

**ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**  
**ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**  
**«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ**  
**УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)**

**Дипломная работа на тему:**

***ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ У  
ДЕПРИВИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ  
ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ***

**По специальности: 37.05.01 – Клиническая психология**

**Основная образовательная программа: Клиническая психология**

**Профиль: Клиническая психодиагностика консультирование и  
психотерапия**

Рецензент:

Док. псих. наук., профессор

Кафедры основ коррекционной педагогики

Волкова И.П.

Выполнила

студентка 6 курса

Очной формы обучения

Джанашвили Н.И.

---

Научный руководитель:

Доктор психологических наук, профессор

Кафедры медицинской психологии

и психофизиологии

Мамайчук И.И.

---

Санкт-Петербург  
2017

## **СОДЕРЖАНИЕ**

<b>СОДЕРЖАНИЕ.....</b>	<b>2</b>
<b>АННОТАЦИЯ.....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>6</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>7</b>
<b>ГЛАВА 1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.....</b>	<b>12</b>
1.1 Клинико-психологические особенности детей по данным отечественной и зарубежной литературе.....	12
1.2 Психологические особенности депривированных детей в отечественной и зарубежной литературе.....	19
1.2.1 Понятие психической депривации.....	19
1.2.2 Виды психической депривации.....	21
1.2.3 Семья, как провоцирующий фактор депривационного развития..	25
1.2.4 Типология личности депривированных детей.....	27
1.2.5 Обратимость депривационных последствий у детей по данным литературы .....	29
1.3 Особенности фruстрационной толерантности нормально развивающихся и депривированных детей по данным отечественной и зарубежной литературе.....	31
1.3.1 Понятие «Фruстрационной толерантности» .....	31
1.3.2 Оценка фruстрационной толерантности.....	33
1.3.3 фruстрационной толерантности нормально развивающихся и депривированных детей.....	35

1.4. Особенности адаптации депривированных детей по данным отечественных и зарубежной литературы.....	36
1.4.1 Феномен «психической адаптации» .....	36
1.4.2 Процессы психической адаптации.....	37
1.4.3 Формы психической дезадаптации у депривированных детей....	40
<b>ГЛАВА 2 МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.....</b>	<b>41</b>
2.1 Описание выборки исследования.....	41
2.2 Описание методов исследования.....	42
2.3 Математико-статистические методы обработки данных.....	45
<b>ГЛАВА 3 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....</b>	<b>46</b>
3.1 Анализ полуструктурированного интервью и клинико-биографических данных детей из основной группы.....	46
3.2 Результаты исследования структуры личности по опроснику Р.Кетелла.....	48
3.3 Результаты исследования фрустрационной толлерантности по методике С. Розенцвейга.....	49
3.4 Результаты исследования уровня психической адаптации.....	51
3.5 Исследование взаимосвязи показателей психической дезадаптации с личностными особенностями.....	53
3.6 Результаты корреляционного анализа реакций на фruстрацию и степени психической дезадаптации в основной группе.....	55
3.7 Результаты исследования межличностных и внутрисемейных отношений по методике Рене-Жиля.....	57
3.8 Результаты сравнительного анализа межличностных и внутрисемейных отношений и степени психической дезадаптации.....	59
3.9 Результаты исследования по методике «Социограмма семьи».....	61
3.10 Анализ результатов незаконченных предложений в основной и контрольной группе по методике Сакса и Леви.....	64

3.11 Содержательный анализ незаконченных предложений детей из основной группы.....	65
ВЫВОДЫ.....	68
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	71
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	72
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	77

## АННОТАЦИЯ

Данная дипломная работа посвящена изучению межличностных отношений у депривированных детей с различной степенью психической адаптации. В исследовании приняли участие 51 человек в возрасте 8-12 лет. Выборка исследования состояла из 2 групп. Первую группу составили воспитанники Социально-реабилитационного центра “Воспитательный дом”, куда они были направлены органами опеки из-за неспособности родителей выполнять свои родительские обязанности. Участники, представляющие контрольную группу, проживали в полной семье. В исследовании изучались следующие характеристики: структура личности, психическая и социальная адаптация, направленность и тип фрустриционных реакций, а также межличностные отношения в семье. Методы исследования: интервью, опросники и проективные методы.

Результаты исследования показали, что у депривированных детей наблюдается сниженная динамика социального взаимодействия, повышенная настороженность в отношениях с окружающими, уступчивость, низкая любознательность и стремление к уединению. Более высокой степени психической дезадаптации этих детей способствуют такие личностные черты, как тревожность, неуверенность в себе, недостаточная сформированность интеллектуальных функций, что проявляется в эмоциональной холодности, повышенной чувствительности к угрозе, низком самоконтrole.

Полученные результаты могут быть использованы специалистами в процессе психологического сопровождения депривированных детей, в социально-реабилитационных учреждениях, а также помогут более дифференцированно подойти к психологической коррекции депривированных детей.

## ABSTRACT

This graduation work is devoted to the study of interpersonal relationships of deprived children with different degrees of mental adaptation. In this research took part 51 people aged 8 to 12 years. The research was carried in 2 groups. The first group consisted of foster children of Social and Rehabilitation Center "Educational House", where they were sent by children's services, because their parents couldn't bear parental responsibilities. Participants, who represented the control group, lived in two-parent families. There were studied following characteristics: personality structure, mental and social adaptation, the direction and type of frustration reactions and also interpersonal relationships in the family. The methods of research are interviews, questionnaires and projective methods.

The results of the study showed that deprived children have subnormal dynamics of social interaction, increased suspicion in relations with others, compliance, low curiosity and the desire for solitude. A higher degree of mental disadaptation of these children is promoted by such personal traits as anxiety, self-doubt, insufficient formation of intellectual functions that is manifested by emotional coldness, increased sensitivity to threat, low self-control.

The results can be used by specialists in the process of psychological support for deprived children, in social rehabilitation institutions, and also can help in finding a differential approach to the psychological correction of deprived children.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Термин «депривация» стал широко известен в 1940-1950 годах в связи с массовым сиротством. Исследования показали, что дети, которые в раннем возрасте лишены материнской заботы, испытывают отклонения в физическом, интеллектуальном и эмоциональном развитии [7,10,55,52].

Одной из острых проблем на современном этапе развития нашего общества является распространенность детей, полностью или частично лишенных полноценной родительской опеки, что может объясняться чрезмерной занятостью родителей на работе, алкоголизмом, другими недугами или лишением родительских прав. Все это приводит к социальному и психологическому неблагополучию формирующейся личности и распространенности социального сиротства.

По данным Росстата, за период с 2011 по 2015 год в России численность детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в возрасте до 18 лет увеличилась более чем на 63 000 человек [57].

Сегодня проблема депривации катастрофически разрастается, и обнаруживаются ранее невидимые ее другие стороны. Так, вследствие духовно-нравственного кризиса в стране выделяется 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.

Актуальность работы обусловлена ситуацией в современном обществе. Большое число депривированных детей попадают в группу «трудных» и оказываются «социально дезадаптированными». Несмотря на высокую социальную значимость, научных исследований, направленных на изучение проблемы депривированных детей в зависимости от их степени тяжести психической дезадаптации, недостаточно.

Не раскрыты основные механизмы психологического воздействия при различных видах депривации в детском и подростковом возрасте. Нередко

психологическая помощь подменяется медицинской, социальной, педагогической. При всем многообразии подходов к психологической помощи депривированным детям, не учитывается самое главное – субъект психологического воздействия с его клинико-психологическими, индивидуально психологическими и социально- психологическими особенностями.

Психологическая помощь детям, частично или полностью лишенных родительской заботы, является одним из важных звеньев в системе их реабилитации и профилактики социального сиротства. Несмотря на высокую практическую значимость данной проблемы, недостаточно разработаны ее теоретические и методологические аспекты.

Большую роль в сопровождении развития депривированных детей играет психолог и педагог. Специалистам необходимо четкое понимание механизмов работы с депривированными детьми, поскольку посредством воспитательного воздействия на личность, пропаганды психолого-педагогического знания, психо-коррекционной работы с несовершеннолетними и молодежью, консультирования и превентивного образования родителей формируется система ценностей и отношений к подрастающему поколению, организуются воспитательный, образовательный и коррекционный процессы.

Объектом исследования являются межличностные отношения у депривированных детей с различной степенью психической адаптацией.

Предметом изучения стали особенности, проявляющиеся в межличностных и внутрисемейных отношениях у депривированных детей с различной степенью психической адаптации.

Цель работы – выявление и исследование особенностей межличностных отношений у депривированных детей с различной степенью психической адаптации.

Для достижения цели исследования поставлены следующие задачи:

1. Изучение структуры личности у депривированных детей.
2. Анализ особенностей фruстрационной толерантности у депривированных детей.
3. Определение уровня психической адаптации у депривированных детей.
4. Выявление особенностей межличностных отношений у депривированных детей.
5. Определение взаимосвязи структурных компонентов личности, межличностных отношений и степени психической адаптации у депривированных детей.

Для изучения особенностей межличностных отношений у депривированных детей с различной степенью психической адаптации мы использовали следующие методы:

- Экстенсивные методы:
1. Направленное клинико-психологическое и психолого-педагогическое наблюдение за детьми и подростками в процессе их жизнедеятельности в условиях центра.
  2. Клинико-биографический метод: анализ биографических данных (с целью выявления особенностей воспитания ребенка в семье и особенностей его психического развития).
  3. Анализ педагогических и школьных характеристик детей, их оценок.
  4. Полуструктурированное клинико-психологическое интервью с целью анализа психологического состояния, а также для выявления установок ребенка к семье.

Интенсивные методы:

- a. детский вариант многофакторного личностного опросника Кеттелла (CPQ) – для анализа структуры личности детей;
- b. метод изучения фрустрационных реакций Розенцвейга;
- c. методика незаконченных предложений Сакса (SSCT), направленная на исследование особенностей отношений детей к семье

и ближайшему окружению;

d. метод изучения сферы межличностных отношений и восприятия внутрисемейных отношений Рене-Жиля;

e. социограмма семьи с для получения дополнительной информации об особенностях системы семейных отношений ребенка.

Теоретико-методологические основы работы составили фундаментальные положения российских и зарубежных психологов о психической и социально-психологической адаптации (Мамайчук И.И., Березин Ф.Б., Ярославцева И.В., Фурманов И.А., Фурманова Н.В., Алексеенкова Е.Г), положения о формировании личности в онтогенезе (Ананьев Б.Г., Леонтьев А.Н., Божович Л.И. А.Фрейд), принципы изучения специфики семейного функционирования, отраженные в работах Личко А.Е., Лебединского В.В., Эйдемиллера Э.Г., Юстицкого В.В., Варга А.Я., Лисина М.И., Мамайчук И.И.)

Гипотезы исследования:

1. Структура личности у депривированных детей в сравнении с детьми, проживающими в семьях отличается дисгармоничностью и высокой эмоционально-волевой неустойчивостью, а также особенностью реагирования на фрустрирующие ситуации с повышенной фиксацией на препятствии.

2. На формирование структурных компонентов личности детей значимое влияние оказывают неадекватные способы реагирования, а также различные социально-средовые факторы.

3. Специфика выстраивания межличностных отношений у депривированных детей связана со степенью тяжести психической дезадаптации

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые исследуются особенности межличностных и внутрисемейных отношений у депривированных детей с учетом степени тяжести психической дезадаптации.

Теоретическая значимость связана с тем, что результаты проведенного исследования дополняют, имеющиеся в литературе данные об особенностях формирования личности, фruстрационной толерантности и психической адаптации депривированных детей. Полученные данные расширяют представления о взаимосвязи уровня психической адаптации с особенностями межличностных отношений депривированных детей.

Практическая ценность работы заключается в том, что полученные результаты позволяют дифференцированно подойти к психологической коррекции депривированных детей с учетом особенностей межличностных отношений, особенностей психической и социально-психологической адаптации и спецификой эмоционального реагирования на фрустрацию.

Полученные данные могут быть использованы специалистами в процессе психологического сопровождения депривированных детей в социально-реабилитационных учреждениях, а также при психологическом консультировании приемных родителей депривированных детей.

## ГЛАВА 1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

### **1.1 клинико-психологические особенности детей школьного возраста по данным отечественной и зарубежной литературы**

Клинико-психологические особенности детей активно изучались психологами и исследователями многих смежных специальностей в последние полтора столетия. Данный вопрос находился в рассмотрении и ранее, однако, стоит учесть, что в фокусе более ранних исследований находились работы медицинского и педагогического характера. Так, на определённые представления о личности ребенка, об особенностях его развития опирались такие видные педагоги, как Ян Амос Коменский и Жан-Жак Руссо (17 и 18 век соответственно) [34].

Изучение вопроса о клинико-психологических особенностях детей невозможно без рассмотрения понятий развития и личности. Приведём здесь их определение, на которое мы опирались в рамках данной работы:

«Развитие - это процесс необратимых, направленных и закономерных изменений, приводящий к возникновению количественных, качественных и структурных преобразований психики и поведения человека» [41 с.25].

Развитие, как взаимовлияние многих факторов – биологических, социокультурных, собственно психологических, позволяет реализовывать комплексный подход к анализу развития человека как индивида, личности и субъекта деятельности.

Комплексное изучение развития человека является сложной задачей. Необходимо учитывать все данные, взятые из различных областей научного знания (психология, биология, социология, антропология, история, уход за ребенком и воспитание, медицина и здравоохранение) такой подход позволяет предоставить наиболее полный современный обзор ключевых тем, проблем и противоречий, связанных с развитием человека на протяжении

всего его жизненного пути.

Развитие человека происходит в четырех главных областях:

1. *физический рост и развитие* (изменение формы и размеров тела, изменения мозговых структур, сенсорных способностей и моторных навыков);
2. *когнитивное и речевое развитие* (развитие когнитивной области включает приобретение навыков восприятия, мышления решения задач и т.п.);
3. *развитие личности* (развитие личностных характеристик заключается в приобретении относительно стабильных и устойчивых черт и чувства собственной уникальности);
4. *социокультурное развитие* (происходит по мере того, как ребенка преднамеренно обучаю и тренируют соответствовать требованиям общества и функционировать в нем, освоение культурных знаний) [25].

**Личность** (человек как личность) — в отечественной психологии это:

- 1) субъект социальных отношений и сознательной деятельности, носитель психосоциальных свойств человека;
- 2) системное качество индивида, формирующееся в совместной деятельности и общении. [41 стр.25]

В западной научной традиции понятие личности, наряду с проблематикой клинико-психологических особенностей людей различного возраста, обычно освещается через призму конкретных психологических теорий.

В теории и практике работы с детьми видное место занимают концепции психологов, развивавших психодинамический подход. Исследователи данного направления искали взаимосвязи между поведением

человека и особенностями его личности с его отношениями с кругом значимых лиц и социумом. Родоначальником психодинамического направления считается австрийский врач-психиатр и психолог Зигмунд Фрейд, основатель психоаналитического подхода в психологии. В своих работах он развивал концепцию стадий психосексуального (либидинального) развития, а также оригинальную теорию личности.

Ребенок с первых дней жизни находится в тесном контакте с родителями, особенно с матерью; и особенности их взаимодействия, во-многом, определяют ход всего развития ребёнка. Так, самая ранняя оральная стадия развития (0 - 18 месяцев) характеризуется очень тесным взаимодействием матери и ребенка, фактически, мир младенца полностью зависит от матери. Если ребёнок часто подвергается фрустрациям (например, мать пренебрегает потребностями ребёнка) на этой стадии или же в случае их чрезмерной интенсивности, то, согласно теории, может произойти фиксация развития на этой стадии, которая, в свою очередь, наложит отпечаток на психологическом облике ребенка и может привести к образованию характерологических патологических черт.

Последователи учения Фрейда, во-многом углубившие и видоизменившие его теорию (в их числе отметим Отто Кернберга, Жизель Аррюс-Ревиди, Нэнси Мак-Вильямс), разрабатывали карты соответствия условий прохождения стадий развития в детско-подростковом возрасте и личностных клинико-психологических особенностей. Так, Отто Кернберг в одной из своих работ отмечает: «Там, где преобладает чрезмерная ранняя агрессия - из-за генетических, конституциональных или средовых факторов, связанных с ранними отношениями младенца и матери или чрезмерной семейной патологией в первые пять лет жизни, - агрессивный уровень развития Супер-Эго доминирует настолько, что путём проекции он населяет мир ранних переживаний преследующими фигурами» [54, стр.291.] Это, в свою очередь, может вести к формированию параноидных и эксплозивных

черт, к развитию формирующейся сексуальности ребёнка или подростка по перверсивному пути [54].

Фрейд и его последователи, психоаналитики первой волны, искали взаимосвязи между ранним развитием и особенностями психического развития, в первую очередь, взрослых людей; однако довольно скоро (в 30-40-ые) в самостоятельное исследовательское направление выделился психоанализ детского возраста. Из видных представителей этого направления можно выделить Анну Фрейд, Сабину Шпильрейн, Мелани Кляйн; психоаналитические концепции оказали мощное влияние на теорию развития интеллекта (и теорию развития высших психических функций) Пиаже и Выготского. К современным последователям данной линии относят Жизель Аррюс-Ревиди.

Анна Фрейд. Анна Фрейд в своих работах уделяла большое внимание описанию особенностей детского и младшего подросткового возраста, в т.ч. клинико-психологическим. В числе следующих, отличающих мыслительные и эмоциональные процессы у детей и взрослых, она выделяла:

1. Детский эгоцентризм. Это нормальная особенность детского развития, наблюдаемая на фазах первичного нарциссизма и первичной любви. Детский эгоцентризм заключается в неспособности поставить себя на место другого, верно оценить значение поступков матери, направленных на других. К примеру, “рождение следующего ребенка воспринимается малышом лишь в качестве неверности со стороны матери, отрицательного отношения к нему, на что он реагирует враждебными проявлениями, эмоциональной холодностью или, наоборот, чрезмерной требовательностью, создавая дополнительные трудности.

2. Проявления половых отношений и различий между родителями ребёнок трактует в терминах собственной сексуальности

(т.е. дагенитальной), что может вести к неверному пониманию смысла “первичной сцены”, если ребёнок становится свидетелем любовных отношений родителей. Отсюда могут возникать “сложности, вытекающие из идентификации мужского партнера с агрессором, а женского – с жертвой, ответственные за последующую неуверенность в сексуальной идентичности подрастающего индивида”

3. Ребёнок по-иному, нежели взрослые, оперирует своей временной ориентацией. Зрелая концепция “Я” помогает взрослому оценивать время с помощью мыслительных конструктов, внося тем самым определённую долю точности и объективности, восприятие же времени детьми более подчинено непосредственно инстинктивным процессам. Таким образом, ребёнок, чувствуя острый голод, может воспринимать время ожидания кормления как слишком долгое, хотя объективно прошло лишь немногого времени.

Как отмечает Анна Фрейд, непонимание родителями этих психологических особенностей или пренебрежение связанными с ними специфическими потребностями могут оказываться «важными поворотными точками в эмоциональной жизни ребенка, являясь травматическими симптомообразующими событиями, порождающими страхи, патологические изменения, чувства неполноценности и задержки» [45]

Разработка отечественных физиологов – теория периодизации индивидуального развития открывает большие возможности исследования возрастных закономерностей патогенеза и клиники психических заболеваний у детей раннего школьного возраста. В онтогенезе сменяются качественно различные этапы функционирования и реагирования головного мозга, важно отметить, что новые формы реагирования не вытесняют бесследно старые, а преобразуют и подчиняют их [14]. В биогенетическом подходе выделяют следующие этапы развития:

- моторный этап, охватывает первый год жизни ребенка, когда происходит созревание моторики, ее совершенствование и дифференциация;
- сенсомоторный этап, длящийся от одного года до трех лет и являющийся основой для развития первичных целенаправленных движений и активных форм общения;
- аффективный этап, длящийся от 3 до 12 лет;
- идеаторный этап, предполагает развитие понятий, суждений и умозаключений.

Резкие изменения личности наблюдаются в переходные возрастные периоды, или периоды возрастных кризисов. В эти периоды часто возникают и выявляются различные нарушения психического развития — психический дизонтогенез [14].

Дисгармоническое психическое развитие — это тип дизонтогенеза, основой которого является врожденная или рано приобретенная диспропорциональность развития психики ребенка, преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Этот вид дизонтогенеза клинически определяется как психопатия или патологическое развитие личности [25].

К типу дисгармоничного развития кроме психопатий относится также патологическое формирование личности. При патологическом формировании личности основными факторами выступают неблагоприятные условия воспитания, длительная психотравмирующая ситуация в семье [14, 23].

В патогенезе патологического формирования личности основная роль принадлежит двум факторам: закреплению патологических реакций (протест, негативизм, отказ и др.), и непосредственному воспитанию таких черт характера, как возбудимость, неустойчивость, истеричность в результате прямой стимуляции отрицательным примером.

Как правило, в детском возрасте диагноз психопатии не ставится, и

традиционно эти состояния называются психопатическими синдромами, которые приводят к выраженным нарушениям поведения.

Дисгармоничность психики первично обусловлена нарушениями в эмоционально-волевой сфере ребенка, при первично сохранном интеллекте. Парциальный дефект аффективно-волевой сферы негативно отражается на особенностях мышления у этих больных. Это проявляется в аффективной окраске интеллектуальных функций и способствует их искажению, формированию сверхценных идей [25].

В международной классификации болезней (МКБ 10) существует раздел: «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском возрасте». К ним относятся: гиперкинетические расстройства (чрезмерно активное поведение); расстройства поведения, характеризующиеся стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения; смешанные расстройства поведения и эмоций; эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста; расстройства социального функционирования; тикозные расстройства; неорганический энурез, неорганический энкопрез; расстройства питания; стереотипные двигательные расстройства и пр.[32]

Все перечисленные выше особенности детей с психопатиями и патологическим развитием личности проявляются в их поведении, которое характеризуется наличием протестных, демонстративных или агрессивных реакций, страха и негативизма. Ребенку становится трудно приспособиться к обычным дисциплинарным требованиям, нарушаются процесс его социализации, что в свою очередь в значительной степени усугубляет его личностную дисгармонию.

Дисгармония, при благоприятном стечении средовых обстоятельств, приводит к формированию характера, с крайне усиленными чертами – акцентуированный характер [23].

Традиционно при классификации акцентуаций характера используется два основных подхода: клинический (психиатрический) и психологический. Клинический подход разработан А. Е. Личко. Автор на основе клинико-психиатрического анализа выделил 11 типов акцентуаций характера: гипертимный тип, циклоидный, лабильный, астено-невротический, сензитивный, психастенический, шизоидный, эпилептоидный, истероидный [23].

В классификации К. Леонгарда, разработанной на основе психологического анализа личности, предлагаются следующие типы акцентуаций характера: гипертимный, дистимический, эмотивный, тревожный, интровертированный, возбудимый, демонстративный, неустойчивый, аффективно-лабильный, педантичный и др. [21].

Типы акцентуаций характера весьма сходны и частично совпадают с типами психопатий. Различия между акцентуациями характера и психопатиями основываются на диагностических критериях, разработанных в трудах П. Б. Ганнушкина (1998) и О. В. Кебрикова (1971). Обычно акцентуации развиваются в период становления характера и сглаживаются с взрослением индивида, могут проявляться не постоянно, а лишь в некоторых ситуациях.

## **1.2 Психологические особенности депривированных детей и подростков в отечественной и зарубежной литературе**

### **1.2.1 Понятие психической депривации**

Многие научные работы в психологии и педагогике посвящены изучению причин личностных проблем и интеллектуальных затруднений у детей. Так, например, агрессивность, воровство, слабая успеваемость в школе, трудности в социальном и в межличностном взаимодействии со сверстниками являются самыми распространенными проблемами среди детей младшего школьного возраста. В числе различных причин подобных затруднений особое место занимает развитие ребенка в условиях депривации.

Понятие «депривация» происходит от латинского слова «deprivatio» (потеря, лишение). В самом широком смысле этот термин означает лишение или ограничение возможностей удовлетворения жизненно важных потребностей. Депривацию принято разделять на биологическую и психическую. Биологическая депривация развивается, когда организм получает недостаточно питательных веществ (витаминов, кислорода, белков). Этот вид депривации может привести к необратимым нарушениям в развитии организма. Так, например, фетальный алкогольный синдром (ФАС) у новорожденных детей может быть вызван недостатком кислорода в утробе матери, страдающей алкоголизмом.

В литературе описано множество различных определений психической депривации. Так, например, И. В. Ярославцева дает следующее определение: «*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*» [50 с. 37].

В нашей работе мы будем опираться на определение, данное чешскими психологами Й. Лангмайером и З. Матейчиком. Под психической депривацией они понимали «*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*» [18].

В научной литературе часто смешивается понятие депривации с близким по значению понятием фрустрации, однако эти термины не тождественны. Под фрустрацией принято понимать психическое состояние, вызванное неуспехом в удовлетворении потребности, оно может сопровождаться различными отрицательными переживаниями, такими как:

разочарование, раздражение, тревога, отчаяние и др. [38]. Важным отличием фрустрации от депривации является то, что при переживании фрустрации субъект полностью осознает невозможность удовлетворения потребности. Фрустрация – более короткое, ситуативное состояние, она не затрагивает потребности, угрожающие жизни, личности, самооценке и т.п., и не приводит к серьезным последствиям для организма. Напротив, депривация чаще затрагивает базовые потребности, неудовлетворение которых субъект может частично или полностью не осознавать. Так, например, депрессия может быть вызвана нехваткой сенсорных стимулов, хотя человек может этого не осознавать и ассоциировать ее возникновение с другими событиями в своей жизни [3].

### **1.2.2 Виды психической депривации**

Существуют различные виды психической депривации. В работах чешских исследователей Й. Лангеймера и З. Матейчека описаны четыре основные формы психической депривации, а именно:

— *Сенсорная депривация*, или стимульная, которая развивается при недостаточности сенсорных стимулов, например, у глухих, слепых или слабовидящих людей. Также с сенсорной депривацией часто сталкиваются младенцы-отказники, которые первые годы своей жизни проводят в госпиталях и домах ребенка. Эти учреждения характеризуются обедненной сенсорными стимулами средой и не способны обеспечить для ребенка адекватного количества сенсорных стимулов, необходимых для развития их мозга. Таким образом, пребывая в подобных учреждениях, эти дети испытывают сенсорный голод и в последствии резко отстают в развитии как в моторном (позже начинают ходить), так и речевом, в результате чего в умственном развитии отмечается торможение [6].

В условиях длительного пребывания в лечебных стационарах,

больницах в отрыве от внешнего мира и изоляции от близких развивается синдром госпитализма, при котором отмечается значительное отставание в психическом и физическом развитии. Впервые термин госпитализм был введен Р. Шпицем в 1945 г. Синдром госпитализма чаще всего можно встретить у воспитанников детских домов и домов малютки. У этих детей наблюдается рахит, низкий уровень элементарных навыков общения, эмоциональная обедненность, а также нередко дети отстают в интеллектуальном развитии. Исследования Р. Шпица показали, что в основе синдрома госпитализма лежит психоэмоциональное одиночество [40].

- *При когнитивной депривации* у человека в сознании внешний мир не структурирован и представляет собой нечто хаотичное, что не позволяет понимать и регулировать происходящее извне.
- *Социальная депривация (идентичности)* возникает при условиях ограничения возможности усвоения социальной роли. Как правило, депривация идентичности чаще всего наблюдается у воспитанников детских интернатов и учреждений закрытого типа [16].
- *Эмоциональная депривация* проявляется в невозможности установления интимных эмоциональных взаимоотношений с другими людьми.

Отечественные авторы В. Брутман, В. Каган, Г. Скобло, помимо материнской, сенсорной, эмоциональной, когнитивной и социальной депривации, выделяют также *двигательную депривацию*, которая развивается при нарушениях опорно-двигательного аппарата, а также *семейную депривацию*, которая развивается в условиях длительного отрыва от семьи или отсутствия семьи при живых родителях (социальное сиротство). В последнее время отмечается рост социального сиротства в нашей стране, поэтому семейная депривация требует отдельного рассмотрения [40].

Самой острой по своим последствиям является *материнская депривация*, развивающаяся в условиях неспособности матери заботиться о ребенке и удовлетворять его жизненно важные потребности в безопасности,

любви, заботе и т. п. Чуткость к потребностям ребенка и своевременное удовлетворение их со стороны матери способствуют возникновению у ребенка базового доверия к миру, которое служит необходимой основой, фундаментом для нормального развития на последующих стадиях. В общении со взрослым ребенок познает внешний мир и постепенно формирует свой собственный внутренний мир. Отсутствие данных отношений на самых первых этапах развития ребенка порождает у него ощущение небезопасности окружающего мира. Для ребенка внешний мир становится источником угрозы, и это, несомненно, накладывает отпечаток на дальнейшее развитие и становление личности.

О патогенном влиянии материнской депривации писали многие американские и европейские психологи, являющиеся в настоящее время классиками современной психологии. Особое внимание обращает на себя Дж. Боулби, который часть своей исследовательской деятельности посвятил изучению детей и подростков в социозащитных и медицинских учреждениях Лондона в 30-40-х гг. XX века. Он искал ответы на вопросы о причинах делинквентного поведения подростков. На основании своего исследования Дж. Боулби пришел к выводу, что критически важное влияние на развитие и становлении личности ребенка оказывают два фактора: наличие или отсутствие матери, или период длительного расставания с нею и эмоциональная установка матери в отношении ребёнка. Под материнской депривацией Дж. Боулби подразумевал длительное отсутствие матери, влекущее за собой патогенные последствия. Одним из таких последствий является формирование «безэмоционального характера». Дети с таким характером отставали в интеллектуальном развитии, не умели вступать в близкие отношения с другими людьми, характеризовались вялостью эмоциональных проявлений, неуверенностью в себе и агрессивностью [7,51].

Важно также отметить, что различают явную и скрытую депривацию. При явной депривации субъект полностью изолирован от источника удовлетворения потребности (дети в детских домах, длительное одиночество

и т.п.). При скрытой депривации нет очевидной изоляции. Ребенок может не быть в полном отрыве от матери, однако мать может не давать ему должной любви и быть совершенно нечуткой к потребностям ребенка.

Идеи Дж. Боулби о роли материнской депривации были в это же время развиты другими американскими психологами, в числе которых В. Голдфарба, А. Фрейд, Д. Бурлингэм, и др.[52,53]

В отечественной психологии проблема материнской депривации поднималась в работах О.С. Золотаревой, А.М. Прихожан, Н.Я. Фурманова и Н.В. Фурмановой, Е. Г. Алексеенковой. [12,35,40]

О.С. Золотарева изучала влияние материнской депривации на формирование я-концепции у подростков. Результаты ее исследования определили, что материнская депривация приводит к развитию негативной я-концепции, проявляющейся в низкой самооценке, сужении контактов со значимыми взрослыми и сверстниками, повышенной агрессивности и конфликтности, а также высокой потребности в признании.

В исследовании А.М. Прихожан и Н.Н. Толстых выявляется, что последствия материнской депривации проявляются в тотальных нарушениях эмоционально-волевой сферы личности [35]

В настоящее время последствия материнской депривации для детей от рождения и до 5 лет объединены диагнозом «реактивное расстройство привязанности». Данный диагноз включен в международную классификацию болезней (МКБ-10). Его ставят в случае, если у ребенка наблюдается хотя бы одна группа симптомов из двух основных. К первой группе симптомов относят: устойчивое нежелание ребенка вступать в контакт или поддерживать общение с окружающими взрослыми (у младенцев это отсутствие или слабость зрительного контакта и голосового подражания, нежелание совместной игры или даже сопротивление ей и т. п.); апатичный или сниженный фон настроения; частые проявления боязливости или настороженности, которые не исчезают когда ребенка утешают; с полутора-двух лет — плохое социальное взаимодействие со сверстниками, агрессия по

отношению к себе и другим; отсутствие любопытства, достаточной спонтанности в деятельности. Вторая группа симптомов проявляется в «диффузной общительности», которая характеризуется отсутствием чувства дистанции при общении с взрослыми, желании привлечь к себе внимание; с четырехлетнего возраста — неразборчивые дружеские связи [32].

По сравнению с материнской депривацией остальные формы не настолько пагубны для развития, однако могут, так или иначе, привести к необратимым последствиям в развитии.

### **1.2.3 Семья как провоцирующий фактор депривационного развития.**

Для того чтобы стать полноценной личностью, ребенок должен воспитываться в эмоционально теплой и стабильной обстановке. Альфред Адлер отмечал, что, если эмоциональный контакт с близкими взрослыми или окружающими людьми нарушен, ребенок живет как бы на «вражеской» территории: обстоятельства подавляют его, его ожидания относительно будущего пессимистичны, он постоянно чувствует себя слабее других, ощущает себя нелюбимым. В результате у ребенка развиваются очень низкая самооценка, чувство неполноценности. Возникшая в детстве неуверенность в себе, как правило, становится устойчивым образованием.

Семья является той микросоциальной средой, в которой происходит первичная социализация. Через семью ребенок учится взаимодействовать со всем окружающим миром. В семье ребенок узнает о себе, усваивает первые социальные роли, модели поведения, которые потом реализует во взрослой жизни. Так, например, общеизвестно, что если в семье к ребенку относились негативно, потребительски или амбивалентно, то и во взрослой жизни ребенок либо будет искать именно этих взаимоотношений, поскольку эта модель взаимодействия ему известна, тогда как любая другая модель взаимоотношений воспринимается ребенком как угроза, либо сам будет вести

себя в отношении других так же. Таким детям может быть совершенно непереносимо находиться в ситуациях принятия, хоть и бессознательно они будут стремиться к этому. Они либо чувствуют себя растерянными, либо реагируют очень агрессивно, что приводит к разрыву отношений, поскольку они научились жить в другой семейной обстановке. Если в семье не принято выражать эмоции или вообще говорить про чувства, то во взрослой жизни человек может подавлять, вытеснять или вообще не понимать, что он чувствует [4,31]

В семьях депривированных детей и подростков часто реализуются неадекватные стили семейного воспитания, которые проявляются, как правило, либо в авторитарном, либо в попустительском отношении к ребенку. Дети и подростки, выросшие в условиях авторитарного стиля воспитания, отличаются пассивностью, уязвимостью к стрессовым ситуациям. Они часто бывают зависимыми от мнения окружающих и очень недоверчивы к людям, нередко замыкаются в себе. Дети, выросшие в условиях попустительского стиля воспитания, отличаются низким самоконтролем агрессивности, эмоциональной-волевой неустойчивостью, они также не уверены в себе. Отрицательный спектр эмоций у них превалирует [47].

К наиболее грубым дисфункциям, приводящим к нарушениям в развитии, относятся алкоголизм и другие аддикции родителей, жестокое обращение с ребенком, физическое насилие. Это неизбежно влечет за собой соматические заболевания, личностные, эмоциональные и социальные последствия и может послужить причиной ухода ребенка из семьи. Таким образом дети оказываются в условиях беспризорности и безнадзорности со стороны взрослых. Подобный образ жизни влияет на развитие личности таких детей и подростков. Они, как правило, не посещают школу, что непременно влечет за собой слабое интеллектуальное развитие. Они не соблюдают правила личной гигиены, плохо питаются и часто употребляют психотропные вещества, что наносит вред физическому и психическому

здоровью. У детей и подростков, вышедших из дисфункциональных семей и ведущих уличный образ жизни, могут развиваться отрицательные черты характера, такие как: грубость, агрессивность, черствость и неумение сочувствовать [47].

Как правило, дисфункциональные семьи находятся под контролем органов опеки и попечительства, и, в случае если ситуация не улучшается, родителей могут лишить родительских прав, а ребенка изъять из семьи, что может обернуться серьезной психологической травмой для ребенка. Таким образом он теряет последние близкие связи, которые у него были, привычную атмосферу, в которой рос с рождения. Дети, оказавшиеся в совершенно новых для себя условиях, часто не готовы к этому, даже если новые обстоятельства являются самыми благоприятными. Поскольку их картина мира рушится, все это неблагоприятно сказывается на развитии самопринятия и развитии Я-концепции [44]

#### **1.2.4 Типология личности депривированных детей**

Одни и те же депривационные условия могут по-разному сказываться на развитии личности и вызывать разные формы депривационных последствий. Как правило, это связано с конституциональными особенностями детей и подростков (пол, возраст, темперамент). Так, чешские психологи Й. Лангмайер, З. Матейчек предложили свою типологию развития личности депривированного ребенка [18]. Они выделили следующие типы:

- *Социально гиперактивный ребенок.* У таких детей и подростков часто наблюдается демонстративность в поведении, и они часто действуют напоказ. Они легко вступают в контакт, однако их общение носит исключительно поверхностный и непостоянный характер. Такие дети при первой встрече готовы броситься обниматься к каждому вновь пришедшему, стараются «показать себя», однако в более глубокие отношения не вступают и ведут себя с каждым с одинаковой

поверхностной доброжелательностью. Они часто пользуются симпатией со стороны воспитателей.

Социальный интерес у таких детей и подростков преобладает над интересом к вещам, игре и другим активностям. Они очень живо интересуются происходящим в окружающей их среде, однако также принимают во всем происходящем лишь поверхностное участие. Они с трудом овладевают новыми навыками и новыми знаниями.

— *Ребенок-социальный провокатор.* Данного типа поведения можно наблюдать уже с младенческого возраста. Внимание взрослых они получают через провокации. Они склонны к вспышкам гнева при борьбе за внимание воспитателей, игрушки и т. п. Ребенок-социальный провокатор очень агрессивен по отношению к другим детям. Такие дети и подростки часто устраивают конфликты, срывают уроки, игры и, как следствие, чаще других детей подвергаются различным наказаниям и ограничениям со стороны педагогов и воспитателей. В обществе старших детей такой ребенок не проявляет агрессивности и ведет себя инфантильно.

— *Подавленный тип.* Такой тип детей характеризуется пассивностью, уходом в себя, в характере прослеживаются аутистические тенденции. В отличие от социально-агgressивного типа у таких детей наблюдается преобладание интереса к вещам над социальным интересом. Такие дети меньше всего получают стимуляции и внимания при личном контакте с педагогами и воспитателями, отсюда их большая подверженность к задержке психического развития. В школьном возрасте подавленный тип ребенка демонстрирует «уравновешенный» тип поведения. Важно также отметить, что этому типу депривационного развития соответствуют описанные ранее Дж. Боулби дети, имеющие «безэмоциональный характер».

— *Хорошо приспособленные дети.* Такой тип детей всегда находит

свою нишу в коллективе. У воспитателей и педагогов он пользуется репутацией любимчиков. Им свойственно привязываться к какому-нибудь определенному воспитателю. Их отличает прилежное поведение, они умеют взаимодействовать в коллективе, играть, учиться. Такие дети создают впечатление абсолютно сохранных личностей, словно депривационные условия никак не сказались на их развитии, однако это не совсем так. Для такого типа депривированных детей и подростков травмирующим может оказаться резкая смена обстановки, режима, учреждения. Они очень тяжело переживают разрыв эмоциональных связей, которые им удалось создать в пределах определенного учреждения. Таким образом, хорошая адаптация в учреждении не дает гарантии, что эти дети смогут адаптироваться к условиям вне учреждения.

— *Тип детей с замещающим удовлетворением аффективных и социальных потребностей.* Замещающая активность может меняться по мере прохождения ребенком этапов развития или проявляться одновременно на всех этапах. Замещающая деятельность служит компенсаторным механизмом и возникает при невозможности удовлетворения эмоциональных и социальных потребностей. К различным замещающим активностям относят ябедничество и переедание. Некоторые дети могут есть очень много и с жадностью, таким образом замещая потребность иметь собственную мать. Также переедание может наблюдаться у детей, для которых поглощение пищи является единственной спокойной деятельностью, когда нет необходимости отстаивать свои права и с кем-либо конкурировать. Другой распространенной формой замещающего поведения является ябедничество. Такой тип замещающего поведения, как правило, встречается у детей, которым не удается обеспечить себе достойное место в группе. Таким образом, «ябедничество» является формой замещающего поведения при невозможности удовлетворения

потребности социального включения в коллектив. Все замещающие виды активности характерны для более низкого уровня развития.

### **1.2.5 Обратимость депривационных последствий у детей по данным литературы.**

При рассмотрении вопроса об обратимости депривационных последствий важное значение имеет вопрос о том, на каком возрастном этапе ребенок пребывал в депривационных условиях. Известно, что дети, пережившие депривацию в более позднем возрасте, имеют более мягкие формы депривационных проявлений. При направленной психокоррекционной работе со стороны педагогов и психологов компенсация последствий депривации проходит легче и успешнее, чем у детей, пребывающих в условиях депривации на более ранних возрастных этапах своего развития. Однако в виде остаточных явлений может проявляться сверхчувствительность ребенка к различным внешним факторам депривации (разлуке, к насилию и т.п.), также у некоторых детей может проявляться настороженность в отношении людей, недоверие к ним, критичность. В таком случае нельзя говорить о полной обратимости депривационных последствий. Важно также отметить, что возраст, в котором началась и закончилась депривация имеет важное значение, поскольку во многом определяет обратимость депривационных последствий, однако остается неясным вопрос о сенситивных периодах для различных психических функций.

Второе важное значение имеет вопрос о том, как долго ребенок пребывал в депривационных условиях. Так, например, прекращение депривационных условий в младенческом возрасте, приводит к полной нормализации интеллектуальных функций, однако речевое развитие может немного отставать. Если длительная депривация, начавшаяся на первом году жизни ребенка, продолжалась около трех лет, это, несомненно, пагубно скажется на развитии интеллектуальных и личностных функций, которые не поддаются коррекции. Длительные и жесткие депривационные условия,

начавшиеся на втором году жизни, напротив, сохраняют шанс нормализации общих интеллектуальных функций, однако личностное развитие таких детей очень сильно страдает, так как к этому времени появляются качественные новообразования, которые обуславливают развитие личности ребенка по депривационному типу. Как правило,最难的 всего поддаются коррекции речь, абстракции, а также межличностные отношения у депривированных детей и подростков.

В случае отсутствия коррекционного вмешательства или его недостаточно, происходят количественные и качественные искажения на нейронном уровне, а это, в свою очередь, приводит к образованию вторичных деформаций на уровне мозга. (26)

### **1. 3 Особенности фruстрационной толерантности нормально развивающихся и депривированных детей по данным отечественной и зарубежной литературы**

#### **1.3.1 Понятие «фрустрационная толерантность»**

Существует большое количество определений понятия «толерантность». В переводе с английского «толерантность» (tolerance) означает устойчивость, выносливость, терпимость. В большом энциклопедическом словаре понятие «толерантность» раскрывается как терпимость по отношению к чужому мнению, поведению, верованиям и т.п. В настоящее время под фрустрационной толерантностью принято понимать степень эмоциональной устойчивости субъекта к фрустрирующим ситуациям. При низкой фрустрационной толерантности субъект, столкнувшись с непреодолимой ситуацией (или субъективно так понимаемой) или препятствием на пути к достижению поставленной цели, переживает состояние фрустрации. При этом человека переполняют негативные переживания, такие как: тревога, гнев, беспокойство, апатия и т.п.

Эти переживания, в свою очередь, также могут влиять на восприятие и оценку фruстрирующей ситуации. Ситуация может казаться еще более непреодолимой. Совершенно иначе проявляет себя субъект, имеющий высокую фruстрационную толерантность. Ситуации, препятствующие удовлетворению актуальных потребностей, не фruстрируют субъекта, при этом переоценки ситуации не происходит, а напротив, адекватно воспринимая ситуацию, субъект активно стремиться найти пути выхода из нее.

Фruстрация в переводе с латинского (*frustratio*) означает обман, неудача, разрушение планов. В широком смысле это слово применяется для обозначения психического состояния, которое возникает при невозможности удовлетворения актуальных потребностей. В психологическом словаре фruстрация определяется как «психическое состояние переживания неудачи, возникающее при наличии реальных или мнимых непреодолимых препятствий на пути к определенной цели» [43, с.734].

В настоящее время под фruстрацией принято понимать психическое состояние человека, вызываемое непреодолимыми объективными (или субъективно так воспринимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели или разрешению задачи. Важно отметить, что часто фruстрацию путают с такими понятиями, как «стресс» и «депривация». Фruстрацию отличают две характеристики: во-первых, непосредственное социальное воздействие на личность; во-вторых, ее относительная непродолжительность. Обстоятельства, вызывающие фruстрацию, принято называть «фruстрационная ситуация» или «фruстрационное воздействие». Для возникновения фruстрирующей ситуации необходимо наличие актуальной значимой потребности и препятствие для ее удовлетворения. Организм, столкнувшийся с фruстрирующей ситуацией, испытывает стресс, дискомфорт, напряжение. Это состояние принято называть фruстрационной напряженностью. Фruстрационная напряженность бывает низкой, умеренной и высокой. В каждый конкретный момент фruстрационная напряженность

может меняться. В целом ее степень зависит от соотношения количества актуальных жизненно важных потребностей и совокупности фruстрационных воздействий. Фruстрационная напряженность играет решающую роль в обеспечении психической адаптации.

В отечественной психологии изучением фruстрации занимались Ф.Е. Василюк, К. Обуховский и А. Бомбарова, а также Б.И. Хасан, Л.И. Ермолаева, Н.Д. Левитов и др.

В зарубежной психологии разработкой теорий фruстрации занимались Н.К. Майер (концепция фruстрационной фиксации); К. Багнер, Т. Дембо, К. Йевин (теория фruстрационной агрессии); Дж. Доллард разрабатывали теорию фruстрационной репрессии. Однако наиболее оформленной теорией в настоящее время является эвристическая концепция фruстрации С. Розенцвейга.

Поскольку формат данной научной работы не позволяет более подробно остановиться на описании различных теорий, в следующем параграфе мы осветим лишь некоторые положения эвристической теории фruстрации С. Розенцвейга, которые легли в основу разработки диагностического инструментария для оценки фruстрационной толерантности.

### **1.3.2 Оценка фruстрационной толерантности**

В настоящее время самым распространенным средством диагностики фruстрационной толерантности является «*Тест фruстрационной толерантности С. Розенцвейга*», разработанная Розенцвейгом в 1945 году на основе его теории фruстрации. Другое название этой методики «*Тест рисуночных ассоциаций С. Розенцвейга*» (*The Picture Association Method, Rosenzweig Picture - Frustration Study* [56]).

Методика позволяет оценить степень адаптации испытуемого к своему социальному окружению и уровень фruстрационной толерантности, а также

особенности эмоционального реагирования на фрустрацию.

Фruстрирующие ситуации, которые вошли в тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга можно разделить на две основные группы: к первой группе относят ситуации, в которых подчеркивается наличие препятствия на пути к достижению поставленной цели или удовлетворению актуальных потребностей; во вторую группу вошли ситуации, в которых субъект подвергается обвинениям.

После проведения тестирования каждый из полученных ответов оценивается, согласно теории С. Розенцвейга, по двум критериям: по направлению реакции и по типу реакции. Направления реакции указывают на направленность агрессии. К ним относят:

- Экстрапунитивные реакции (агрессия направлена на кого-то или что-то извне. При этом может подчеркиваться степень фрустрирующей ситуации, в которой осуждаются внешние причины фрустрации, или же субъект может требовать от другого лица разрешить данную ситуацию).
- Интрапунитивные реакции (агрессия направлена субъектом на самого себя. При этом индивидуум может принять фрустрирующую ситуацию как благоприятную для себя или же чувствовать себя виноватым и либо брать на себя ответственность за исправление фрустрирующей ситуации, либо не брать).
- Импунитивные реакции (эти реакции характеризуются тем, что агрессии как таковой нет, а фрустрирующая ситуация расценивается как малозначащая. Также в реакциях может быть сделан акцент на отсутствие чьей-либо вины за фрустрирующую ситуацию или на то, что определенные обстоятельства или нормальный ход событий исправят ситуацию само собой).

Типы реакций указывают на доминирующее в ответе содержание. Различают три типа реакций:

- Тип реакции «с фиксацией на препятствии» (при этом в реакции подчеркивается в ответе испытуемого препятствие, вызвавшее

фрустрацию, всячески подчеркивается или интерпретируется, как благо, а не препятствие).

— Тип реакции «с фиксацией на самозащите» (главную роль в ответе испытуемого играет защита себя, своего «Я», и субъект или порицает кого-то, или признает свою вину, или же отмечает, что ответственность за фрустрацию никому не может быть приписана).

— Тип реакции «с фиксацией на удовлетворении потребности» (необходимо-упорствующий тип) (ответ направлен на разрешение проблемы; реакция принимает форму требования помощи от других лиц для *решения* ситуации; субъект сам берется за разрешение ситуации или же считает, что время и ход событий приведут к ее исправлению).

Оценить степень социальной адаптации к своему окружению можно, сравнив все реакций субъекта (по типу и направлению) с нормативными ответами, которые были получены при стандартизации теста.

Стимульный материал теста представляет собой 24 карточки с изображением ситуаций, вызывающих состояние фрустрации у персонажа. Предполагается, что ребенок или подросток идентифицирует себя с персонажем, попавшим во фрустрирующую ситуацию, и проецирует на него свои реакции. Процедура проведения тестирования заключается в следующем: испытуемому последовательно вручается серия рисунков и предлагается ответить за персонажа, попавшего во фрустрирующую ситуацию [42]

### **1.3.3 Исследования фрустриционной толерантности нормально развивающихся и депривированных детей**

Анализ различных исследований фрустриционной толерантности у детей [11,28,35] показывает, что у нормально развивающихся детей чаще всего встречается импунитивные направления реакции на фрустрацию с

фиксацией на удовлетворении потребности. Это свидетельствует о том, что чаще всего ситуация препятствия у них не вызывает напряжения или конфликта, подростки отрицают возникающие трудности или воспринимают фрустрирующую ситуацию как нечто, что может быть исправлено, стоит только подождать и подумать. Они стремятся преодолевать возникающие трудности на пути к удовлетворению потребностей и достижению поставленных целей наиболее рациональным способом. Тогда как депривированным детям больше свойственны экстрапунитивные направления реакций на фruстрацию с фиксацией на препятствии и реже на самозащите. Также у таких детей крайне редко проявляются реакции необходимо-упорствующего типа. Согласно теории С. Розенцвейга это означает, что депривированные дети и подростки в ситуациях фruстрации выбирают тип поведения, основанный на враждебности по отношению к окружающим, они склонны обвинять и упрекать окружающих в возникновении фрустрирующей ситуации. Они не предпринимают попыток найти выход из сложившейся ситуации, а напротив, требовательны к окружающим, которые, по их мнению, должны разрешить, устраниить ситуацию препятствия. Все это свидетельствует об очень низкой фruстрационной толерантности у депривированных детей по сравнению с их сверстниками, не росших в условиях депривации.

## **1.4 Особенности психической адаптации депривированных детей и подростков по данным отечественной и зарубежной литературы**

### **1.4.1 Феномен психической адаптации**

Адаптация в переводе с латинского означает приспособление (от лат. adapto – приспособляю). Термин “Адаптация” является центральным понятием в биологии, однако в настоящее время широко используется в построении теоретических концепций в психологии и педагогике. В настоящее время под адаптацией общепринято понимать процесс приспособления организма к меняющимся условиям окружающей среды для

сохранения динамического равновесия с целью сохранения внутреннего гомеостаза. Адаптационные процессы запускаются всякий раз, как только условия внешней среды изменились. Это необходимо для реализации оптимального функционирования целостного организма. Гомеостаз может нарушаться на различных уровнях функционирования организма, а именно: на биологическом, физиологическом психологическом и психическом уровнях. Эти уровни тесно взаимосвязаны между собой и обеспечивают комплексную адаптацию человека в среде. Важно отметить, что адаптационные процессы на различных уровнях могут осуществляться не одновременно. Из всей системы функционирования, самое важное значение имеет психический уровень, на котором происходит психическая адаптация. Именно она во многом влияет и определяет адаптационные процессы, протекающие на более ранних уровнях. В самом общем значении психическая адаптация означает процесс приспособления функционирования психики к требованиям окружающей среды.

Психическая сфера интегрирует и регулирует деятельность всех систем организма. Благодаря чему становится возможным удовлетворение различных потребностей организма, реализация себя и своих возможностей.

#### **1.4.2 Процессы психической адаптации**

Процесс психической адаптации осуществляется многоуровневой сложно организованной системой, в которой все соотношения психической сферы взаимосвязаны, а регулирование всей системы осуществляется преимущественно психологическими и физиологическими механизмами. Об этом писали многие зарубежные и отечественные авторы. Однако каждый из них видел природу психической адаптации по-разному. Так, например, в отечественной психологии одним из широко распространенных подходов является системно-структурная концепция психической адаптации. Начиная с трудов Л.С. Выготского системно-структурная модель делает акцент на целостное понимание изучаемых объектов и фокусирует свое внимание на раскрытие механизмов их интеграции. Такой подход требует выделения

уровней в сложных системах. Этот подход объясняет качественные механизмы свойств целого (системы) и его частей (подсистем).

Один из представителей данного подхода является Александровский Ю.А. Он рассматривал психическую адаптацию, как результат работы саморегулирующейся многофункциональной системы, в которой множество подсистем. А именно: физиологическая, обеспечивающая регуляцию психического тонуса; когнитивная подсистема, необходимая для поиска или переработки воспринятой информации; а также программная подсистема, обеспечивающая самоконтроль и саморегуляцию. Эти подсистемы различным образом взаимодействуют между собой и взаимовлияют друг на друга. В результате этого происходит интеграция опыта и появление новых качеств, не присущих подсистемам по отдельности. Благодаря этим интегративным новообразованиям, организм не только может эффективно противостоять различным природным и социальным изменениям, но и целенаправленно влиять на них. Важной особенностью функциональной системы, обеспечивающей психическую адаптацию, от деятельности других самоуправляемых функциональных систем является то, что в этой системе работают механизмы сознательного саморегулирования. Под этим подразумевается, что человек, субъективно, через призму своих индивидуально-личностных особенностей, оценивает природные и социальные воздействия. Также, важно отметить, что решающую и направляющую роль в саморегулирующихся процессах адаптации играет интеллектуальная сфера человека. Таким образом, системном подходе психическую адаптацию понимают, как целостную многоуровневую иерархическую систему, состоящую из биологических, психологических и социальных уровней, взаимодействующих между собой и взаимовлияющих друг на друга. [2]

Б.Г. Ананьев, разработавший комплексный подход к человеку, предложил три уровня психической адаптации, а именно: биологический (психофизиологические характеристики индивида), индивидуально-

личностный (структура личности, мотивационно-потребностная сфера, самосознание) и личностно-средовой уровень (структурные характеристики личности как субъекта деятельности) [46].

Другие отечественные авторы предложили системную биopsихосоциальную модель изучения психической адаптации. Так, например, Ф. Б. Березин предлагает рассматривать психическую адаптацию, «как процесс оптимального соотношения личности и окружающей среды, в котором у человека появляется возможность оптимально раскрыть свой потенциал, удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели, без потери психического и физического здоровья, а также обеспечивает соответствие психической деятельности человека и его поведения требованиям окружающей среды. [5 с. 5].

Л.И. Вассерман и М.А. Беребин опираясь на идеи Ф.Б. Березина и создали трехкомпонентную модель психической адаптации. Первый компонент психической адаптации предполагает оптимальное соотношение между психическим и физиологическими процессами адаптации. Они назвали ее психофизиологической адаптацией; второй компонент включает систему, обеспечивающую сохранение психического гомеостаза и устойчивого целенаправленного поведения. Таким образом, назвав ее собственно психической адаптацией. и наконец, третий компонент психической адаптации предполагает систему адекватного взаимодействия с социальным окружением. и является результатом психофизиологического взаимодействия с собственно психическим. Они назвали ее социально-психологической адаптацией. [9]

Социально-психологическая адаптация осуществляется на уровне личности. Человек как личность – это не только носитель психических свойств и процессов, в совокупности представляющее из себя целостную устойчивую структуру, но субъект социальных отношений и сознательной деятельности. Уровень социально-психологической адаптации способствует формированию адекватных межличностных отношений, достижению

поставленных социально-значимых целей. Социально-психологическая адаптация – это процесс приспособления индивида к взаимодействию с обществом. она осуществляется на физиологическом, психологическом и социальном уровнях. основная задача (цель) социально-психологической адаптации это обеспечить эффективное взаимодействие человека с окружающей средой, где он сможет развить новые возможности удовлетворять свои актуальные потребности, при этом сохранив прежние.

Обобщая все вышесказанное, можно сделать вывод о том, что психическая адаптация человека может происходить на разных уровнях. Каждый из которых взаимозависимы друг от друга, в то же время все уровни имеют свою специфику функционирования и задействуют разные адаптационные ресурсы.

#### **1.4.3 Формы психической дезадаптации у депривированных детей**

Отсутствие возможностей удовлетворять жизненно-важные потребности в безопасности, принадлежности и любви, во взаимодействии с другими людьми отрицательно сказывается на состоянии организма. Все это приводит к развитию специфическим развитием личности, не всегда адаптированной в социуме.

Депривированные дети испытывают трудности в процессе школьного обучения в результате несоответствия психофизиологического и психосоциального статуса ребенка требованиям школы, что может привести к школьной дезадаптации; в процессе социального самоопределения в виде ограничения социальных контактов из-за сужения круга и обеднения содержания общения, что может привести к межличностной дезадаптации; в следствии отсутствия или искажения представлений о семье может привести к семейной дезадаптации; сниженный потенциал здоровья у этих детей может привести к патологическая дезадаптации; депривированным детям гораздо труднее соответствовать нормам и требованиям той системы

общественных отношений, в которую они включается по мере своего социального развития и становления, что может привести к социальной дезадаптации. [3]

## ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1 Описание выборки исследования

Для выявления особенностей межличностных отношений у депривированных детей с различной степенью психической адаптацией на базе ГБУ Социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних «Воспитательный дом» в г. Санкт-Петербург нами было обследовано 25 воспитанников центра в возрасте от 8 до 12 лет. Обследование детей контрольной группы проводилось на базе общеобразовательной школы №259 Адмиралтейского района г. Санкт-Петербурга. В контрольную группу вошли 26 детей, учащиеся 3-го, 4-го и 5-го классов. Всего в исследовании участвовал 51 человек. 25 человек из основной группы проживают в социально-реабилитационном центре, куда они были направлены органами опеки по причине неспособности родителей выполнять свои родительские обязанности в связи алкоголизацией или отказом от родительских обязанностей, а также по причине лишения родительских прав. Участники, представляющие контрольную группу, проживали в полной семье. В таблице 1 представлены половозрастные характеристики изучаемых групп.

## Половозрастные характеристики изучаемых групп

Группа	Пол	Количество (n)	Возраст (m)
Основная	Мальчики	14	$10,21 \pm 0,30$
	Девочки	11	$10,01 \pm 0,19$
Контрольная	Мальчики	15	$10,33 \pm 0,17$
	Девочки	11	$9,54 \pm 0,24$

## 2.2 Описание используемых методов исследования

Для изучения клинико-психологических характеристик использовались различные психодиагностические методы (экстенсивный и интенсивный) и методики.

Экстенсивные метод исследования:

1. *Анализ клинико-биографических данных*, представленных в личных делах социальной службе Реабилитационного центра.
2. *Анализ педагогических и школьных характеристик* детей и подростков.
3. *Направленное клинико-психологическое наблюдение за детьми и подростками в процессе их жизнедеятельности в условиях центра*. Беседы с воспитателями центра и наблюдение за детьми в процессе обследования. Перед проведением обследования с каждым ребенком проводились беседы и использовались рисуночные тесты с целью установления контакта и формирования позитивной установки на процесс обследования.

Для качественного анализа психологического состояния детей и подростков наше внимание было сфокусировано на наблюдении за взаимодействием детей и подростков с воспитателями и другими сотрудниками центра, со сверстниками. Кроме того, были проведены

неструктурированные беседы с педагогами.

Интенсивные методы исследования:

1. *Полуструктурированное интервью*. Беседа с участниками исследования проходила в отдельном помещении (кабинете психолога). Все участники были проинформированы о проводимом нами исследовании и давали устное согласие на обработку и дальнейшее использование материалов в научных целях. Клинико-психологическая беседа проводилась на первой индивидуальной встрече после заполнения диагностических методик. Каждая беседа длилась около 30 минут и включала обязательные вопросы, проясняющие обстоятельства поступления ребенка в реабилитационный центр, его отношение к ситуации пребывания в нем, а также его отношение к социальному окружению и семейной ситуации, обусловившей его пребывание на реабилитационной квартире. Полный список обязательных вопросов, задаваемых в беседе представлен в *Приложении 1*.

2. *Многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла (детский вариант) (CPQ)* Данний метод изучения личности был создан на основе 16-ти факторного личностного опросника Р. Кеттелла. Он предназначен для исследования структуры личности детей и подростков 8-12 лет. Имеет 12 шкал и две формы (для девочек и мальчиков (А и В)). Каждая форма имеет 120 вопросов. В нашем исследовании мы использовали вариант опросника, адаптированный Гильяшевой И.Н. [1]

Процедура тестирования с каждым обследуемым проводилась индивидуально.

3. *Тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга (детский вариант)*. Данний проективный метод изучения личности был создан Розенцвейгом в 1945 году на основе его теории фрустрации. Методика позволяет оценить степень адаптации испытуемого к своему социальному окружению и уровень фрустрационной толерантности,

характеризующийся стереотипами эмоционального реагирования в ситуациях, когда объективно (или субъективно так воспринимаемые) непреодолимые препятствия возникают на пути к удовлетворению потребности.

4. *На основании данных методики R.Cettella и по тесту фрустрационных реакций Р. Розенцвейга* Мы исследовали степень психической дезадаптации, которую измеряли по формуле, предложенной И.И. Мамайчук [27]. Итак, И.И. Мамайчук предложила следующую формулу для исследования уровня психической дезадаптации: ПД = (OD) + (M) + Q4/C, где ПД – психической адаптации; OD – показатель реакций с фиксацией на препятствии; M – показатель импультивного реагирования на конфликт; Q4 – показатель фрустрационной напряженности; С – показатель интеграции поведения. Чем выше итоговая оценка, тем выше показатель психической дезадаптации.

5. *Методика «фильм-тест» Рене-Жиля.* Для исследования сферы межличностных отношений ребенка и его восприятия внутрисемейных отношений мы использовали детскую проективную методику Рене-Жиля. Цель методики состоит в изучении социальной приспособленности ребенка к ближайшему окружению. Таким образом, методика позволяет получить информацию об отношении ребенка к семейному окружению, к другу/подруге, к авторитарному взрослому и т.п.

6. *Тест «Семейная социограмма»* был предложен Э.Г Эйдемиллером в 1999 году. Он относится к рисуночным проективным методикам, позволяет выявить положение субъекта в системе межличностных отношений и, кроме того, определить характер коммуникаций в семье – прямой или опосредованный. (в приложении) Для проведения обследования детям и подросткам выдавался бланк, на

котором нарисован круг диаметром 110 мм. Давалась следующая инструкция: «Перед Вами на листе изображен круг. Нарисуйте в нем самого себя, членов семьи в форме кружков и подпишите их имена». Оценка результатов тестирования проводится по следующим критериям: 1) число членов семьи, попавших в площадь круга; 2) величина кружков; 3) расположение кружков относительно друг друга. [48]

7. *Методика незаконченных предложений Сакса (Sacks sentence completion test, SSCT)*. Тест незаконченных предложений Сакса был разработан Джозефом М. Саксом в 1950 г. и является проективной методикой. В нашем исследовании для детей предлагался вариант, содержащий 40 вопросов, в котором нами проверялись 4 блока: отношение к семье, к родителям, к учителям и сверстникам, а также отношение к перспективе.

### **2.3 Математико-статистические методы обработки данных**

Для создания таблиц описательных статистик, обработки данных по всем методикам использовались статистические пакеты IBM SPSS Statistics 21 и STATISTICA 8.0, установленные на компьютерах факультета психологии СПбГУ.

Итак, для исследования особенностей межличностных отношений в семье у депривированных детей и подростков с различной степенью психической адаптации мы использовали следующие математико-статистический методы: параметрический t-критерий Стьюдента для независимых выборок; непараметрический критерий U-Манна-Уитни, также применяемый для независимых выборок; критерий Колмогорова-Смирнова для проверки соответствия данного распределения параметров нормальному; коэффициент корреляции r-Пирсона и коэффициент ранговой корреляции r-Спирмана для анализа взаимосвязей. Также нами использовался факторный анализ по методу наибольшего правдоподобия с варимакс-вращением. Кроме того, для оценки влияния уровня психологической адаптации на изучаемые

параметры нами использовался многомерный дисперсионный анализ, но, поскольку критерий М-Бокса показал статистически достоверный уровень значимости, мы использовали также критерий Н-Краскалла-Уоллеса.

Для сравнительного анализа экспериментальной и контрольной выборок мы применяли параметрический t-критерий Стьюдента для независимых выборок и его непараметрический аналог – критерий U-Манна-Уитни, в случае если проверка однородности дисперсий показывала статистически достоверный результат [29].

## ГЛАВА 3 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

### 3.1 Анализ полуструктурированного интервью и клинико-биографических данных детей из основной группы.

Анализ клинико-биографических данных показал, что у подавляющего большинства обследуемых из основной группы отсутствовал 1 родитель что составило 80% всей выборки (20 человек): У троих из них (15%) - родители погибли; У восьмерых обследуемых (40%) родители находились в разводе; у девятерых обследуемых (45%) родители, страдающие алкоголизмом и не проживающие в семье.

(28%) обследуемых из всей выборки (7 человек) поступили в повторно; (25%) поступили впервые, однако ранее (с 5 до 7 лет) непродолжительное время проживали в интернате (3 человек). Поступили в центр по собственному обращению родителей (28%) обследуемых (7 человек); Остальные были направлены по ходатайству органов опеки.

8% обследуемых наблюдались у психиатра; и у 56 % детей в анамнезе отмечались заболевания психосоматического характера (ночной энурез, язва желудка и энкопрез без органической патологии).

16% обследуемых (4 детей) сообщили, что не хотят ехать домой «хочу отдохнуть, устал от скандалов», «...не хочу, потому что я ненавижу свою маму».

8% обследуемых (2 детей) ответили, что их привела бабушка, в связи с госпитализацией родителей (что соответствовало действительности); 20% обследуемых (5 детей) сообщили, что не помнят обстоятельства своего поступления. Это проявлялось, в таких ответах как, «Я не помню, наверное, давно», «приехала машина и мама сказала одеваться, так я попал сюда» и т. п. 16% обследуемых (4 человека) не поддерживали контакт с семьей, их не навещали родственники.

На вопрос «Как тебе живется в «воспитательном доме?» 72% обследуемых сообщили, что им не нравиться находиться в реабилитационном

центре. 12% обследуемых ответили, неоднозначно, это проявлялось в таких ответах как «хорошо, но очень хочется домой к друзьям...», «Мне все нравиться, но здесь много контролируют».

На вопрос «Тебе нравиться учиться в школе?» 56% обследуемых (14 детей) ответили отрицательно. Это проявлялось в таких ответах как «мне все не нравиться в этой школе», «моя школа была лучше» (попадая в центр воспитанников переводили в школу, к которой был прикреплен «Воспитательный Дом»). 20% обследуемых затруднились ответить; Остальные 24 % обследуемых (6 детей) ответили, что им ходить в школу.

На вопрос «Что изменилось в твоей жизни, после того, как ты приехал сюда?» 12% обследуемых (3 детей) ответили, что потеряли школьных друзей; 4 % обследуемых (1 ребенок) ответил, что потерял маму; 20 % обследуемых (5 детей) сообщили что научились делать новому мастерству, что проявлялось в таких ответах как «я сам теперь умею делать кораблик из дерева» 28 % обследуемых ответили, что ничего не изменилось и 8% обследуемых (2 детей) затруднились ответить.

На вопрос «Как ты думаешь, что должно произойти, чтобы ты смог вернуться домой?» 36% испытуемых ответили, что должны научиться хорошо себя вести и получать хорошие оценки; 56% обследуемых ответили, что мама/папа или бабушка должны устроиться на работу / перестать пить / дома должны прекратиться скандалы; остальные 8% затруднились ответить.

Таким образом, обобщая эти данные, можно сказать, что все дети из основной группы, росли в социально-неблагоприятных депривационных условиях, где не было возможности удовлетворения базовых потребностей ребенка, у подавляющего большинства детей нарушена мотивация к обучению и им не нравиться находиться в изоляции от своего привычного окружения, что характеризует их как депривированных детей.

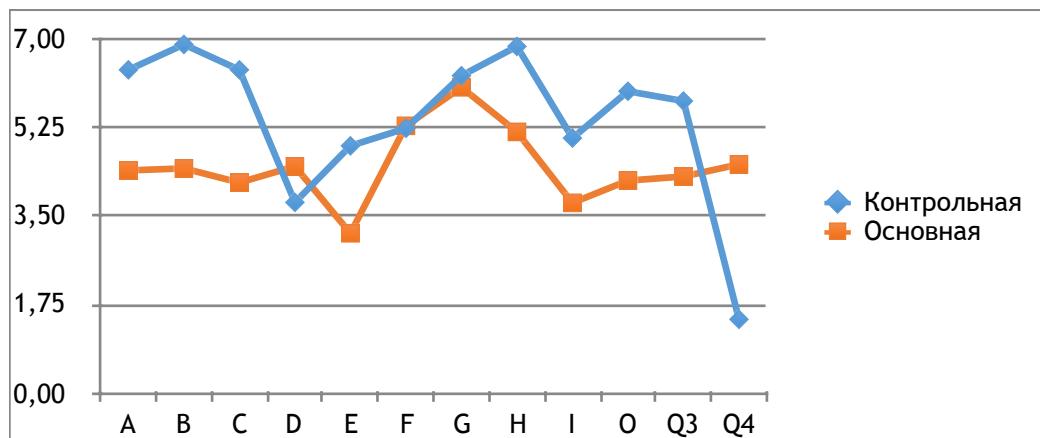
### **3.2 Результаты исследования структуры личности по опроснику**

#### **Р.Кетелла**

Анализ группового профиля детей контрольной группы продемонстрировал высокие показатели по факторам В ( $p<0.001$ ), С ( $p<0.001$ ), Е ( $p = 0.001$ ), Н ( $p = 0.001$ ), И ( $p = 0.015$ ), О ( $p = 0.005$ ), Q3 ( $p = 0.006$ ). Что означает, общительность, эмоциональную устойчивость, жизнерадостность, мягкосердечность, смелость и самоконтроль.

Анализ группового профиля детей из основной группы продемонстрировал статистически достоверно высокие показатели по фактору Q4 ( $p<0.001$ ), а также достоверное снижение по фактору С ( $p<0.001$ ), что указывает на эмоциональную неустойчивость, повышенную раздражительность и высокий уровень тревожности у депривированных детей. Усредненные параметры по факторам А и В отражают негативный коммуникативный потенциал и снижение динамики интеллектуальной деятельности у депривированных детей. Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 1.

*Рис. 1. Результаты сравнительного анализа группового профиля*



Таким образом, полученные результаты мы можем интерпретировать следующим образом:

Дети из контрольной группы более общительны, и при этом у них наблюдается высокая динамика интеллектуальной деятельности. А также они

более социально адаптированы, уверены в себе, склонны к самоутверждению, социально смелы и чувствительны, организованы и умеют контролировать себя.

Структура личности депривированных детей отличаются дисгармоничностью, эмоциональной неустойчивостью, повышенной раздражительностью, тревожностью, и низким самоконтролем поведения и высокой фрустриационной напряженностью. Полученные данные совпадают с предыдущими исследованиями авторов [27, 28]

### **3.3 Результаты исследования фрустриационной толерантности по методике С. Розенцвейга**

В результате исследования мы обнаружили, что наши выборки статистически достоверно различаются по следующим параметрам: параметр I статистически достоверно в контрольной группе ( $p<0.001$ ), OD – в основной ( $p = 0.048$ ), NP – в контрольной ( $p<0.001$ )

Полученные результаты мы можем интерпретировать следующим образом. Для контрольной группы в большей степени характерны интрапунитивные реакции на фрустрацию (I) с фиксацией на самозащите (ED), это указывает, на их способность брать на себя ответственность за разрешение фрустрирующей ситуации.

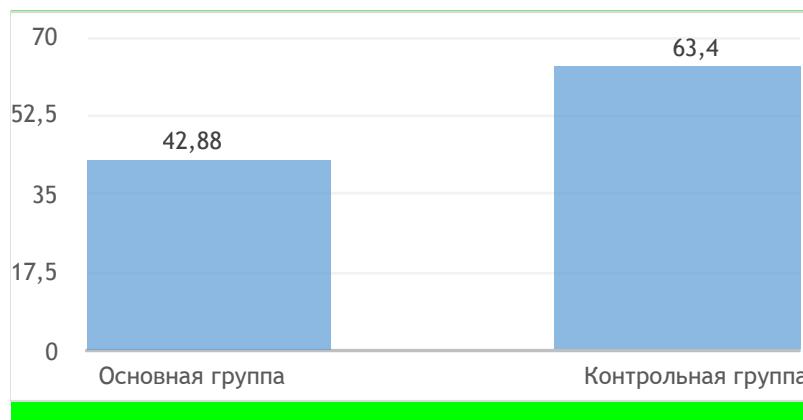
В группе депривированных детей наблюдаются экстрапунитивные реакции на фрустрацию (E) с доминированием фиксации на самозащите (ED). В ситуациях препятствия у них преобладают эго-защитные и внешне-обвинительные реакции, что указывает на недостаточную устойчивость к фрустрации. Также у детей из основной группы достоверно выше показатель фиксации на препятствии (OD) и наблюдается импунитивная направленность реакций, которая отражает склонность ребенка к эмоциональному замыканию, отчуждению, ухода в себя с целью ослабления аффективных переживаний. Все это указывает на снижение фрустриационной толерантности

у детей из основной группы, в отличие от контрольной группы. Низкий показатель интрапунитивных (I) реакций у депривированных детей свидетельствует об отсутствии у них способности к самокритике, они склонны неадекватно оценивать свои поступки. Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 2

*Рис. 2. Направления и типы фрустрационных реакций*

Также выявлено, что у детей из основной группы достоверное снижение уровня социальной адаптации (GCR) ( $p<0.001$ ), в отличие от детей из контрольной группы ( $p<0.001$ ). Дети оценивали обстоятельства как угрозу. Дети из контрольной группы по отношению к своим сверстникам из основной группы более социально адаптированы. Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 3.

*Рис. 3 Степень социальной адаптации детей основной и контрольной групп.*



Полученные данные совпадают с предыдущими исследованиями авторов [11,27,28].

### **3.4 Результаты исследования уровня психической адаптации**

На основании данных, полученных в результате проведенного исследования детей и подростков по методу С. Розенцвейга и Р. Кеттелла, мы вывели коэффициент ПД (уровень психической адаптации) для каждой группы. Показатель психической адаптации мы определяли по формуле предложенный Мамайчук И.И. (1995):  $\text{ПД} = (OD) + (M) + Q4/C$ , где: ПД – показатель психической адаптации;  $OD$  – показатель реакций с фиксацией на препятствии;  $M$  – показатель импунистивного реагирования на конфликт;  $Q4$  – показатель фрустрационной напряженности;  $C$  – показатель интеграции поведения.

Нормальный уровень адаптации – 0-3 балла; неустойчивая адаптация – 3-7 балла; а стойкое нарушение адаптации – свыше 7 баллов.

Показатели психической степени дезадаптации (ПД) детей исследуемых групп представлены в таблице 2.

#### **Показатели степени психической дезадаптации (ПД) в изучаемых группах**

*Таблица 2*

<b>Группа</b>	<b>Нормальная адаптация %</b>	<b>Неустойчивая адаптация %</b>	<b>Стойкое нарушение адаптации %</b>	<b>Средний показатель ПД (M)</b>
Контрольная (N=26)	88	12%	0%	2,44±0,68
Основная (N=26)	12%	56%	32%	7,53±6,00

В результате исследования мы обнаружили статистически достоверное повышение уровня психической дезадаптации у детей из основной группы по отношению к контрольной группе. ( $p<0.001$ ).

Также в контрольной группе 12% детей имели неустойчивую адаптацию, что свидетельствует о недостаточной сформированности у них эмоционально-волевой сферы. У детей из основной группы – выражена дезадаптация их личности ( $\text{ПД}=7,53\pm6,00$ ), это означает, что структура личности этих детей и подростков менее интегрирована, они хуже дифференцируют свои эмоции в сравнении с детьми из контрольной группы. Уровни психической адаптации детей исследуемых групп представлены на рисунке 3.

*Рис. 3 Диаграмма «средние показатели степени психической дезадаптации в изучаемых группах»*



### **3.5 Исследование взаимосвязи показателей психической дезадаптации с личностными особенностями**

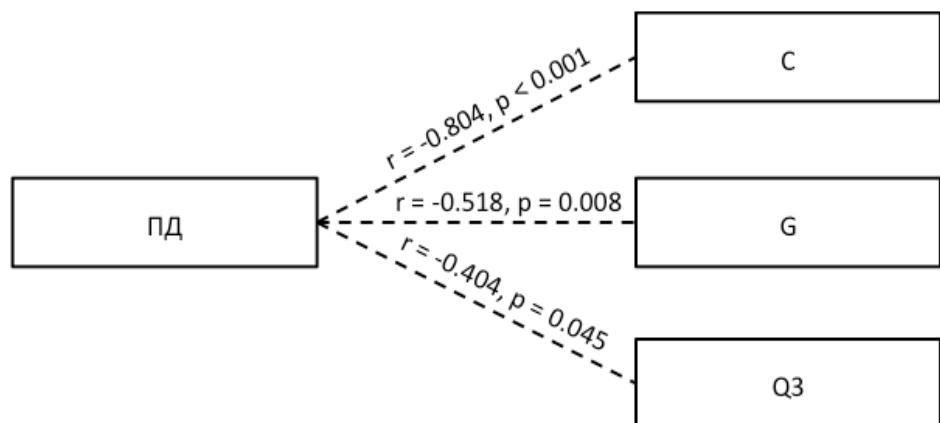
С помощью корреляционного анализа мы исследовали взаимосвязь показателей психической дезадаптации с личностными особенностями обследованных детей и подростков в основной и контрольной группах.

Предварительно мы использовали непараметрический критерий Колмогорова-Смирнова для оценки нормальности распределения изучаемых переменных. В контрольной группе все показатели оказались распределены нормально, поэтому мы применяли параметрический коэффициент корреляции  $r$ -Пирсона. При этом в основной группе распределение

параметров С ( $p = 0.006$ ) и G ( $p = 0.046$ ) оказались статистически достоверно отличными от нормального, что привело нас к необходимости использовать коэффициент ранговой корреляции r-Спирмана. Для основной группы в большей степени характерна фиксация на препятствиях, они более тревожны, а также, в целом, хуже психологически адаптированы. Эти результаты наглядно отражаются на рисунках 1-3.

Мы обнаружили, что в контрольной группе показатель психологической дезадаптации статистически достоверно отрицательно связан с такими личностными параметрами как уверенность в себе (C) ( $p<0.001$ ), ответственность (G) ( $p=0.008$ ) и самоконтроль (Q3) ( $p=0.045$ ). Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 4.

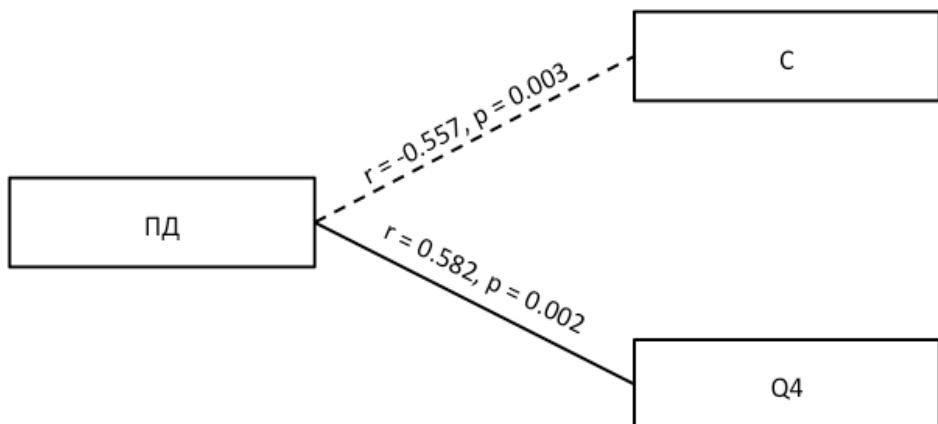
*Рис. 4 Результаты корреляционного анализа личностных особенностей и уровня психической адаптации в контрольной группе*



Это указывает на то, что в норме уверенность в себе, ответственность и самоконтроль у детей и подростков способствуют большей психической адаптации.

В основной группе уровень психической дезадаптации оказался статистически достоверно отрицательно связан с уверенностью в себе ( $p=0.003$ ), а статистически достоверно положительно с уровнем нервного напряжения ( $p = 0.002$ ). Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 5.

*Рис. 5. Результаты корреляционного анализа личностных особенностей и уровня психической адаптации в контрольной группе*



Это указывает на то, что в случае основной группы большей психической адаптации способствует уверенность в себе, тогда как уровень тревоги способствует дезадаптации.

Для сравнения значений параметров и личностных факторов в зависимости от степени психической дезадаптации, мы использовали многомерный дисперсионный анализ и критерий Н-Краскала-Уоллеса.

В результате были обнаружены следующие статистически достоверные различия: Факторы А ( $p<0.001$ ), В ( $p = 0.009$ ) Н ( $p<0.001$ ) и Q3 ( $p=0.002$ ) наибольшее значение имеют у детей и подростков с нормальной

адаптацией, и наименьшее – у обследованных со стойким нарушением адаптации.

Полученные результаты, мы можем проинтерпретировать следующим образом. Эмоциональная холодность, недостаточная сформированность интеллектуальных функций, повышенная чувствительность к угрозе и низкий самоконтроль – способствуют большей психической дезадаптации. Полученные результаты представлены в таблице 1 (*приложение 2*).

### **3.6 Результаты корреляционного анализа реакций на фрустрацию и степени психической дезадаптации в основной группе.**

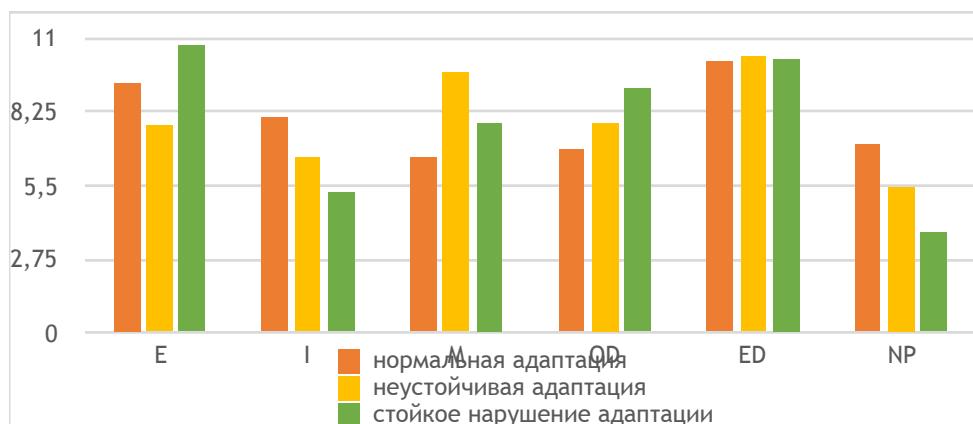
Для сравнения значений параметров реакций на фрустрацию и степени психической адаптации, мы использовали многомерный дисперсионный анализ и критерий Н-Краскала-Уоллеса.

В результате были обнаружены следующие статистически достоверные различия: Интрапунитивная направленность реакций (I) наибольшее значение у обследуемых с нормальным уровнем адаптации, наименьшее у обследуемых со стойким нарушением адаптации ( $p=0.035$ ), Импунитивная направленность реакций (M) наибольшее значение имеет у обследуемых с неустойчивой адаптацией, наименьшее – у обследуемых со стойким нарушением адаптации ( $p=0.007$ ), необходимо-упорствующий тип реакций (NP) наибольшее значение имеет у обследуемых с нормальной психической адаптацией, наименьшее – у обследуемых со стойким нарушением адаптации ( $p=0.003$ ), коэффициент социальной приспособленности (GCR) наибольшее значение имеет у обследуемых с нормальной психической адаптацией и наименьшее – у обследуемых со стойким нарушением адаптации ( $p<0.001$ ),

Эти результаты показывают, что интрапунитивные реакции больше характерны для обследуемых с нормальным уровнем адаптации, ситуация препятствия не вызывает у них напряжения или конфликта, дети используют

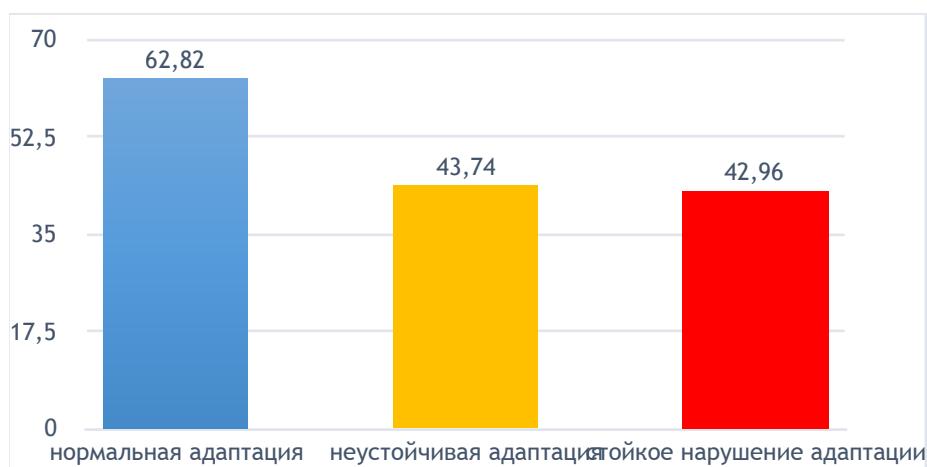
упорствующие реакции, что подчеркивает их способность адекватно реагировать на фрустрацию и самостоятельно разрешить возникшую проблему. Для обследуемых с неустойчивым уровнем адаптации характерны импульсивные реакции на фрустрацию. Это означает, что в ситуации препятствия они склонны к эмоциональному замыканию и уходу в себя. Для обследуемых со стойким нарушением психической адаптации больше свойственно обвинять окружающих во фрустрирующей ситуации. Они чаще склонны фиксироваться на препятствии и не проявляют потребности в поиске решений в сложившейся ситуации. Наглядно, полученные результаты представлены на рисунке 6 и 7.

*Рис. 6 Результаты корреляционного анализа реакций на фрустрацию и уровня психической адаптации в основной группе*



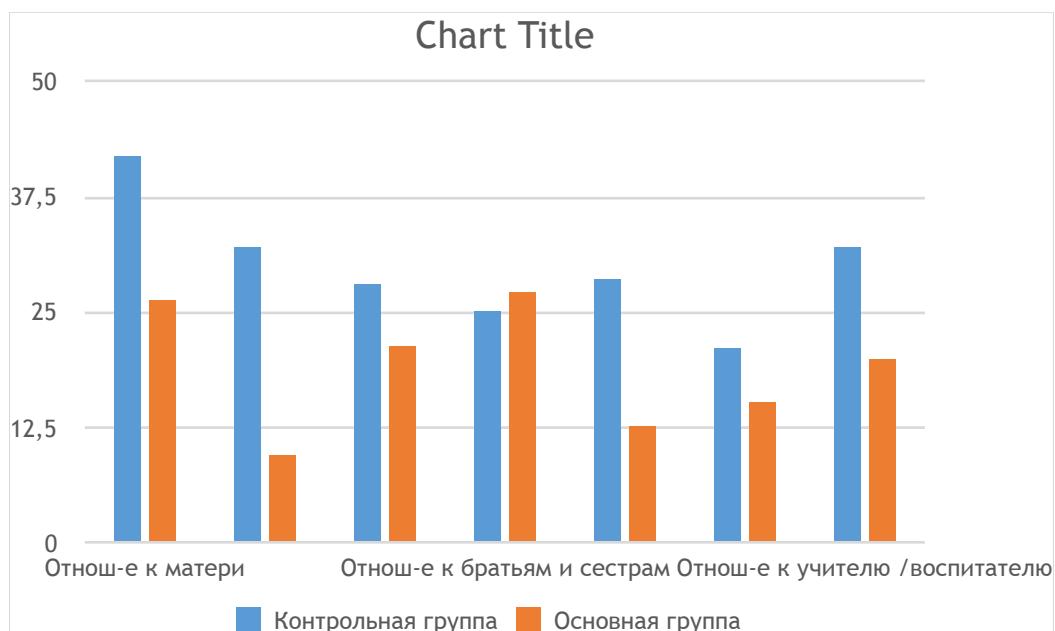
*Рис.7*

*Показатель социальной адаптации в зависимости от уровня психической адаптации*



### 3.7 Результаты исследования межличностных и внутрисемейных отношений по методике Рене-Жиля

*Рис. 8. Результаты сравнительного анализа межличностных и внутрисемейных отношений*



Как видно из рисунка 8. У детей в контрольной группе внутрисемейные роли распределены равномерно.

У депривированных детей показатели отношений ко всем родственникам ниже, чем у обследованных из контрольной группы, а внутрисемейные роли распределены не равномерно. Что свидетельствует о недостаточности близких эмоциональных связей с ними. Отношения к учителям и отношения к другу у депривированных детей также ниже, чем у детей и подростков из контрольной группы. Что свидетельствует о низком сниженной динамике социального взаимодействия у депривированных детей по сравнению с их сверстниками из контрольной группы.

Результаты исследования конкретно-личностных черт у детей контрольной и основной групп, получены следующие результаты: Дети из контрольной группы имели высокие показатели по шкалам

любознательности, доминантности и общительности, и очень низкий показатель по шкале отгороженность.

Напротив, дети из основной группы имели низкие показатели по шкалам любознательности, доминантности и общительности, тогда как по шкале отгороженность имели выше показатели, чем у детей из контрольной группы. Эти результаты мы можем проинтерпретировать следующим образом: Дети из контрольной группы отличаются высоким уровнем любознательности, более независимы, смелы, и чаще стремятся к лидерству, а также они чаще стремятся к социальному взаимодействию, тогда как депривированные дети, более насторожены в отношениях с окружающими. Сниженный коммуникативный потенциал, уступчивость, низкая любознательность характеризует их как не очень «популярных» в социальном взаимодействии, что может объяснять их стремление к уединению и отгороженности от людей. Наглядно, полученные результаты представлены на рисунке 9.

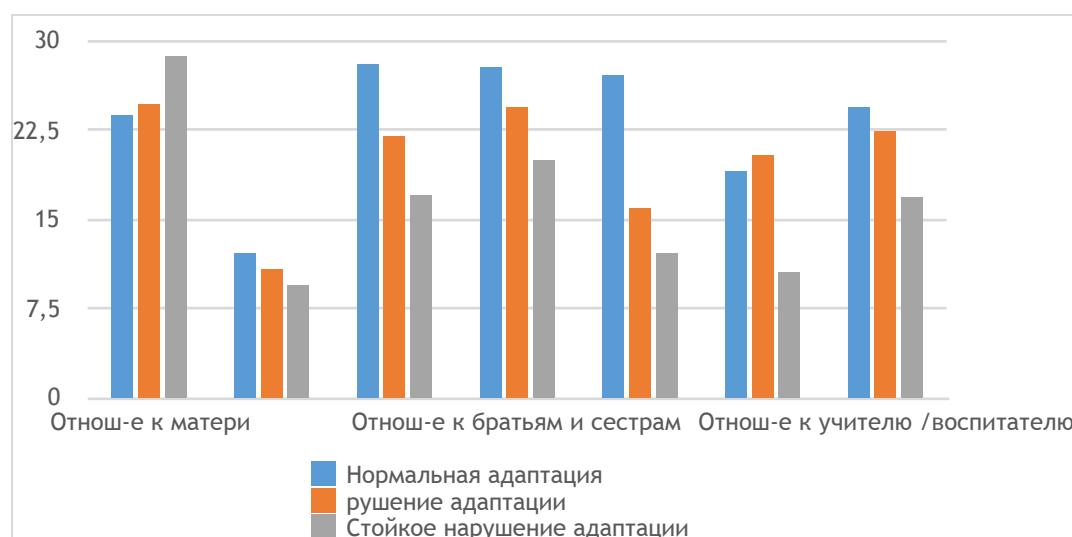
*Рис. 9. Результаты сравнительного анализа межличностных и внутрисемейных отношений*



### **3.8 Результаты сравнительного анализа межличностных и внутрисемейных отношений и степени психической дезадаптации**

Результаты исследования показали, что дети с нормальной адаптацией имеют высокие показатели по всем сферам межличностных отношений. У детей с неустойчивой адаптацией эти показатели ниже, а у детей со стойким нарушением адаптации очень высокий показатель отношения к матери на фоне низких показателей во всех остальных отношениях. Это может свидетельствовать о их сильном желании быть рядом с мамой. Они наиболее остро ощущают потребность в материнской заботе и не пытаются компенсировать потребность в эмоциональной близости в других сферах отношений. Тогда, как у детей с неустойчивой адаптацией также обнаружен высокий показатель в отношениях с мамой, однако они находят необходимую эмоциональную близость в отношениях с учителями, бабушками и с сиблингами. Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 10.

*Рис. 10 Результаты сравнительного анализа межличностных и внутрисемейных отношений и степени психической дезадаптации*



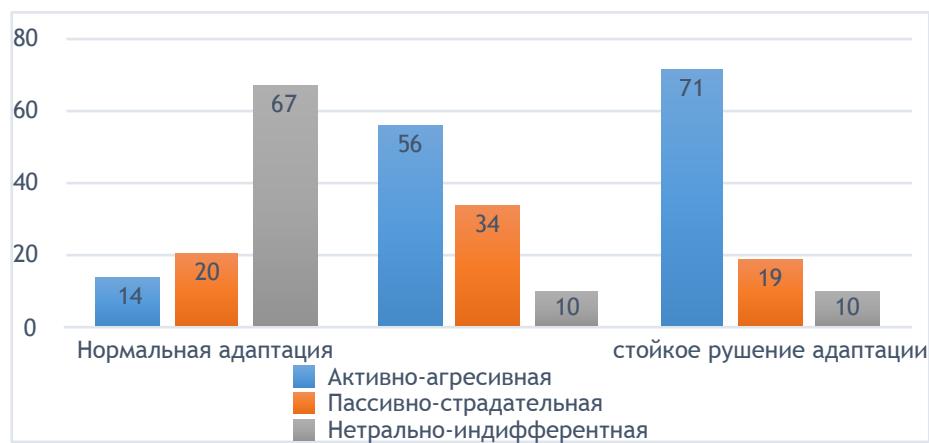
По шкале 12 «Реакция на фruстрацию» получены следующие результаты у детей с нормальным уровнем адаптации наблюдались нейтрально-индифферентная реакция у 67 %, детей, активно-агgressivная

реакция у 14% обследуемых и у 20% обследуемых – реагировали на фрустрацию пассивно -способом

У Детей с неустойчивой адаптацией – агрессивная реакция на фрустрацию, 56 %, пассивно страдательная 34% нейтрально-индифферентная - 10 %

У детей со стойким нарушением адаптации преобладала активно-агрессивная реакция на фрустрацию 71% Пассивно-агрессивная 19 % и нейтрально-индифферентная в 10 %. Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 11.

*Рис. 11 Реакция на фрустрацию в зависимости от уровня психической адаптации*



Таким образом, можно сделать вывод, что детям с неустойчивой адаптацией и детям со стойким нарушением психической адаптации, больше свойственно не сдерживать свои импульсы, при столкновении с фрустрирующей ситуацией. Это проявлялось в таких ответах как «Я уйду

гулять без спросу или выпрыгну из окна». Детям с неустойчивой адаптацией также свойственно регрессировать при столкновении с фрустрирующей ситуацией. Это проявлялось в таких ответах как «начну плакать», «надуюсь» и т.п.

Нейтрально-индифферентная реакция для детей с нормальной адаптацией. Это может говорить о том, что ребенок овладел соответствующими нормами поведения, умеет сдерживать нежелательные эмоциональные реакции, что в свою очередь свидетельствует о его социальной адаптированности.

### **3.9 Результаты исследования по методике «Социограмма семьи»**

При анализе социограмм получены следующие результаты:

*Диаметр кружков:* 68% обследуемых из основной группы изобразили себя в виде кружка размера самого маленького по диаметру (17 человек). Из них 47% (8 человек) на бланке «Моя идеальная семья» изобразили свой кружек одинаковым по диаметру с другими членами семьи. Что свидетельствует о заниженной самооценке и желании быть более значимым в глазах своих членов семьи и себя. 5 человек (20 % из общего числа выборки) как на бланке «Моя семья сейчас», так и на бланке «Моя идеальная семья» нарисовали себя в виде кружка, по диаметру больше остальных. Это нам говорит о неадекватной завышенной самооценке. Также это может свидетельствовать о гиперкомпенсации. 3 обследуемых (12 % из общего числа выборки) нарисовали себя в виде кружка одинаковым диаметром с остальными членами семьи на двух бланках. В контрольной группе только 11% (3 обследуемых) изобразили себя диаметром меньшим по размеру относительно других членов семьи. И один обследуемый нарисовал себя диаметром больше остальных кружков.

*По числу членов семьи:* 60% обследуемых из основной группы (15 детей) изобразили всех членов своей семьи на бланке «Моя семья сейчас» из них 26% обследуемых (4 детей) на бланке «Моя идеальная семья» изобразили только родителей и себя, исключив родственников, не проживающих с ними в

одном доме; 20% из них (3 детей) на бланке «Моя идеальная семья» добавили друзей; и 26% обследуемых (4 детей) добавили животных. (кошек, собачек); 28% обследуемых (7 детей) не включили одного из родителей. Из них 2-е на бланке «Моя идеальная семья» не нарисовали родителей вообще. 3-е испытуемых, как на бланке «Моя семья сейчас», так и на бланке «Моя идеальная семья» изобразили одинаковое количество членов семьи. В контрольной группе почти все обследуемые на бланке «Моя семья сейчас» и на бланке «Моя идеальная семья», изобразили всех членов семьи.

*Расположение кружков относительно друг друга:* 3-е обследуемых (12%) из основной группы изобразили себя вне круга, 4 человека (16%) изобразили себя в центре и 8 человек (32%) изобразили себя внизу от остальных членов семьи. У остальных обследуемых кружки были распределены равномерно. В контрольной группе практически у всех обследуемых наблюдалось равномерное расположение кружков относительно друг друга, кроме двоих, которые расположили себя в центре.

*Дистанция между кружками:* И в основной и в контрольной группе у троих обследуемых наблюдалось слияние кружков всех членов семьи. В основной группе у 6 обследуемых (24%) наблюдалась большая дистанция между братьями/сестрами, а также 16% обследуемых (4 детей) из основной группы изобразили родителей с большой дистанцией между ними. Маленькая дистанция между кружком обследуемых и изображением бабушки/дедушки наблюдалась у 9 (36%) обследуемых. У детей и подростков из контрольной группы дистанция была распределена равномерно между всеми членами семьи.

Полученные результаты мы можем проинтерпретировать следующим образом: У депривированных детей отмечается низкая самооценка, характеризующаяся переживанием своей малоценностю или неадекватно завышенная, что также свидетельствует о гиперкомпенсации. Они чаще всего переживают эмоциональное отвержение со стороны родителей, а взаимоотношения с членами семьи носят опосредованный характер. Высокий

процент изображения домашних животных на социограммах депривированных детей и подростков обусловлена потребностью компенсировать недостаточный уровень эмоционального тепла со стороны семьи.

Также мы сравнили результаты по депривированных детей в зависимости от уровня психической адаптации. Обнаружилось, что дети со стойким нарушением психической адаптации преимущественно изображали себя кружком, диаметра больше остальных (62%), а дети с неустойчивой адаптацией изобразили себя в виде кружка диаметром меньшим по размеру, относительно других членов семьи, изображенных на листе (56%). А также, 37% из обследуемых со стойким нарушением адаптации изобразили себя в центре. И 25% (2 детей) – вне круга, тогда как в группе детей с неустойчивой адаптацией, только 1 обследуемый изобразил себя вне круга.

Полученные результаты мы можем проинтерпретировать следующим образом: Детям с неустойчивой психической адаптацией больше свойственна низкая самооценка, переживание эмоциональной отверженности со стороны семьи. Детям со стойким нарушением адаптации характерен эгоцентризм и неадекватно завышенная самооценка.

### **3.10 Анализ результатов незаконченных предложений в основной и контрольной группе по методике Сакса и Леви.**

По результатам количественного анализа незаконченных предложений получены следующие результаты:

*Отношение к семье в целом.* У детей и подростков из основной группы наблюдалось отрицательное отношение к семье в целом у 57% обследуемых от общего числа депривированных детей и подростков. Оно проявлялось в таких ответах как «Моя семья на фоне других кажется мне сложной», «... странной» и т.п. В контрольной группе у всех детей отношение к семье

отчетливо положительное и проявлялось в таких высказываниях как «Моя семья на фоне других кажется мне хорошей»

*Отношение к матери.* Отрицательное отношение к матери у 66% обследуемых из основной группы. Что проявлялось в таких высказываниях как «Моя мама и я – враги», «Моя мама и я не понимаем друг друга» и т.п. В контрольной группе абсолютно у всех детей обнаруживалось положительное отношение к маме.

*Отношение к отцу* отмечается преобладание отрицательного отношения к отцу у 82 %. Что проявлялось в таких ответах, как «я думаю, что мой отец алкаш», «...плохой человек».

*Отношение к учителям.* Отрицательное отношение к учителям наблюдалось у 54%

*Отношение к себе.* Отрицательное отношение к себе у обследуемых из основной группы составил 72 %. Что проявлялось в таких ответах как «Я считаю себя тупым», «...ленивым» и т.п.

*Отношение к сверстникам.* Как в основной группе, так и в контрольной преобладали ответы, выражющие положительное отношение к сверстникам, однако в отличие от контрольной группы. Было выявлено отрицательное отношение к сверстникам у 27 % детей и подростков.

*Отношение к учителям.* У детей из контрольной группы наблюдалась положительные ответы такие, например, «Я думаю, что мои учителя добрые», тогда, как в группе депривированных детей и подростков наблюдалось отрицательное отношение к учителям 45% из общего числа обследуемых основной группы. Таким образом, мы можем сделать вывод, что у депривированных детей и подростков наблюдаются Отрицательное отношение к членам своей семьи и ближайшему окружению.

### **3. 11 Содержательный анализ незаконченных предложений детей из основной группы.**

*Отношение к семье в целом.* У детей с неустойчивой адаптацией отрицательное отношение к семье преимущественно носило косвенный характер, наблюдался уход от осознания наличия проблем в семейных взаимоотношениях, это проявлялось в таких ответах, например, «моя мама и я гуляем» «в семье ко мне относятся как к сыну». Также, при качественной обработке результатов у детей и подростков с неустойчивой адаптацией наблюдались идеализация отношений к семье, к отцу, и к учителям. Это проявлялось в таких ответах как «Моя семья на фоне других кажется мне лучше всех», «моя мама и я очень любим друг друга», «Я думаю, что мой отец никогда обо мне не забывает» это объясняется тем, что у этих детей и подростков был выражен страх потерять семью, страхом попасть в детский дом. Это проявлялось таких ответах, например, «Я больше всего боюсь оказаться в детском доме»; «Я был бы так счастлив, если бы меня забрали домой». «Я бы никогда не хотела, чтобы моих родителей не стало». «Я была бы так счастлива, если бы была рядом с мамой и папой»

У детей со стойким нарушением психической отношение к семье чаще носило явно отрицательный характер, это проявлялось в таких ответах, как «Моя семья на фоне других кажется мне странной»,

*Отношение к себе.* У детей с неустойчивой адаптацией выражена тенденция к низкой самооценки. Это проявлялось в таких предложениях как «я считаю себя глупым», «... уродливой»,

У 73 % детей со стойким нарушением дезадаптации наблюдалась завышенная самооценка, это проявлялось в таких ответах как «я считаю себя гением», «многие мои друзья не знают, что я такой крутой» и т.п.

Также, в содержании предложений у этих детей было более агрессивным, что проявлялось как во внешней агрессии, так и аутоагressии, об этом свидетельствовало следующее содержание ответов: «я точно знаю, что мне хватит способностей, чтобы убить или задушить человека»; «Когда я стану взрослой, то никогда не буду убивать», «Я никогда бы не покончил жизнь самоубийством» и.т.д; угрозы «С родителями я стараюсь не спорить» –

«Спорить для меня опасно»; Дети со стойким нарушением психической адаптации *потребностная сфера* характеризовалась преобладанием материальных благ. Это проявлялось в таких предложениях как «Мое настроение улучшается, как только для меня что-нибудь купят», «Я был бы так счастлив, если бы мне купили ноутбук» «Я больше всего хочу каждый день получать подарки» и т.п.; у детей и подростков с неустойчивой адаптацией больше преобладало желание улучшить социальное взаимодействие. Это проявлялось в таких предложениях, как «Я больше всего хочу, чтобы со мной играли ребята», «Я стремлюсь к тому, чтобы поехать домой». «Я больше всего хочу лучше учиться» и т.п.

*В отношении к будущему* у детей с неустойчивой адаптацией выражали больше надежды «Я думаю, что в будущем я никогда не буду пить и курить» «... буду хорошей мамой» «Я никогда не буду плохим для своего ребенка»; у детей со стойким нарушение адаптации наблюдалось нарушение витальных потребностей. Это проявлялось в таких ответах как «я точно знаю, что мне хватит способностей, чтобы в будущем себя прокормить», «...чтобы построить дом», «я больше всего хочу жить спокойно», и т.п. В отношениях к учителям значимых различий не выявлено.

В качестве примера мы провели подробный анализ одного случая, который представлен в приложении 3.

## **ВЫВОДЫ**

1. Структура личности депривированных детей в отличии от детей из контрольной группы отличается дисгармоничностью, что проявляется в эмоциональной неустойчивости, низкой динамикой интеллектуальной деятельности, повышенной тревожностью, низким самоконтролем поведения и высокой фрустрационной напряженностью.

2. Низкий уровень фрустрационной толерантности у депривированных детей проявляется в повышенной фиксации на самозащите и экстрапунитивной направленности реакций, что отражает их склонность к внешне обвинительному поведению в ситуации конфликта. Им также свойственно фиксироваться на препятствии, воспринимать ситуацию как непреодолимую. Тенденции в импунитивной направленности реакций, отражает склонность депривированных детей к эмоциональному замыканию, отчуждению, ухода в себя с целью ослабления аффективных переживаний, что приводит к социальной дезадаптации.

3. У депривированных детей более высокой степени психической дезадаптации способствуют такие личностные черты, как тревожность, неуверенность в себе, недостаточная сформированность интеллектуальных функций, что проявляется в эмоциональной холодности, повышенной чувствительности к угрозе, низком самоконтроле.

4. У детей, проживающих в семьях (контрольная группа) высокому уровню психической адаптации, способствуют такие личностные черты, как уверенность в себе, ответственность и самоконтроль.

5. Для детей контрольной группы с нормальным уровнем психической адаптации больше характерны интрапунитивные реакции, что отражает их способность брать на себя ответственность за разрешение фрустрирующей ситуации. Ситуация препятствия не вызывает у них напряжения или конфликта, дети используют упорствующие реакции, что подчеркивает их способность адекватно реагировать на фruстрацию и самостоятельно разрешить возникшую проблему.

6. Для депривированных детей с неустойчивой психической адаптацией характерны импунитивные реакции на фрустрацию. Это отражает их склонность к эмоциональному замыканию и уходу в себя. Для депривированных детей со стойким нарушением психической адаптации больше свойственно обвинять окружающих в возникновении фрустрирующей ситуации. В отличии от детей контрольной группы, они чаще склонны фиксироваться на препятствии и не проявляют потребности в поиске решений в сложившейся ситуации.

7. У детей из контрольной группы наблюдается высокий уровень любознательности, независимость, стремление к лидерству и высокая динамика социального взаимодействия.

8. У депривированных детей наблюдается сниженная динамика социального взаимодействия, повышенная настороженность в отношениях с

окружающими, уступчивость, низкая любознательность и стремление к уединению.

9. У депривированных детей со стойким нарушением психической адаптации наблюдается острая потребность в близости с матерью, безразличное отношение к остальным членам семьи и к учителям. У депривированных детей с неустойчивой адаптацией, наблюдается высокая потребность в близости с матерью, у них лучше отношения с учителями, бабушками и с сиблингами.

10. У депривированных детей с неустойчивой психической адаптацией наблюдается низкая самооценка, переживания эмоционального отвержения родителей, что отражается на особенностях взаимоотношений с другими членами семьи. У детей со стойким нарушением психической адаптации наблюдается эгоцентризм и неадекватно завышенная самооценка, которая носит гиперкомпенсаторный характер.

11. Дети с неустойчивой психической адаптацией недостаточно осознают наличие проблем во внутрисемейных отношениях, они чаще идеализируют отношения с родителями и с ближайшим окружением, перспектива будущего направлена на стремлении быть лучше, выстраивать гармоничные отношения, вести здоровый образ жизни.

12. У Детей со стойким нарушением психической адаптации наблюдается враждебное отношение к семье, к учителям и к сверстникам. У них преобладают потребности в приобретении материальных благ над потребностью в социальном взаимодействии и перспектива будущего направлена на удовлетворении базовых витальных потребностей.

13. Полученные данные позволяют более дифференцированно подойти к психологической коррекции депривированных детей, которая должна быть направлена на гармонизацию их личности, снижение фruстрационной напряженности и коррекцию межличностных и внутрисемейных отношений с учетом тяжести психической адаптации.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Одной из острых проблем на современном этапе развития нашего общества является распространенность детей, полностью или частично лишенных полноценной родительской опеки, что может объясняться чрезмерной занятостью родителей на работе, алкоголизмом, другими недугами или лишением родительских прав. Все это приводит к социальному и психологическому неблагополучию формирующейся личности и распространенности социального сиротства.

Наше исследование было направлено на изучение межличностных отношений у депривированных детей с различной степенью психической адаптации.

Было показано, что структура личности депривированных детей отличается дисгармоничностью, высокой фрустрационной напряженностью, эмоциональной неустойчивостью. Реакции на фruстрацию у депривированных детей уступают по степени конструктивности и направленности на решение проблемы реакциям их сверстников,

проживающих в семьях. Нами было выявлено, что на специфику построения межличностных отношений у депривированных детей и подростков значимое влияние оказывает степень тяжести психической адаптации.

Эти личностные особенности, а также высокая степень психической дезадаптации депривированных детей позволили нам сделать вывод о необходимости осуществления для них дифференцированной психологической коррекции, направленной на гармонизацию их личности, снижению фрустрационной напряженности и коррекцию межличностных и внутрисемейных отношений с учетом тяжести психической адаптации.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Александровская Э.М., Гильяшева И.Н. Адаптированный модифицированный вариант детского личностного опросника Р.Кеттелла Методические рекомендации. – М.: Фолиум, 1993.п – 40 с. – (Научно-методическая серия "Психодиагностика детей и подростков"). – ISBN 5-900536-11-4.
2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. – М.,
3. Алексеенкова Е.Г. Личность в условиях психической депривации. Учебное пособие для студентов вузов - СПб.: Питер, 2009 . - 96 с.
4. Аррюс-Ревиди Ж. Незрелые родители и взрослые дети. - СПб.: Питер, 2015. - 320 с. - (Серия “Мастера психологии”).
5. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л., 1988. – 270 с.

6. Божович Л.И. Проблемы формирования личности. М.- Воронеж: 1995.
7. Боулби Дж. Привязанность. М.:Гардарики, 2003
8. Бриш К. Х. Терапия нарушений привязанности: От теории к практике. Пер. с нем. - М.: Когито-Центр, 2014. - 316 с. (Клиническая психология).
9. Вассерман Л.И., Беребин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе к оценке психической адаптации // Обозревание психиатрии и мед. Психологии им. В.М. Бехтерева. – 1994. – №3 – С. 16–25.
10. Галлигузова Л.Н., Мещерякова С.Ю., Царегородцева Л.М. Психологические аспекты воспитания детей в домах ребенка и детских домах // Вопросы психологии. 1990
11. Данилова Е.Е. Детский тест рисуночной фрустрации С. Розенцвейга Практическое руководство. — М.: Московский городской психолого-медицинско-социальный центр, 1997. — 64 с.
12. Золотарёва О.С. Влияние материнской депривации на развитие Я-концепции детей подросткового возраста: дис. ... канд. псих. наук. – Астрахань, 2007. 183
13. Клиническая психология и психотерапия. Северный. А.А., СПб.: Питер, 2008. - 416 с.
14. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: 2-е изд. М.: Медицина, 1985. 285 с.
15. Кондратьев М. Ю. Социальная психология закрытых образовательных учреждений. СПб Питер, 2005.
16. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития - 9-е изд. - СПб.: Питер, 2016. - 940 с.: ил. - (Серия “Мастера психологии”).
17. Крейн У. Теория развития. Секреты формирования личности. СПб.: Прайм-Еврознак, 2000. 509 с.

18. Ландгеймер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага, 1984.
19. Лебединская К.С., Райская М.М., Грибанова Г.В. подростки с нарушениями в аффективной сфере: клинико-психологическая характеристика “трудных подростков” / Научн. исслед. ин-т дефектологии Акад. пед. наук СССР. М.: Педагогика, 1988. 168 с.
- 20.Лебединский, В.В. Нарушение психического развития у детей. М.: Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 1985. 168 с.
21. Леонгард К. Акцентуированные личности. /Ростов на Дону: Феникс, 1997. 544 с.
- 22.Лисина М. И. Формирование личности ребенка в общении. – СПб.: Питер, 2009 - 320 с.: ил. - (Серия “Мастера психологии”).
23. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. М.: Медицина, 1983. 256 с.
24. Лишенные родительского попечительства: Хрестоматия: Учеб. пособие для студентов пед. ун-тов и ин-тов / Ред. - сост. В.С. Мухина. - М.: Просвещение, 1991. - 223 с.
- 25.Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. - СПб.: Речь. 2000. с.400.
- 26.Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2001.
- 27.Мамайчук И.И., Смирнова М. И. Психологическая помощь детям и подросткам с расстройствами поведения. – 2-е изд., испр. И доп. – СПб.: Эко-Вектор,2014. – 311 с.
- 28.Мамайчук И.И., Тысячнюк А.С. «Особенности психической адаптации депривированных подростков и основные направления психологической коррекции». Научный журнал. – СПб.: ЛГУ имени А.С. Пушкина. – 152 с.
- 29.Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное помобие. – СПб.: Речь, 2004. – 392 с.

- 30.Методы психологической помощи детям и подросткам с нарушениями в развитии: учеб. пособие. – СПб.: Эко-Вектор, 2015. –416 с.
31. Миллер А. Драма одаренного ребенка и поиск собственного Я: Пер. с нем.-5-е изд. – М.: Академический проект, 2015. – 139 с. – (психологические технологии).
- 32.Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств в детском и подростковом возрасте в соответствии с МКБ-10. М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003. 407 с.
- 33.Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. СПб., 2006
- 34.Пискунов А. И. Хрестоматия по истории зарубежной педагогики. - М.: Просвещение, 1981.
- 35.Прихожан. А. М., Толстых Н. Н., Психология сиротства. -М.: Питер, 2007.
- 36.Проблема сиротства в современной России: Психологический аспект / Отв. ред. А.В. Махнач, А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых. - М.: Изд-во “Институт психологии РАН”, 2015. – 670 с. (Фундаментальная психология – практике).
- 37.Психологическая помощь детям и подросткам с расстройствами поведения. – 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: Эко-Вектор, 2014. – 311 с.
- 38.Психологический словарь / Под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Мещерякова. – М.: Педагогика-Пресс, 2001.
- 39.Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия в 2 т/Под редакцией В. В. Лебединского и М. К. Бардышевской. – М.: Высш. шк.: Изд-во МГУ, 2002
40. Психология депривированного ребенка: учебное пособие / И. А. Фурманов, Н. В. Фурманова. - М. : ВЛАДОС-ПРЕСС; ИД КДУ, 2013. -

320 с.

- 41.Психология человека от рождения до смерти / Под общей ред. А.А. Реана. - Москва: Изд. АСТ, 2015. - 656 с. - (Психология. Высший курс).
- 42.Сборник психологических тестов. Часть III: Пособие / Сост. Е.Е. Миронова – Мин.: Женский институт ЭНВИЛА, 2006. – 120 с.
43. Словарь практического психолога / Сост. С.Ю. Головин. – Минск, 1998. – 800 с.
- 44.Страбахина. Т. Н. Проблемы и ресурсы социализации детей, лишенных родительского попечения// Вестник НГУ, №31
- 45.Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа, тт. 1-2. М., 1999
46. Человек как предмет познания – СПб.: Питер, 2001. – 288 с. – (Серия «Мастера психологии»)
47. Шипицина Л. М. Психология детей-сирот: Учебное пособие. – Спб. Издательство Санкт-Петербургского Университета, 2005
48. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. - СПб.: Питер, 2010. – 872 с.: ил. – (Серия “Мастера психологии”).
- 49.Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. «Семейный диагноз и семейная психотерапия: учебное пособие для врачей и психологов.» СПб.: Речь, 2003. – 336 с.
- 50.Ярославцева И.В. Депривированный подросток. Личностные и психофизиологические особенности развития: дис. д-ра психол. наук. – Иркутск, 2003. 364 с.
- 51.Bowlby J. Forty-four juvenile thieves: Their characters and home life. // International Journal of Psychoanalysis, 1944. – № 25. – P. 19–52.
- 52.Freud Anna and Dorothy Burlingham. Infants without Families. Reports on

the Hampstead Nurseries. 1939 – 1945 // The Writings of Anna Freud. V.III.– New York, 1973. – P. 681

53. Goldfarb W. Psychological privation in infancy and subsequent adjustment. American Experimental Education, 1943. – V. 14. – P. 441–447.
54. Kernberg O F. Aggression in Personality Disorders and Perversions. New Haven: Yale University Press; 1992. - 364 p.
55. Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development 1965 (Writings of Anna Freud, Vol 6).
56. Rosenzweig S. The picture-association method and its application in study of reactions to frustration // J. of Personality. 1945. № 13. P.
57. <http://www.gks.ru>

## ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

### **Полуструктурированное интервью**

#### **Блок 1 «Социальное окружение»**

1. Какие у тебя отношения с одноклассниками?
2. У тебя есть друзья в школе?
3. Тебе нравиться учиться в школе?
4. Какие у тебя отношения с учителями?

## **Блок 2 «Актуальная ситуация в центре»**

1. Как ты думаешь, почему ты оказался в «воспитательном доме»?
2. Ты был ранее в подобных учреждениях?
3. Кто тебя сюда привез?
4. Как давно ты в этом центре находишься?
5. Как тебе живется в «воспитательном доме»?
6. Как ты себя чувствуешь здесь?
7. Что тебе больше всего не нравиться в «Воспитательном доме»? (Что бы ты изменил в нем?)
8. Ты с кем-нибудь подружился на квартире?
9. Какие у тебя отношения с воспитателями? (тебе нравятся наши воспитатели?)
10. Что изменилось в твоей жизни, после того, как ты приехал сюда?

## **Блок 3 «Актуальная семейная ситуация»**

1. С кем ты дома жил?
2. Ты один ребенок в семье или у тебя есть брат или сестра?
3. Чем ты больше всего любил дома заниматься?
4. У тебя бывают конфликты с родителями? (С кем чаще всего?)
5. Из-за чего происходят конфликты?
6. Как эти конфликты заканчиваются?
7. Ты бы хотел вернуться домой?
8. Как ты думаешь, что должно произойти, чтобы ты смог вернуться домой?

**Приложение 2**

*Таблица 1*

**Исследование взаимосвязи показателей психической дезадаптации  
с личностными особенностями**

A	Норма	6,50	0,95	< 0,001
	Неустойчивая адаптация	4,76	1,48	

	Стойкое нарушение адаптации	3,25	1,49	
B	Норма	6,69	1,38	0.009
	Неустойчивая адаптация	5,00	2,83	
	Стойкое нарушение адаптации	3,88	2,80	
C	Норма	6,50	1,17	< 0.001
	Неустойчивая адаптация	5,06	1,14	
	Стойкое нарушение адаптации	1,88	1,13	
D	Норма	3,50	1,24	> 0.05
	Неустойчивая адаптация	4,29	1,79	
	Стойкое нарушение адаптации	5,75	3,20	
E	Норма	4,54	1,42	> 0.05
	Неустойчивая адаптация	3,88	2,18	
	Стойкое нарушение адаптации	2,75	2,05	
F	Норма	5,23	0,99	> 0.05
	Неустойчивая адаптация	5,76	1,44	
	Стойкое нарушение адаптации	4,25	1,58	
G	Норма	6,38	0,94	> 0.05
	Неустойчивая адаптация	6,35	2,15	
	Стойкое нарушение адаптации	5,00	2,33	
H	Норма	6,96	0,96	< 0.001
	Неустойчивая адаптация	5,65	1,84	
	Стойкое нарушение адаптации	3,75	1,75	
I	Норма	4,65	1,81	> 0.05
	Неустойчивая адаптация	4,41	1,97	
	Стойкое нарушение адаптации	3,63	2,77	
O	Норма	5,42	1,72	> 0.05
	Неустойчивая адаптация	4,88	2,62	

	Стойкое нарушение адаптации	4,50	2,20	
Q3	Норма	6,04	1,51	0.002
	Неустойчивая адаптация	3,94	1,92	
	Стойкое нарушение адаптации	4,13	2,42	
Q4	Норма	1,42	0,90	< 0.001
	Неустойчивая адаптация	4,35	2,40	
	Стойкое нарушение адаптации	5,00	1,85	

## Приложение 3

### **Клинико-психологический анализ случая**

*Никита К., 9 лет.* Ребенок из неполной семьи имеет старшую сестру и младшего брата, которые на момент исследования находились в детском доме. Ребенок поступил по ходатайству органов опеки. Мать страдает алкоголизмом. Отец в другом городе, связь не поддерживает. Ребенок не посещал школу и по долгу оставался дома один без присмотра взрослых. Поступил в социально-реабилитационный центр по ходатайству органов опеки, констатировавшие неспособность матери выполнять свои родительские обязанности.

В доверительной беседе с психологом ребенок рассказал, что у него есть «много пап, которые дарили ему игрушки, но «потом куда-то пропадали».

На протяжении всего времени пребывания ребенка в центре, мама не проявляла никакого интереса к сыну. В поведении со взрослыми ребенок проявляет тревожность и настороженность, наблюдательность. В тоже время, Никита старается быть отзывчивым, доброжелательным, и исполнительным, стремиться установить доверительные и тёплые отношения с воспитателями. Тянется к теплу и ласке.

В отношениях со сверстниками показал себя нерешительным, зависимым. В повседневном общении привык не выделяться из остальных, быть робким, без протестов приспосабливаться к окружающему. Свои

переживания старается не демонстрировать. Любит думать размышлять в одиночестве.

В отношениях со сверстниками отмечается повышенная чувствительность к оценке, обидчивость, раздражительность. Хочет, чтобы другие уважали его требования, признавали личные достижения и заслуги, нуждается во внимании, однако не получает от сверстников положительной обратной связи. В результате неудовлетворенной потребности в признании испытывает сильный стресс и тревогу, в результате которого непрерывно старается показать себя за частую без нормальных на то оснований.

В коллективных играх старается не участвовать из-за того, что не знает, как отстоять себя в глазах сверстников. В играх подвержен чужому влиянию, старается подстраивать свое поведение таким образом, чтобы заслужить расположение ребенка занимающего позицию лидера. Большое удовольствие доставляет игровая деятельность, особенно игры, в которых ребенок наделяется какой-то ролью с четко фиксированными обязанностями.

предпочитает игры в одиночестве, любимая игра Никиты «Мой дом», в которой он из мягких пупфиков строит свой будущий дом, а потом по долгу сидит в нем и рассказывает, что мечтает жить в нем с младшим братом. Ни с кем не делится своими своими переживаниями по поводу длительного отсутствия матери, возможно работают механизмы защиты лишь изредка, играя в игру «Мой дом» он высказывал опасения, по поводу того, что «Меня мама забыла», «Наверное, я маме не нужен». В это время были ярко аффективные реакции тревоги, злости и раздражительности.

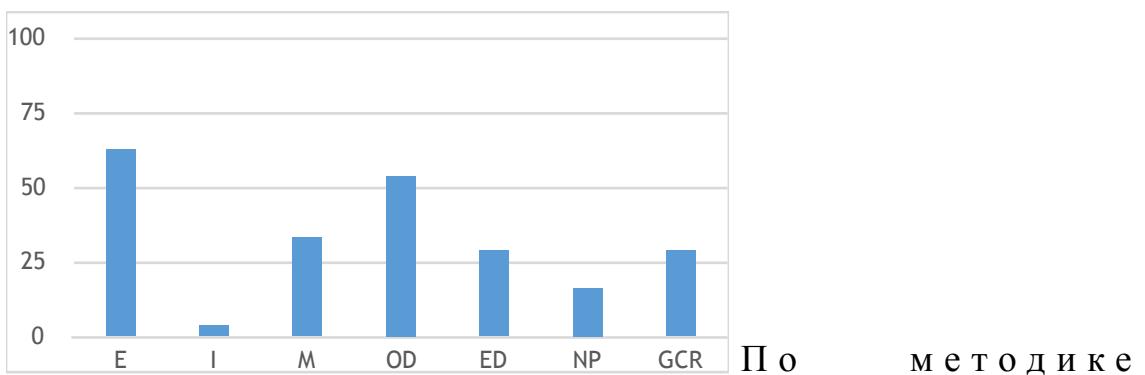
На протяжении почти трех лет пребывания в реабилитационном центре в отличии от большинства ребят не имел никаких контактов ни с родственниками, ни со знакомыми. Не получал ни от кого продуктов передач или подарков. Наблюдается высокая потребность в заботе и заинтересованности со стороны воспитателей и педагогов. Об этом

свидетельствует его многократные пытки познакомиться с кем-либо или понравиться взрослым в больнице и в стенах реабилитационного центра.

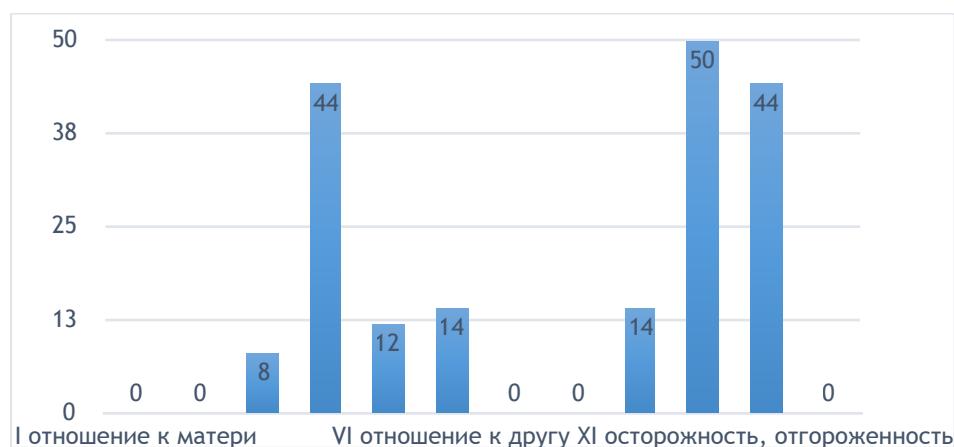
По опроснику Р.Кеттела, у Никиты отмечается высокий уровень тревожности, эмоциональная неустойчивость, наличие негативных и астенических переживаний. Впечатлителен, наблюдается сверхчувствительность к угрозе, робость и застенчивость. Интеллектуальное развитие находится на нижней границе возрастной нормы. Интеллектуальные функции сохранны, однако наблюдается значительное отставание по образовательной программе, невыработанность учебных навыков, в связи с длительным периодом социальной и педагогической запущенности. Несмотря на это для Никиты характерна богатая и красивая речь, яркое образное мышление. В целом ребенок имеет интеллектуальную и эстетическую направленность личности. Личностный профиль личности Никиты представлен на рисунке 1

Исследование фruстрационной толлерантности показывает, что в поведении Никиты преобладают экстрапунитивные реакции с фиксацией на препятствии в ситуации фрустрации. При возникновении препятствий к осуществлению задуманного легко огорчается и отказывается от первоначальных планов. Когда ребенок берется за какое-то дело становится излишне тревожен, негибок старается придерживаться точно выбранной программы действий, даже если она не приводит к успеху. Ребенок не умеет разрешать проблемные ситуации, склонен фиксироваться на препятствии, что в дальнейшем приводит к дизадаптивному поведению. Показатель групповой комфорности значительно снижен ( $GCR=29,1$ ). Это свидетельствует о трудностях адаптации к своему социальному окружению. Профиль фрустрационных реакций представлен на рисунке 2

*Рис.2 Профиль фрустрационных реакций Никиты 9 лет.*



исследования межличностных отношений Рене-Жиля, ребенок ни разу не выбрал ни маму, ни отца, что свидетельствует о безразличном отношении к ним или вытеснении из сознания родительских фигур. Высокий показатель по шкале № 11 «отгороженность стремление к единению» указывает на замыкание, настороженность, и стремлению к уединению.



Анализ типов реагирования по шкале 12 «Реакции на фрустрацию»

Таблица 1

№ заданий	25	33	34	35	36	37	38
-----------	----	----	----	----	----	----	----

Т и п ы ответов	«Ударю его»	« Б у д у обзыва́ть и бить»	« Б у д у обзыва́ть и бить»	«Начн у е г о бить»	«Начну круши́ть игру»	«Запро- тестую»	« П о й д у в о п р е к и запрещению»
--------------------	----------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------	---

Как видно из таблицы качественной обработки шкалы № 12, у обследуемого наблюдаются реакции только активно-агрессивного типа. Это свидетельствует, о наличии переживаний фruстрации во всех сферах межличностных отношений.

Дополняют информацию о межличностных взаимоотношениях в семье Никиты результаты по методике «социограмма семьи»

На рисунке 1 давалась инструкция нарисовать «Моя семья сейчас»

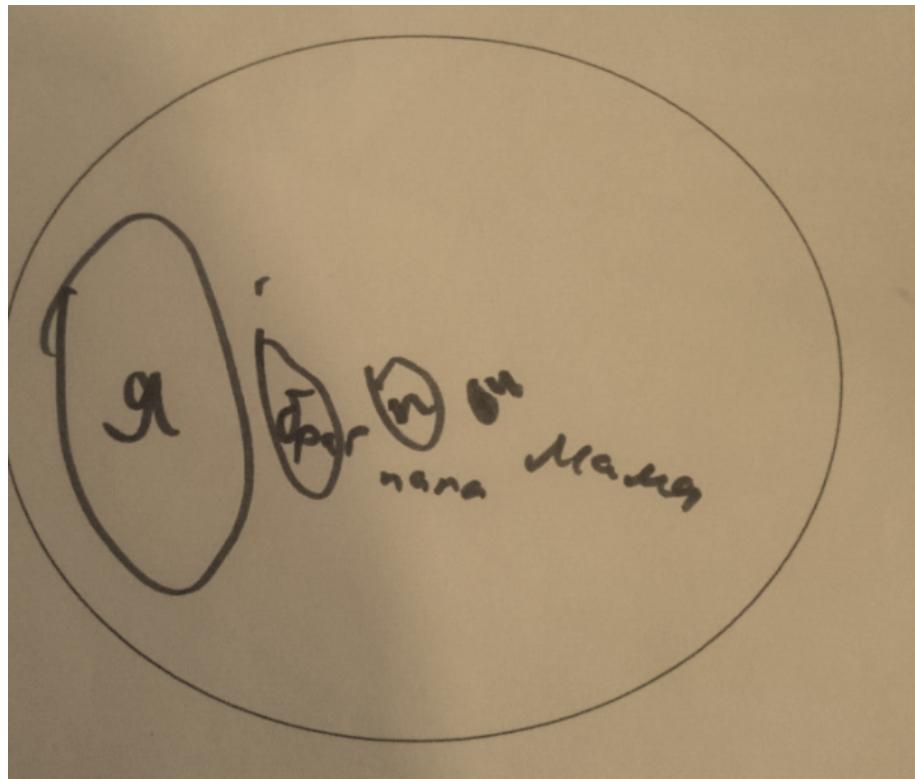


рис. 1

На рисунке 2 давалась инструкция нарисовать «мая идеальная семья»

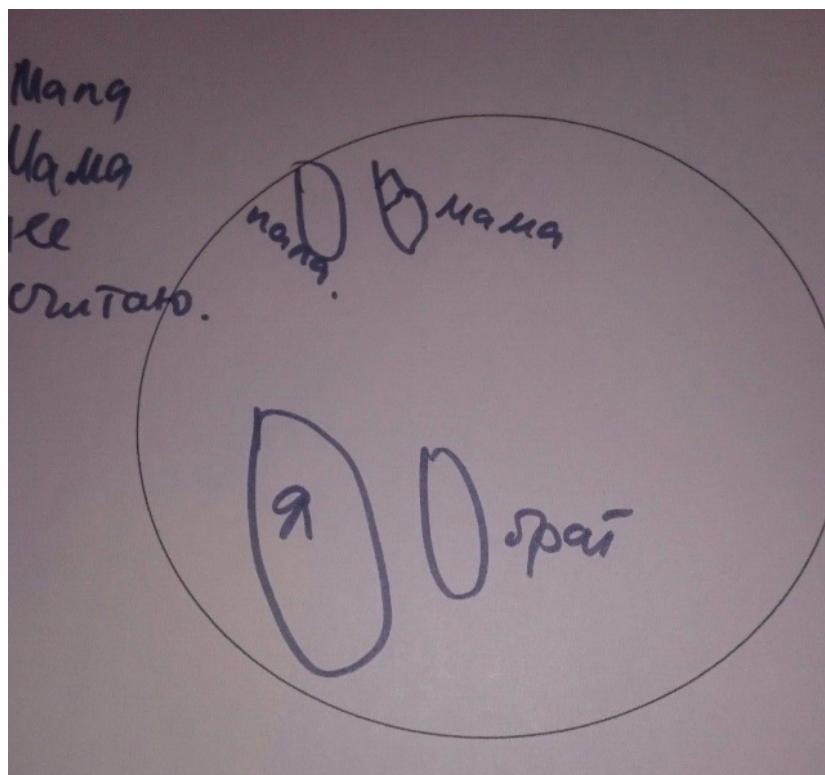


рис.2

Как видно из рисунков, Никита ни в 1 ни во 2 рисунке не указал сестру, что указывает на отсутствие контакта и эмоциональной связи у ребенка с ней. Величина кружков других членов семьи свидетельствует об их значимости в глазах исследуемого и на первом и на втором рисунке самый маленький диаметр кружка имеет мама, что еще раз свидетельствует его негативном отношении к ней. На рисунке 2 ребенок долго не хотел рисовать родителей, но нарисовав их на отдаленной дистанции от себя, он также прокомментировал, что «мама и папа не считается». Это указывает на его переживания потери своей значимости для родителей. Обращает на себя внимание диаметр кружка, которым ребенок изобразил себя. В сочетании очень низкой самооценки по другим диагностическим методикам, это указывает на гиперкомпенсаторное желание быть важным, значимым как для себя, так и в глазах ближайшего окружения.

Количественный анализ по методике «незаконченные предложения» указал на положительные установки ребенка в сфере «отношения к учителю», а также на ярко негативные установки в сфере «отношения со сверстниками», «отношения к матери» и «отношения к отцу».

Качественный анализ содержания предложений, подтверждает стремление ребенка быть признанным, и важным в глазах окружающих. Предложения «Я считаю себя лучше всех», «в классе я лучше всех» указывают на гиперкомпенаторное желание быть признанным в среде сверстников.

Обобщая результаты экспериментально-психологического исследования личности обследуемого можно сделать вывод, что отсутствие близких эмоционально-теплых взаимоотношений со значимыми взрослыми, а также большая неопределенность в жизни ребенка, которая определяется в том числе и тем, что судебный процесс о лишении родительских прав длился в течении 3-х лет, на протяжении которых ребенок ждал и надеялся на то, что мама его заберет домой. Все это приводит к высокому уровню тревожности, эмоциональной неустойчивости, и выраженному нервного-психическому напряжению, что обуславливает низкую социальную адаптацию в своем ближайшем окружении. Фиксация на препятствии в ситуации фruстрации объясняет неспособность ребёнка выходить из проблемных ситуаций, что в совокупности неизбежно приводит к психической дезадаптации.