

I.

Научные исследования в области психической депривации и привязанности

Козловская Г.В.

Психическая депривация и ее психогенная роль в нарушениях психического развития и формирования личности у детей в возрастном аспекте

Психическая депривация как психологический и социальный феномен весь XX век и текущую современность привлекает активное внимание ученых разных специальностей, хотя история научного и практического понимания этого явления уходит в далёкое прошлое. Известно, что еще в средневековых летописях имеются сведения о трагических последствиях психической депривации на физическое и психическое здоровье человека (Й. Лангмейер). Существует и немало художественных вымыслов на эту же тему (Маугли, Тарзан, Золушка и др.).

Депривация (deprivation – англ. – лишение) обозначает недостаточность чего либо, но в приложении к психической депривации термин – депривация – касается недостаточности удовлетворения основных психических потребностей.

В одной из основополагающих работ по проблеме психической депривации – в монографии Й. Лангмейера и З. Матейчика авторы ставят обоснованный вопрос о том, какие из психических потребностей следует отнести к основным?

Проведя научный анализ многочисленных изысканий на тему депривации, авторы предлагают свой реестр основных психических потребностей, депривация которых может оказать отрицательное воздействие на психическое состояние индивида, особенно в период детского возраста. К таковым ими отнесено: недостаток удовлетворения аффективных потребностей, раздражителей органов чувств, в детском возрасте лишение материнской заботы, в прямом (сиротство) и «маскированном» виде, когда детско-материнские не отношения не отсутствуют, но количественно обеднены. Сюда же отнесены педагогический и игровой дефицит, дефицит общения, а также недостаток изменчивости (монотонность) средовых стимулов и условий для самовыражения и целевой социальной самореализации и др.

Перечисленные психологические потребности, отнесенные к основным и оказавшиеся в ситуации недостаточного удовлетворения, входят в структуру психической депривации, которая в итоге представляет собой сочетанный, комплексный фактор, оказывающий повреждающее психогенное воздействие на психическое здоровье

По мнению ряда таких исследователей как Д. Боулби, Р. Шпиц, В. Гольфарб и др., психическая депривация, особенно в детском возрасте, оказывает патогенное воздействие на психофизическое развитие и вызывает необратимые последствия вплоть до смертельного исхода. По их мнению, драматические результаты депривации выражаются психопатическим сдвигом личности в виде её примитивного уровня, бесчувственного характера, склонности к правонарушениям.

Последнее время психическая депривация стала предметом изучения не только в рамках психофизического развития, но и таких областях как космонавтика, спелеология, диспетчерское дело, профессиональный спорт и другое, где индивидуумы оказываются в ситуации длительной изоляции и монотонной деятельности.

Несмотря на многолетние усилия отечественных и зарубежных исследователей многие вопросы проблемы психической депривации остаются нерешенным. Например, мнение об особенностях роли психической депривации в детском возрасте, как патогенного фактора в отношении психического здоровья и психофизического развития ребенка, неоднозначно, в связи с чем, последствия депривационного воздействия нуждаются в уточнении.

В НЦПЗ РАМН уже более 20 лет работает научная группа специалистов в области детской психиатрии, психологии и психоневрологии, активно занимающаяся вопросами психической депривации в детском возрасте, особенно раннем, в возрастной динамике, и ее роли в возникновении психического дизонтогенеза.

Целью работы было проследить влияние некоторых видов психической депривации на психический онтогенез детей раннего и дошкольного возраста, начиная с первого года жизни.

В основу исследования была положена гипотеза о патогенном влиянии психической депривации на развитие ребенка. Методологической базой работы послужили многочисленные исследования психической депривации представителями разных дисциплин – педагогов, психологов, врачей разных специальностей и с недавнего времени – психиатров. Констатировано, что психическая депривация, особенно в таких проявлениях как слепота, глухота, информационный голод влечет за собой искажение психического развития, имеющего ряд отличительных черт (Фрейд А., 1970; Козловская Г.В., 1971; Барденштейн Л.М., 1971; Матвеев В.Ф., 1975; Лангмейер Й., Матейчик З., 1984; Пиклер Э. 1989; Мухина В.С., 1991, Рычкова Н.А., 1994; Минкова Э.А., 1994; Козловская Г.В., Проселкова М.Е., 1995; Долматова Е.Ю., 1997 и др.).

За пусковой фактор механизма патогенного воздействия психической депривации на психику, взят психобиологический феномен - система мать – дитя и ее нарушение или материнская депривация (в более обобщенном виде – нарушение детско-родительских отношений), приводящее к искажению формирования эмоциональных, когнитивных, коммуникативных и других психических функций ребенка. Кроме того, материнская депривация приводит и к искажениям взаимодействия между матерью и ребенком, с одной стороны и ребенком, с уже измененным развитием, и его социумом с другой.

В процессе исследования проводимого в ФГБУ «НЦПЗ» РАМН было изучено более 500 детей раннего и дошкольного возраста: в том числе дети сироты из детских домов, дети с глубокими нарушениями зрения (абсолютно и практически слепые), дети из условий педагогической запущенности и перманентного физического (в том числе сексуального) насилия в семье. Была изучена и группа контроля, здоровых детей того же возраста из типовой городской популяции. Кроме того, была подобрана группа сравнения – детей с ранним детским аутизмом, у которых психическая депривация обусловлена эндогенным психическим заболеванием, для клинической картины которого патогномонична аутистическая самоизоляция от влияния внешней среды в силу чего ее воздействие ограничено или извращено.

Дети всех групп прослежены проспективно и ретроспективно с первого года жизни в катамнезе более 5 лет. Средний возраст обследованных 3 года, в том числе 300 мальчиков и 200 девочек.

Дети обследованы комплексно – психологом, психиатром, невропатологом, педиатром, а в ряде случаев окулистом (слепые дети), хирургом и травматологом (дети из

ситуации физического насилия), гинекологом и проктологом (в случаях сексуального насилия).

Кроме того, учитывая, что психическая патология детей раннего возраста остается неуточненной, не только в плане клинической картины, но и патогенеза, и традиционно рассматривается в рамках неврологических или педиатрических нарушений (в виде неспецифических психоневрологических комплексов, маскированных соматопатий или перинатальных церебральных дисфункций), методами диагностики ранней психопатологии, были объективные биологические (иммунологические и биохимические) исследования, позволяющие проводить раннюю диагностику нарушений созревания нервной системы. Одним из таковых была методика изучения титра антител к фактору роста нервов, отражающая аспекты нормального и нарушенного нейрогенеза. Фактор роста – нейротрофический протеин, играющий исключительно важную роль в созревании, дифференцировке и поддержании жизнедеятельности нейронов центральной и периферической нервной системы, а также иммунной и эндокринной систем. Очевидно, что и на развитие психических функций этот фактор оказывает решающее влияние. Отобранный контингент был также в ряде случаев, исследован методом ЭЭГ.

В психологическом исследовании была применена стандартизованная методика исследования психического развития ребенка раннего возраста ГНОМ, позволяющая выявить уровень развития отдельных психических функций и состояние психического здоровья в целом, начиная с первого месяца жизни и выразить его как клинически, так и количественно в виде коэффициента психического развития ребенка (КПР), а также определить степень выявляемых отклонений и тип развития (норма, группа риска, группа психической патологии).

Условиями включения случая в когорту исследования было наличие той или иной формы психической депривации, а также ранний возраст детей.

Условием исключения – выраженное органическое церебральное поражение, умственная отсталость, эпилепсия, шизофрения, генетическое заболевание с психическими проявлениями.

Итогом исследования были выделены основные положения изучаемого явления: сформулировано определение понятия – психическая депривация – обозначены наиболее значимые ее виды, выявлены и клинически описаны основные психопатологические проявления в целом и при отдельных формах.

Они следующие: психическая депривация – недостаточность, лишение экзогенной стимуляции психических функций человека.

Наиболее распространены и известны ряд видов психической депривации: эмоциональная депривация – скрытое сиротство в семье при искажении функционирования психобиологической системы мать-дитя; социальная депривация – истинное сиротство, брошенные дети, беспризорники; сенсорная депривация – слепота, глухота, гипокинезия; когнитивная депривация – информационный голод – дети, воспитанные животными или при минимальном общении – безречевое, бестактильное или другое аналогичного типа воспитание; перманентное физическое (в т ч сексуальное) и психологическое насилие в семье; монотония – однообразная, ригидная, монотематическая деятельность, сужающая общий кругозор, инициативу, аналогичная сверхценному психологическому образованию.

Следует отметить, что изолированно отмеченные виды психической депривации наблюдаются редко, чаще имеет место их сочетание, например, социальное сиротство связано с эмоциональной и когнитивной депривацией, нередко и с физическим (избиением) и психологическим насилием (пренебрежение правами ребенка, физическим обеспечением и уходом).

Характеристика депривации была следующей. В группу слепых включались случаи глубокого нарушения зрения (врожденной абсолютной и практической слепотой) с ранним развитием детей в относительно благоприятных условиях полной семьи и гармоничной диадитической системы. В группе сирот наблюдались дети из домов младенца с материнской депривацией с периода рождения. В группу физического насилия (в том числе сексуального) в семье включались случаи установленного юридически и врачами соответствующих специальностей факта насилия. Родители таких детей были, как правило, лишены родительских прав, а дети изъяты из девиантных условий.

Депривация в группе сравнения у детей с ранним детским аутизмом обуславливалась эндогенным психическим заболеванием, одним из факторов патогенеза которого был «блок сенсорных фильтров» подкорковых образований головного мозга (Э. Эрленмейер-Кимлинг, 1985), а следовательно, и своеобразная сенсорная депривация.

В результате проведенной работы были получены следующие результаты: у всех детей из условий ранней психической депривации (независимо от вида депривации) отмечены сходные отклонения в психическом развитии, в том числе и в группе сравнения – у детей с ранним детским аутизмом.

Среди типичных депривационных нарушений – задержка формирования основных психических функций – познавательных, эмоциональных, общения, а также моторики и социальных навыков поведения.

Это проявлялось в более позднем формировании эмоционального взаимодействия – запаздывание появления улыбки и эмоционального комплекса оживления, а также системы привязанности и более сложных эмоциональных реакций, задержки установления зрительного и речевого контактов, более поздних навыков статики и кинетики, особенно тонкой моторики, биологической опрятности, речи и игровых действий, а также социальных навыков в виде этических форм поведения, эмоциональной синтонности и тактичности, чувства вины и благодарности и др. Наблюдалось нарушение формирования ранних личностных свойств.

Общий тип психического развития в условиях депривации – дефицитарный с обеднением всех психических проявлений. У депривированных детей имело место, выраженное снижение общей «психической активности» (Л.С. Выготский) в виде вялости познавательной любознательности и «реакций свободы» или естественного сепарационного поведения, безынициативность, сниженное стремление к общению и установлению эмоциональных связей, которые были нестойкими и поверхностными. Эмоциональные проявления в целом были бедны и малодифференцированы.

Интеллектуальные предпосылки – память, внимание, сообразительность принципиально сохранялись в пределах практической нормы, но недостаточно развивались и оказывались фактически редуцированными.

С одной стороны, в силу слабости стимулирующей и развивающей функции депривационной среды, и, с другой, формирующейся, под влиянием депривации, слабости психической активности в целом. На этом фоне отмечалась компенсаторное,

аутостимулирующее, нередко патологическое, фантазирование (у детей старшего дошкольного возраста) с воображаемыми представлениями об уменьшении депривационной ситуации или имевшего место факта насилия.

Имело место и некоторое своеобразие мышления со склонностью к подозрительности к окружающим людям, рудиментам идей отношения, оговорам других и самооговорам.

У этих же детей проявляется задержка физического развития в виде общей гипотрофии, нередко низкого веса и низкорослости при нормальном или даже повышенном аппетите. У них отмечалось снижение общего физического (витального тонуса) в виде склонности к частым простудным, аллергическим и кожным (по типу нейродермита) заболеваниям. Выявлялась и некоторая общая характеристика физического облика – вялость мышечного тонуса, опущенные плечи и склонность к сутулости (у дошкольников), бледность или мраморность кожных покровов с частой гиперемией щек, тонкие слабые пальцы и другое. Нередко наблюдались выраженные соматовегетативные дисфункции – неустойчивый, прерывистый сон, гипергидроз ладоней и одновременная сухость кожи, метеопатия и беспричинный субфебрилитет, цефалгии и т.д.

На этом фоне отмечены сходные для всех видов психической депривации отдельные психопатологические и психосоматические отклонения. Среди таковых – депривационная депрессия, которая наблюдается уже на первом году жизни при наличии воздействия депривации (с периода разлуки с матерью) и проявляется в пониженном настроении, двигательных дисфункциях, соматото-вегетативных отклонениях, которые часто маскируют собственно эмоциональные проявления депрессии. У младенцев депривационная депрессия (или «реакция горя» по Е. Антонии, 1975) по клиническим проявлениям в динамике обнаруживает ряд этапов формирования – вегетативный, соматизированный и регрессивный (Н.И. Голубева, М.А. Калинина, 2001) с преобладанием над собственно эмоциональными проявлениями в психическом статусе соматовегетативных отклонений и в ряде случаев напоминает соматическое заболевание со снижением веса, с отказом от еды, вялостью, заторможенностью, с безразличием к окружающему. У детей более старших депрессивные проявления носят менее демонстративный, сглаженный, маловыразительный характер в виде общей обедненности эмоциональности и безрадостного настроения.

Для депривационных нарушений характерны определенные двигательные расстройства в виде двигательного беспокойства малого размаха и разнообразных двигательных стереотипий (яктации, раскачивания, жевание, сосание языка, соски, пальца, пеленки, воротника одежды и т.п). Двигательные стереотипии особенно проявляются у слепых детей (кружение на месте, подпрыгивания, «ковыряние» глаз) и напоминают по своей выраженности таковые у детей – аутистов, двигательные нарушения у которых обусловлены кататоническими расстройствами эндогенного генеза. Двигательное стереотипное поведение проявляется на фоне общей двигательной дефицитарности, обедненной, недостаточно дифференцированной мимики, некоторой дискоординированности и дисгармоничной общей моторики и ручной умелости.

Следующим характерным психопатологическим феноменом депривационных расстройств является параутизм или психогенное нарушение коммуникативных функций, в основе которых лежат скрытая тревога, неуверенность в себе и окружающем

мире, падение психической активности и любознательности, порождающих нежелание познавать мир, общаться и как следствие – замкнутость (Д. Боулби, 1984).

К парааутизму относятся также (по современной теории привязанности) и ряд других психопатологических проявлений, наблюдаемых у депривированных детей (особенно у детей – сирот) – неумение устанавливать контакты, вялость эмоциональных реакций, аутоагрессия, патологические привычки, интеллектуальное отставание и малоэмоциональный характер. В связи со сказанным парааутизм рассматривается не только как расстройство коммуникаций, но и как нарушение феномена эмоциональной привязанности, с началом проявления ее в раннем возрасте.

К важным общим депривационным отклонениям в психофизическом развитии ребенка относятся нарушения формирования самоощущений, психосенсорные дисфункции и наконец, нарушения самосознания.

Это проявляется в недостаточной сформированности ощущений своего тела, гармоничной координации и пластичности общей моторики, жестов и положения тела в пространстве, отделения себя от окружающего. У детей из условий депривации нередко отмечаются рудименты феномена протодиакриза или не различения живого и неживого, а также элементы нарушений схемы тела, дисморфофобические или, напротив, дисморфоманические представления о себе. Особенно они характерны для детей, подвергшихся сексуальному насилию. При физическом насилии отмечаются элементы снижения ощущения боли, что возможно объясняет виктивное поведение жертвы. У депривированных детей нарушение самосознания проявляется в виде недостаточной или задержанной, идентификации пола, понимание своей социальной и гендерной роли в сообществе, что становится очевидным в более старшем возрасте, например в дошкольном и далее (Мухина В.С., 1985; Орлов Ю.М., 1989; Данилюк С.Б., 1994)

Степень выраженности депривационных нарушений в ряде случаев сближалась с эндогенным психическим заболеванием. Так проявления пара аутизма у детей сирот (в выраженных случаях) и слепых были практически идентичны раннему детскому аутизму. Важно подчеркнуть, что сходство констатировалось не только на клиническом уровне, но и по данным ЭЭГ-обследования (Строганова Т.А., 2001). В выраженных случаях депривационных нарушений биоэлектрические показатели у слепых и при эндогенном аутизме были похожими. Однако показатели иммунологических реакций (АФРН) четко различались при депривационных и эндогенных расстройствах – титры антител к фактору роста нервов при депривационных нарушениях были в пределах нормы, подчеркивая их психогенность и обратимость (Клюшник Т.П., Козловская Г.В., Калинина М.А., 2000).

Следует отметить, что помимо общих депривационных психопатологических проявлений, при каждом отдельном виде депривации были выявлены определенные клинические комплексы, которые были выделены в отдельные типы нарушений такие как – синдром сиротства, синдром насилия, синдром сексуального насилия, синдром слепого ребенка, синдром психофизической монотонии. Клиническая картина выделенных симптомокомплексов была в некоторой степени специфичной для определенного вида депривации.

Для синдрома сиротства были наиболее характерны общая дефицитарность психического склада, эмоциональная недифференцированность и депривационная депрессия, параутизм, двигательные нарушения.

Для детей из условий физического насилия (синдром насилия) при меньшей эмоциональной обедненности были свойственны характерные симптомы эмоциональной неустойчивости и дисфорических проявлений, а также симптомы расторможения и искажения влечений в виде агрессивности с тенденцией к разрушению, фантазирование с агрессивным содержанием, самоагрессия, виктивное поведение, элементы мучительства слабым.

У детей из ситуации сексуального насилия в семье выявлялись более заметные психосенсорные нарушения в восприятии своего тела, ранняя сексуализация и также виктивное поведение, самооговоры.

У слепых детей были более выражены двигательные расстройства, аутистическое поведение, расторможение влечений без элементов мучительства, психосенсорные дисфункции, патологическое визуализированное фантазирование, подозрительность, рудименты идей отношения, протопатические страхи. Для них же в значительно меньшей степени были свойственны проявления депривационной депрессии (в основном при переводе детей из семьи в специализированный интернат в дошкольном возрасте, которая носила характер ситуационного расстройства). Напротив, у них нередко наблюдалась склонность к повышенному настроению по типу рудиментов гипомании или эйфории.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод, что психическая депривация является психогенным фактором, вызывающим как общие, так и относительно специфические, в зависимости от типа депривации, психические нарушения, требующие лечебно-коррекционных мероприятий.

По степени выраженности в ряде случаев они приближаются к эндогенному психическому расстройству. Степень нарушений зависит от тяжести депривационного фактора, а также от времени начала и перманентности его воздействия. Характерной особенностью депривационных психопатологических отклонений является их обратимость, при изменении условий жизни ребенка, прекращении или уменьшении депривационного влияния. Однако следует отметить, что раз возникшие депривационные нарушения имеют свойство входить в структуру формирующейся личности и фиксироваться. При коррекции депривационных условий они редуцируются, но не исчезают полностью и при декомпенсации психофизического состояния модель прежнего психофизического реагирования возобновляется.

Литература

1. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. – М., 1984, т. 4.
2. Данилюк С.В. В кн. Развитие личности ребенка в условиях депривации. – М., 1994.
3. Долматов Е.Ю. В мат. конф. «Дети России». – М., 1997.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М., 1979.
5. Козловская Г.В. Варианты психической депривации и их влияние на процесс формирования личности у слепых детей // В кн. Матер. VIII конф. молодых научных сотрудников. – М., 1969, С. 64-65.
6. Козловская Г.В. К вопросу об особенностях психических нарушений у слепых детей: Автореф. дис... канд. мед. наук: – М., 1971. – 26 с.
7. Козловская Г.В. Особенности психических нарушений у детей с глубокими нарушениями зрения // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1971. №10. С. 12-15.

8. Козловская Г.В., Проселкова М.Е. Особенности психических нарушений у детей сирот раннего возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1995, №5, С. 52-56.
9. Козловская Г.В., Марголина И.А., Проселкова М.О. Жестокое обращение с детьми раннего возраста и формирование психического дизонтогенеза // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – М., 2001, №1, С. 52-55.
10. Козловская Г.В., Проселкова М.Е. Нарушения психического развития у детей сирот // Журнал невропатологии и психиатрии С.С. Корсакова. 1995. №5. С. 52-56.
11. Козловская Г.В., Проселкова М.Е. Парааутизм - психогенная форма аутизма // Развитие личности, 2004, № 3, С. 83-93.
12. Лангмейер Й., Матейчик З., Психическая депривация в детском возрасте. Прага: Авиценум, 1984. – 334 с.
13. Лисина М.И., Дубровина И.В. Психическое развитие воспитанников детского дома. – М., 1990.
14. Матвеев В.Ф., Барденштейн Л.М. Закономерности патологического формирования личности у детей с рано приобретенной глухотой // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1975. №10. С. 29-31.
15. Мухина В.С. Лишенные родительского попечительства. – М., 1991.
16. Мухина В.С. Проблема генезиса личности. – М. 1985.
17. Орлов Ю.М. /В кн. Дети с отклоняющимся поведением, М 1989.
18. Пиклер Э. Современные формы проявления госпитализма // Лишенные родительского попечительства / Ред.-сост. В.С. Мухина. М., 1991.
19. Проселкова М.О. Особенности психического здоровья детей-сирот: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1996.
20. Строганова Т.А. Ритмы ЭЭГ и развитие процессов контроля внимания. автореф. докт диссертации, М. 2001
21. Anthony E. Children Contemp // J. Soc. 1982. Vol. 15. P. 1.
22. Bolby J. Child care and the growth of love. Singapore: Pergyin books, 1983.
23. Erlenmeyer-Kimling L. Biological perspectives. Berlin-Chicago, 1987, pp. 26-31.
24. Freud A. Research at the Hampstead Child-Therapy Clinic and Other Papers, 1956-1965. – London, The Hogarth Press. 1970.
25. Goldfarb W. Psychological privation in infancy and subsequent adjustment. Amer. J. Orthopsychiat., 15, 1945.
26. Spitz R. Hospitalism. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. Psychoanal. Stud. Child, 1945, 1, pp. 53-74.

Савкова Е.А.

Семейная идентичность детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

(научный руководитель – канд. псих. наук Якимова Т.В.)

Цель: изучение возможностей и условий для сохранения и укрепления семейной идентичности детей, проживающих в детских домах и интернатах с помощью программы «Семейная книга».

Основная гипотеза: показатели, указывающие на сформированность семейной идентичности, связаны с чувством психологической защищённости детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.