост _____

Перенес заболевания до года _____

Развитие до 1 года

Был приложен к груди на ____ день, вскармливание грудное до

искусственное с ____ месяцев

Специфика поведения в первые недели, месяцы (нужное под-
черкнуть): нормальное, вялое, беспокойное

Врожденные пороки (нужное подчеркнуть): вывих бедра, врож-
денный порок сердца, кривошея, косолапость, шестипалость, косогла-
зие, парез (ручки, ножки) _____

Особенность развития в раннем возрасте

а) моторное развитие: головку держал с мес., сидел с ____мес., стоял
с ____мес., ходил с ____мес.

б) речевое развитие (нужное подчеркнуть): отдельные слова – до
одного года, после года

фраза – до 1,5 лет, до 2 лет, после 2,5 лет

в) состояние речи в детстве: норма, заикание, ФФН, ОНР, др. рас-
стройства

Перенес заболевания: (какие, в каком возрасте) _____

Состоял на учете у врача (да/нет, диагноз): _____

Невропатолог _____
 Психиатр _____
 Другие специалисты _____

Группа здоровья _____, физическое развитие _____

IV. Период и особенности адаптации при поступлении в детский дом _____

V. Показатели развития (отслеживаются в динамике)

5.1. Внешний вид

Возраст (дата обследования)	Дошко- льный	Мл. школьный	Подрост- ковый	Юноше- ский
Опрятность				
Одежда				
Прическа				
Кожа				
Черты лица				
Отличительные признаки				
Культурно-гигиенические навыки				

5.2. Индивидуально-типологические особенности

Особенности латерализации				
Свойства нервной системы (сила, уравновешенность, подвижность)				
Тип темперамента				
Интровертированность/ экстравертированность				
Темп деятельности, работоспособность				
Развитие моторной сферы и пространственной ориентировки				

5.3. Когнитивная сфера

ВНИМАНИЕ				
Продуктивность				
Переключение				
Распределение				
Объем				
Устойчивость				

ВОСПРИЯТИЕ				
Уровень развития				
ПАМЯТЬ				
Зрительная				
Слуховая				
Опосредованная				
Динамика процесса заучивания (продуктивность, динамичность)				
МЫШЛЕНИЕ				
Наглядно-действенное				
Наглядно-образное				
Словесно-логическое				
РЕЧЬ				
Импрессивная				
Фонематический слух				
Звуковой анализ и синтез				
Звукопроизношение				
Словарный запас (активный, пассивный)				
Грамматический строй				
Связная речь				
Письменная речь				
ВООБРАЖЕНИЕ				
Речевое				
Художественно -плоскостное				
Художественно-объемное				
КРЕАТИВНОСТЬ				

5.4. Самосознание

Самооценка, уровень притязаний, сформированность образа «Я», (половая идентичность)				
<i>Субъективные высказывания</i>				
Самоотношение				
От каких свойств хочет избавиться, кем хочет быть, что нравится и не нравится				
Хотел бы перейти в другую семью (группу)				

5.5. Мотивационно-потребностная сфера

Ведущий тип мотивации				
Мотивация достижения успехов и неудач				
Интересы, увлечения				

5.6. Эмоционально-волевая сфера

Эмоциональная устойчивость, неустойчивость, тревожность, раздражительность, импульсивность, восприимчивость к стрессу, преобладающее настроение				
Волевые качества (инициативность, самостоятельности, настойчивость, решительность)				

5.7. Характерологические особенности

Акцентуированные черты характера, ценностные ориентации личности, агрессивность, враждебность, подозрительность				
Сформированность регуляторных функций (произвольность регуляции собственного поведения, самоконтроль)				

5.8. Отношение к окружающему миру

Отношение к воспитателям, учителям, лицам противоположного пола, младшего возраста				
Отношение к родителям, братьям, сестрам и другим родственникам				
Отношение к вещественным и духовным ценностям				
Отношение к природе (животным, птицам, растениям)				

5.9. Поведение

Активность-пассивность, Общение – уклонение от общения, организованность хаотичность				
Поведение в психологически значимых ситуациях (ситуативные характерологические реакции, острые аффективные реакции, патохарактерологические реакции)				
Поведение по отношению к воспитательным средствам				
Поведение в основной деятельности				
Делинквентные проявления				

5.10 Общение

Социальный статус в группе				
Тип общения				
Особенности межличностного взаимодействия				
Коммуникативные и организаторские способности				

5.11. Деятельность

Уровень развития (игровой, учебно-познавательной, познавательной-трудовой) деятельности				
Способности и склонности (П, Ч, Т, З, ХО), посещение кружков				
Предпочитаемые школьные предметы				
Профессиональная направленность				
Учебное заведение, в котором хотел бы продолжить образование				

5.12. Уровень готовности к самостоятельной жизни (старших воспитанников и выпускников)

Физическая готовность				
Социально-педагогическая готовность				
Морально-волевая готовность				
Профессионально-трудовая готовность				

VI. Заключение: _____

VII. Программа комплексного воздействия _____

Намеченные пути поддержки и коррекции:

Врач _____

Воспитатель _____

Психолог _____

Социальный педагог _____

Логопед _____

Валеолог _____

Олигофренопедагог _____

Прогноз _____

**VIII. Заключение по итогам динамического изучения ребенка
в период пребывания в интернатном учреждении:**

Динамика психо-соматического состояния _____

Динамика познавательных процессов _____

Динамика личностного созревания _____

Адаптация к среде _____

Дата

Врач _____

Психолог _____

Валеолог _____

Логопед _____

Олигофренопедагог _____

Педагог _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. ОБУЧАЮЩИЙ КУРС [140]

Программа разработана для учеников третьего класса общеобразовательной школы (36 ч). Формы занятий: групповые и индивидуальные занятия, валеологические практикумы, экскурсии.

Основные задачи курса:

- а) формирование ценностно-ориентированных установок на здоровый образ жизни;
- в) привитие умений и навыков здорового образа жизни;
- с) повышение валеограмотности специалистов – участников процесса сопровождения.

При разработке занятий использованы программа валеологического обучения Г. О. Козуницы и О. А. Шклярской, а также методические разработки В. М. Мельничук.

ОБЗОР ПРОГРАММЫ

Раздел	Темы занятий	Часы
1. Будем здоровыми	1. Выбираем путь здоровья 2. Мои возможности (дневничок здоровья)	2
2. Мой организм	1. Чем мы дышим? 2. Мой нос – печка, фильтр и оросительная система 3. Кто всему голова? 4. Отдых организма 5. Мои сновидения 6. Как готовить уроки 7. Наши помощники – органы чувств 8. Глаза – окно в мир 9. Валеологический практикум: гимнастика для глаз 10. Услышим даже шорох 11. Язык мой, язычок 12. Волшебные точки	12
3. Как сохранить здоровье	1. Движение – жизнь 2. Экскурсия «Стадион “Труд”» 3. Спорт и я – друзья 4. Закаливание	4

4. Всё о питании	<ol style="list-style-type: none"> 1. Правила здорового питания 2. Энергия жизни: белки, жиры, углеводы 3. Витамины, витаминчики 4. «Здоровое» меню 5. Из истории национальной кухни 6. Валеологический практикум: Русские яства 7. Аптека на кухне 	7
5. Помогу себе сам	<ol style="list-style-type: none"> 1. Валеологический практикум: Уход за руками 2. Валеологический практикум: Уход за волосами 3. Валеологический практикум: Красота в моём доме 	3
6. Как обезопасить свою жизнь	<ol style="list-style-type: none"> 1. Причины нездоровья 2. Наши доктора 3. Валеологический практикум: Уход за больными 4. Мир природы – мир здоровья 5. В царстве природы 6. Жить в дружбе с природой 7. Безопасность на воде 8. Правила пешехода 	8

Раздел 1. Будем здоровыми

Цель занятий состоит в развитии представлений о здоровье, которое является результатом бережного, творческого отношения человека к своему здоровью; развитию навыков самонаблюдения, самоанализа, саморегуляции.

Раздел 2. Мой организм

На занятиях развиваются представления о строении и функциях некоторых органов и систем организма. Особое внимание уделяется информации о нормах поведения и правилах, позволяющих сохранить и укрепить здоровье.

Раздел 3. Как сохранить здоровье

Особая роль в разделе отводится развитию представлений о способах и приёмах здоровьесбережения: активный образ жизни, закаливание, массаж.

Раздел 4. Всё о питании

В ходе изучения тем этого раздела раскрываются такие понятия, как: продукты питания, белки, жиры, углеводы, витамины, режим питания; рассматривается значение и необходимость рационального питания; развиваются представления о лечебных свойствах некоторых продуктов питания, а так же особенностях национальной кухни.

Раздел 5. Помогу себе сам

Основная форма занятий раздела – валеологический практикум, помогающий прививать навыки здорового образа жизни.

Раздел 6. Как обезопасить свою жизнь

В ходе изучения тем данного раздела анализируются такие понятия, как: болезнь, врач, лекарство, уход, лекарственные травы; раскрывается взаимосвязь природы и человека, а также рассматриваются правила безопасности на воде, дороге и т. д.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ПОЛОЖЕНИЕ О ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ КОНСИЛИУМЕ ДЕТСКОГО ДОМА [140]

1. Общие положения

1.1. Психолого-медико-педагогический консилиум детского дома создается в соответствии с настоящим положением, утвержденным директором детского дома.

1.2. Психолого-медико-педагогический консилиум в детском доме (в дальнейшем ПМПК) является структурой диагностико-коррекционного типа, деятельность которого направлена на решение проблем, связанных со своевременным выявлением, воспитанием, обучением, социальной адаптацией и интеграцией в обществе детей с различными отклонениями в развитии, приводящими к социальной дезадаптации (трудности в обучении, нарушения поведения).

1.3. Порядок деятельности ПМПК, организация, контроль за работой определяются приказами директора детского дома.

1.4. Методическое руководство ПМПК осуществляется руководителем Службы социально-психологического сопровождения.

1.5. ПМПК в своей деятельности руководствуется Конвенцией ООН о правах ребенка, Законом Российской Федерации «Об образовании», документами вышестоящих органов образования по нормативно-методической базе учебно-воспитательного процесса, решениями Министерства образования Российской Федерации, данным Положением.

1.6. ПМПК детского дома для обеспечения своей деятельности может привлекать специалистов общеобразовательных школ, домов ребенка и других учреждений.

2. Цели и задачи

2.1. Целью консилиума является создание целостной системы, обеспечивающей оптимальные социально-психологические и педагогические условия жизнедеятельности для детей с адаптационными трудностями, в соответствии с их возрастными и индивидуальными особенностями, уровнем актуального развития, состоянием соматического и нервно-психического здоровья.

2.2. В задачи консилиума входит:

2.2.1. Комплексное обследование детей дошкольного и школьного возраста, имеющих отклонения в развитии, трудности в обучении и адаптации, с целью организации психолого-педагогического воздействия и обучения в соответствии с индивидуальными возможностями.

2.2.2. Выявление резервных возможностей ребенка, разработка рекомендаций по оптимизации учебно-воспитательной работы.

2.2.3. Составление оптимальной для развития воспитанника детского дома программы индивидуально-психологического сопровождения.

2.2.4. Отслеживание динамики в психофизическом развитии детей.

2.2.5. Профилактика физических, интеллектуальных и эмоциональных перегрузок и срывов, организация здоровьесберегающего пространства в детском доме и школе.

2.2.6. Подготовка и ведение документации, отражающей актуальное развитие ребенка, динамику его состояния.

2.2.7. Организация взаимодействия между специалистами службы СПС, воспитателями детского дома, педагогическим коллективом школы.

3. Структура и организация деятельности психолого-медико-педагогического консилиума детского дома

3.1. Психолого-медико-педагогический консилиум создается в детском доме приказом директора детского дома. В его состав входят заместитель директора по социально-психологическому сопровождению (председатель консилиума), заместитель директора по учебно-воспитательной работе, психологи, социальные педагоги, логопеды, валеолог, дефектолог. Воспитатели семей, врач (педиатр, детский психиатр).

3.2. Прием детей и подростков на консилиум осуществляется как по инициативе специалистов службы СПС, так и по инициативе воспитателей семьи, педагога класса или воспитателя детского сада, в котором он находится или обучается.

3.3. При обследовании на консилиум должны быть представлены следующие документы:

- представления на ребенка (от каждого специалиста службы СПС), в которых должна быть отражена проблема, возникающая у специалистов детского дома, сопровождающих этого ребенка;
- педагогическая характеристика на ребенка, заверенная зам. директора по УВР детского дома;
- характеристика на ребенка из школы, заверенная зам. директора по УВР школы;
- рисунки, тетради и другие виды самостоятельной деятельности;
- протоколы обследования.

3.4. Обследование ребенка до консилиума и подготовка заключения проводится каждым специалистом консилиума индивидуально.

3.5. По результатам обследований (психологом, логопедом, врачом, социальным педагогом, валеологом, дефектологом) составляются представления по определенной схеме.

3.6. На основании полученных данных (представление специалистов) коллегиально выявляется актуальная проблема развития ребенка, составляется заключение консилиума и разрабатывается индивидуальная программа социально-психологического сопровождения.

3.7. Индивидуальная программа социально-психологического сопровождения ребенка заносится в психосоматическую карту развития ребенка.

Психосоматическая карта развития ребенка хранится у председателя консилиума и выдается только специалистам службы СПС и воспитателям семей. Председатель консилиума и специалисты, участвующие в работе консилиума, несут ответственность за конфиденциальность информации о ребенке.

3.8. Через два месяца, на повторном консилиуме, обсуждается степень решенности индивидуальной проблемы ребенка и эффективность индивидуальной программы сопровождения. В случае необходимости проектируются новые методы предупреждения и коррекции.

3.9. В консилиуме ведется следующая документация:

- журнал записи и учета детей, прошедших консультацию;
- психосоматическая карта развития ребенка;
- индивидуальные программы социально-психологического сопровождения;
- список специалистов;
- журнал регистрации архива консилиума;
- архив консилиума;

3.10. Архив консилиума хранится в течение 5 лет после выхода ребенка из детского дома в специально оборудованном месте и выдается только членам консилиума, о чем в журнале регистрации архива консилиума делается запись.

Порядок подготовки и проведения консилиума

4.1. Консилиумы подразделяются на плановые и внеплановые.

4.2. Плановые консилиумы проводятся три раза в месяц, в соответствии с графиком обследования.

Деятельность планового консилиума ориентирована на решение следующих задач:

- а) определение путей психолого-медико-педагогического сопровождения детей, имеющих проблемы в развитии;
- б) выработка согласованных решений по определению коррекционно-развивающего маршрута сопровождения ребенка;
- в) динамическая оценка состояния ребенка и коррекция ранее намеченной программы.

4.3. Внеплановые консилиумы собираются по запросам специалистов, ведущих с данным ребенком коррекционно-развивающую работу, и воспитателей семей. Поводом для внепланового консилиума является выявление или возникновение новых обстоятельств, влияющих на обучение и развитие ребенка, отрицательная динамика его развития и обучения.

Задачами внепланового консилиума являются:

- решение вопроса о принятии каких-либо необходимых экстренных мер по выявленным обстоятельствам;
- изменение ранее проводимой социально-психологической работы в случае её неэффективности.

4.4. Подготовка к проведению консилиума

4.4.1. Обсуждение ребенка на консилиуме планируется не позднее 14 дней до даты проведения консилиума.

4.4.2. Председатель составляет список специалистов, участвующих в консилиуме.

Все специалисты, ведущие непосредственную работу с ребенком, обязаны не позднее чем за 3 дня до проведения консилиума представить председателю консилиума представления на ребенка, где отражена динамика развития и динамика коррекционной работы за период, прошедший с момента последнего консилиума по данному ребенку, а также заключение, в котором должна быть оценена эффективность проводимой развивающей или коррекционной работы и даны рекомендации по дальнейшему ее проведению.

4.5. Порядок проведения консилиума.

4.5.1. Консилиум проводится под руководством председателя консилиума, а в его отсутствие – заместителя председателя консилиума (психологом).

4.5.2. Председатель консилиума имеет право в разовом порядке назначить временного председателя данного консилиума из числа высококвалифицированных специалистов консилиума.

4.5.3. Каждый специалист, участвующий в коррекционно-развивающей и консультационной работе, в устной форме дает свое заключение о ребенке. Оформляется протокол консилиума. Последовательность устанавливает председатель.

4.6.5. Рекомендации по проведению дальнейшей коррекционно-развивающей работы, утвержденные консилиумом, являются обязательными для всех специалистов, работающих с ребенком.

4.7.6. Протокол консилиума оформляется не позднее чем через 2 дня после его проведения и подписывается всеми специалистами, участвующими в консилиуме.

Приложение 5

ВИДЫ ГОТОВНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ЖИЗНИ

Виды готовности	Позиции оценочного аппарата	Уровень готовности				
1. Физическая	1.1. Состояние здоровья					
	1.2. Отношение к здоровью					
	1.3. Физкультурная активность					
	1.4. Знание о том, как быть здоровым					
2. Социально-педагогическая 2.1. Педагогическая 2.2. Социальная	2.1.1. Отношение к учебе					
	2.1.2. Уровень знаний по предметам					
	2.2.1. Культура поведения					
	2.2.2. Уровень теоретической и практической ориентации в системе родственных связей					
	2.2.3. Уровень экономико-правовой культуры					
	2.2.4. Уровень готовности к самостоятельному выбору места					
3. Профессионально-трудовая	3.1. Уровень профессиональной ориентированности (знание о мире труда, рынке труда)					
	3.2. Наличие учебно-профессиональных планов после выпуска					
	3.3. Практическая подготовленность к профессионально-трудовой деятельности					
	3.4. Отношение к труду как жизненно-смысловой доминанте					
	3.5. Наличие устойчивых избирательных интересов					
	3.6. Наличие ЗУН по самообслуживанию и житейских навыков					
4. Морально-волевая	4.1. Уровень способности к организации личной жизни и к сосуществованию с другими членами общества					
	4.2. ЗУН по организации и технологии досуговой деятельности					
	4.3. Уровень эмоционально-психической организации личности					
	4.4. Уровень самооценки и адекватности реакций на ситуацию					
	4.5. Когнитивная зрелость					
	Общее количество баллов					

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ, УРОВНЕЙ СФОРМИРОВАННОСТИ ЗНАНИЙ О ЗДОРОВЬЕ И КУЛЬ- ТУРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ДОШКОЛЬНИКА [132]

Состояние здоровья (оценивает доктор по результатам медицинских осмотров детей узкими специалистами):

- отличное здоровье (5 баллов);
- здоровье совсем не беспокоит (4 балла);
- редкие, быстро проходящие заболевания (3 балла);
- хронические заболевания, мало отражающиеся на трудоспособности (2 балла);
- хронические заболевания, заметно отражающиеся на трудоспособности (1 балл).

Знание о том, как быть здоровым (вопросы ребенку):

- Что важнее для твоего здоровья – подвижные игры на улице или просмотр мультфильма в мягком кресле?
- Что важнее для хорошего здоровья – молоко, каша, мясо, фрукты и овощи или конфеты и печенье?
- Чтобы быть здоровым, нужно соблюдать режим дня и питания?
- Почему важно умываться и чистить зубы утром и вечером?
- Что нужно делать, чтобы быть здоровым?

Сформированность культурно-гигиенических навыков (вопросы ребенку):

- Сколько раз умываешься в день и пользуешься ли своим полотенцем?
- Чистишь ли зубы? Как содержишь свою зубную щетку?
- Как следишь за одеждой и обувью?
- Застылаешь ли свою постель самостоятельно или тебе помогает воспитатель?
- Как ты понимаешь пословицу «Аккуратность человека красит»?

Двигательная активность (вопросы педагогу):

- Уровень активности и подвижности на прогулке и в группе?
- Регулярно и активно занимается ребенок утренней гимнастикой?
- Проявляет желание заниматься физкультурными упражнениями, подвижными играми?
- Участвует ребенок в физкультминутках?

- Устает ли ребенок во время подвижных игр и в течение дня?

Количественно-качественная оценка ответов детей

Ответы оцениваются по 5-балльной системе: 1-2 балла – низкий уровень, 3 балла – средний уровень, 4-5 баллов – высокий уровень.

Один или два верных ответа заслуживают 1-2 балла – низкий уровень;

три верных ответа заслуживают 3 балла – средний уровень;

четыре или пять верных ответов заслуживают 4-5 баллов – высокий уровень.

Количественно-качественная оценка ответов педагога

Высокие оценки по 4-5 параметрам – высокий уровень;

высокие оценки по 3 параметрам – средний уровень;

высокие оценки по 1-2 параметрам – низкий уровень.

Общий показатель: высокий уровень – 17-20 баллов;

средний уровень – 8-16 баллов;

низкий уровень – 4-7 баллов.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

АНАЛИЗ УРОВНЕЙ СФОРМИРОВАННОСТИ ЗНАНИЙ О ЗДОРОВЬЕ И ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ ШКОЛЬНИКА [132]

Состояние здоровья (оценивает доктор по результатам медицинских осмотров детей узкими специалистами):

- отличное здоровье (5 баллов);
- здоровье совсем не беспокоит (4 балла);
- редкие, быстро проходящие заболевания (3 балла);
- хронические заболевания, мало отражающиеся на трудоспособности (2 балла);
- хронические заболевания, заметно отражающиеся на трудоспособности (1 балл).

Отношение к здоровью (вопросы педагогу):

- постоянно проявляет заботу о своем здоровье (5 баллов);
- довольно часто проявляет заботу о своем здоровье (4 балла);
- периодически проявляет заботу о своем здоровье (3 балла);
- редко проявляет заботу о своем здоровье (2 балла);
- не думает о здоровье (1 балл).

Физическая активность (вопросы педагогу):

- активно занимается спортом (5 баллов);
- занимается спортом и физкультурой нерегулярно, но с желанием (4 балла);
- занимается физкультурой, проявляет интерес к спорту (3 балла);
- физкультурой занимается нерегулярно, интереса к спортивной жизни не проявляет (2 балла);
- физкультурой не занимается, спортом не интересуется (1 балл).

Валеологические знания (вопросы педагогу, валеологу):

- имеет обширные знания о здоровом образе жизни, в деле укрепления здоровья придает значение спорту, проявляет устойчивость против вредных привычек (5 баллов);
- имеет знания о здоровом образе жизни, проявляет устойчивость против вредных привычек (4 балла);
- периодически проявляет интерес к вопросам сохранения здоровья, профилактики заболеваний (3 балла);
- имеет недостаточные знания о культуре здоровья, невнимательно относится к своему здоровью (2 балла);

- отсутствуют знания о здоровом образе жизни, пристрастен к вредным привычкам (1 балл).

Количественно-качественная оценка ответов педагога

Высокие оценки по 4–5 параметрам – высокий уровень;
высокие оценки по 3 параметрам – средний уровень;
высокие оценки по 1–2 параметрам – низкий уровень.
Общий показатель: высокий уровень – 17–20 баллов,
средний уровень – 8–16 баллов,
низкий уровень – 4–7 баллов.

Уровни психологической организации личности воспитанника

Когнитивная зрелость:

- высокий уровень развития познавательных процессов (памяти, внимания, мышления, речи и т. д.) (5 баллов);
- выше среднего уровень развития познавательных процессов (4 балла);
- средний уровень развития познавательных процессов (3 балла);
- ниже среднего уровень развития познавательных процессов (2 балла);
- низкий уровень развития познавательных процессов (1 балл).

Мотивация ведущей деятельности:

- высокий уровень мотивации деятельности, желание заниматься дополнительно (5 баллов);
- позитивное отношение к ведущей деятельности, положительный эмоциональный и волевой настрой на деятельность (4 балла);
- прохладно-равнодушное отношение к ведущей деятельности (3 балла);
- отношение к ведущей деятельности как к необходимости, которую нельзя избежать (2 балла);
- нежелание заниматься ведущей деятельностью, полное отрицание процесса деятельности (1 балл).

Состояние эмоциональной сферы:

- высокий уровень развития эмоциональной сферы, слабая выраженность отклонений в эмоциональной сфере (5 баллов);
- сбалансированность эмоциональной сферы, незначительная выраженность отклонений в эмоциональной сфере (4 балла);
- удовлетворительное развитие эмоциональной сферы, эпизодическое проявления эмоциональной нестабильности (3 балла);

- эмоциональная сфера имеет неустойчивый характер, значительная выраженность отклонений в эмоциональной сфере (2 балла);
- эмоциональная сфера крайне неустойчива, сильная выраженность негативных аффективных компонентов и других эмоциональных отклонений (1 балл).

Волевая организация личности:

- высокий уровень развития волевых качеств – самостоятельность, целеустремленность, решительность, настойчивость, организованность (5 баллов);
- достаточно выраженный уровень развития волевых качеств (4 балла);
- удовлетворительный уровень развития волевых качеств (3 балла)
- эпизодические проявления волевых качеств, наличие некоторых волевых качеств в наименьшей степени выраженности (2 балла);
- низкий уровень развития волевых качеств (1 балл).

Коммуникативные навыки:

- сформированы основные коммуникативные навыки, общителен, проявляет чувства эмпатии и рефлексии (5 баллов);
- легко вступает в контакт с окружающими людьми, достаточно общителен (4 балла);
- недостаточно сформированы коммуникативные навыки, избирателен в общении (3 балла);
- имеет трудности в межперсональных контактах, конфликтен в ситуациях взаимодействия с окружающими (2 балла);
- недостаточно сформированы коммуникативные навыки, замкнут, конфликтен (1 балл).

Количественно-качественная оценка

Высокий уровень психологической организации личности – 4–5 баллов по каждому показателю;

средний уровень психологической организации личности – 3 балла по каждому показателю;

низкий уровень психологической организации личности – 1–2 балла по каждому показателю.

Общий показатель: высокий уровень – 21–25 баллов;

средний уровень – 10–20 баллов;

низкий уровень – 5–9 баллов.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Анаклитическая депрессия – острое и хроническое депрессивное состояние в виде тревоги, уныния и тоски, слезливости, отстраненности от окружающих, отказа от еды и соматических расстройств, возникающее в результате прерывания связей ребенка родителями.

Адаптация – приспособление к изменяющимся внешним и внутренним условиям.

Апатия – психическое состояние, характеризующееся отсутствием эмоций, желаний и влечений.

Аффект – сильное и относительное кратковременное эмоциональное переживание, сопровождающееся резко выраженными двигательными и висцеральными проявлениями.

Аффективная сфера – совокупность переживаний человеком своего отношения к окружающей действительности и к самому себе.

Госпитализм – глубокая психическая и физическая отсталость, возникающая в первые годы жизни ребенка вследствие «дефицита» общения и воспитания. Признаки госпитализма – запоздалое развитие движений, в особенности ходьбы, резкое отставание в овладении речью, эмоциональная обедненность, бессмысленные движения навязчивого характера (раскачивание тела и др.), а также сопутствующие этому комплексу психических недостатков низкие антропометрические показатели, рахит.

Дезадаптация – нарушение процесса взаимодействия человека со средой.

Депрессия – угнетенное, подавленное психическое состояние.

Депривация – потеря чего-либо, ограничение или лишение, ограничение возможностей для удовлетворения потребностей в результате потери связи с предметом их удовлетворения.

Закономерность развития – основное свойство развития, состоящее в способности воспроизведению однотипных изменений у разных людей

Здоровье – состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Идентичность – составляющая самосознания, переживание и осознание человеком своей половой принадлежности, физиологических, психологических и социальных особенностей своего пола.

Инфантилизм – незрелость организма.

Иррегулярность – патологический механизм психического развития ребенка в условиях обедненных воспитательным и социальным воздействиями, обуславливающий нарушение процессов организации, контроля результативности и корректировки психической деятельности.

Компенсация – сложный многообразный процесс перестройки функций организма при их нарушениях или утрате вследствие перенесенных заболеваний или травматических переживаний.

Коррекция – преодоление или ослабление недостатков психического и физического развития.

Макросистема – идеология, установки, традиции, ценности той системы отношений, в которую человек включается.

Мезосистема – взаимоотношения между компонентами микросистемы (субъектом и его ближайшим окружением).

Микросистема – субъект и его ближайшее окружение (семья и социальные институты развития), влияющие на его психическое развитие.

Мотив – внутреннее побуждение личности к тому или иному виду активности, связанному с удовлетворением определенной потребности.

Наследственность – свойство живых организмов, состоящее в передаче из поколения в поколение анатомических, физиологических и психологических свойств организма.

Направленность развития – основное свойство развития, состоящее в способности к проведению единой, внутренне взаимосвязанной линии развития.

Необратимость развития – основное свойство развития, состоящее в способности к накоплению изменений и надстраиванию новых изменений над предшествующими.

Общая психическая депривация проявляется в грубой диспропорции всех сторон психического развития ребенка, формируется в условиях развития воспитанников детского дома, с самого рождения или с раннего детства (до трех лет) лишенных возможности взаимодействовать с близкими людьми и не имеющих контактов с родственниками.

Онтогенез – развитие индивида.

Парциальная психическая депривация – слабо выраженная дисгармоничность личностного и общего психического развития, состоящая в разнообразных, но неглубоких и мозаичных расстройствах, свойственная детям-сиротам, детям из неблагополучных семей, а также тем, кто, воспитываясь в семье, имеет обедненные отношения с родственниками.

Поддержка – целенаправленная деятельность специалистов-профессионалов, состоящая в оказании превентивной помощи детям в процессе развития, воспитания, обучения, жизненного самоопределения.

Половая идентичность – переживание и осознание человеком своей половой принадлежности, физиологических, психологических и социальных особенностей своего пола.

Полоспецифическое поведение – психологические различия между мальчиками и девочками, мужчинами и женщинами.

Потребность – переживаемое состояние внутреннего напряжения, возникающее вследствие отражения в сознании нужды и выступающее источником активности.

Привация – условия, в которых ребенок с рождения лишен определенных воздействий, в результате чего значимые потребности вообще не возникают.

Привязанность – разновидность социального поведения, выполняющего биологическую защитную функцию. Боулби считал, что поведение привязанности имеет у ребенка врожденную природу и разворачивается от недифференцированной ориентировки и адресации сигналов любому лицу к формированию целекорректируемого партнерства, складывающемуся к трехлетнему возрасту.

Психическая депривация – психическое состояние, возникшее в результате таких жизненных ситуаций, где субъекту не предоставляется возможности для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени.

Психическая депривация – это психическое состояние, состоящее в незрелости и (или) искажении личностного развития и психофизиологической деятельности организма, в результате продолжительного неудовлетворения основных потребностей и прежде всего потребности принадлежности к естественной биосоциальной среде в детском возрасте.

Психический дизонтогенез – нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте в результате расстройства и созревания структур и функций головного мозга.

Психическое здоровье – индивидуальная динамическая совокупность психических свойств человека, позволяющая ему адекватно своему возрасту, полу, социальному положению познавать окружающую действительность, адаптироваться к ней и выполнять свои биологические и социальные функции в соответствии с возникающими личными и общественными интересами, потребностями, общепринятой моралью.

Психическое развитие – многосторонний процесс, охватывающий потенциальные возможности и реальные психические проявления человека: темперамент, способности, мотивационно-потребностную, эмоционально-волевую и познавательную сферы.

Развитие – это сложные и разносторонние изменения, происходящие в строении и функционировании тела, психике и поведении человека.

Ретардация – запаздывание или приостановка психического развития.

Рост – это увеличение размеров, функциональных возможностей и сложности органа или организма в целом до точки оптимальной зрелости.

Самосознание – осознание человеком своих качеств, способностей, возможностей, знаний, интересов, идеалов, мотивов поведения, целостная оценка себя как чувственного и мыслящего человека, как деятеля.

Семья – группа живущих вместе родственников (муж, жена, дети, родители – бабушка и дедушка).

Сепарация – прекращение уже сложившихся эмоциональных связей между ребенком и его микросоциумом, например между ребенком и матерью или иным замещающим ее лицом.

Синдром «реактивное расстройство привязанности» является результатом отсутствия заботы о ребенке, неудовлетворения его потребностей или жестокого отношения к нему.

Созревание – последовательность предварительно запрограммированных изменений не только внешнего вида человека, но и его сложности, интеграции, организации и функции.

Сопровождение – система деятельности педагогов, психологов, социальных работников, врачей, направленная на создание оптимальных медико-социально-психологических условий для

полноценного психофизического развития, оздоровления, успешного обучения ребенка и его благоприятной адаптации к меняющимся жизненным ситуациям.

Расстройство привязанности по расторможенному типу в большинстве случаев возникает в результате частой смены воспитателей, например в случаях перехода ребенка из одной приемной семьи в другую.

Филогенез – развитие вида.

Экзосистема – опосредованные влияния микросистемы на человека, например, через родителей или других близких людей.

Эмоции – отношение человека к миру, к тому, что он испытывает и делает, в форме непосредственного переживания.

Энвайронментализм – направление в гносеологии, которое рассматривает среду как источник чувственного опыта и как главную силу формирования и контроля поведения.