

Специфика психического развития детей- сирот и детей оставшихся без попечения родителей

(Материал взят из книги Комплексное сопровождение жизнеустройства детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей — Соломатина Г. Н., Слюсарева Е. С.)

В развитии депривационных нарушений и оформлении их клиники важное значение придается также так называемым внутренним условиям депривации (Й. Лангмейер, З. Матейчик, 1984).

К ним относятся: возраст, в котором ребенок испытывает депривационное воздействие (дети первых лет жизни наиболее чувствительны к любому типу депривации); пол ребенка (по ряду данных, мальчики более выражено реагируют на депривационные ситуации, но этот вопрос нуждается в дополнительных исследованиях); конституциональные особенности (важны такие врожденные характеристики темперамента, как уровень активности, интенсивность реакций, регулярность или нерегулярность биоритма, приспособляемость к изменениям и др.); генетическая предрасположенность к каким либо генетическим психическим или соматическим заболеваниям, которые могут провоцироваться в условиях депривации; наличие минимальной дисфункции мозга перинатального генеза, вызывающей дополнительные «внутренние» депривационные воздействия из-за перцептивных и двигательных расстройств, пусть даже легких.

В последнее десятилетие пристально изучается тип специфических депривационных расстройств, связанный с лишением одной из основных потребностей ребенка, а именно потребности в устойчивой эмоционально-психической связи с матерью или заменяющим ее лицом.

В фокусе внимания отечественных исследователей оказались сенсорная, эмоциональная и социальная формы психической депривации, а так же психическая депривация в комплексной форме – «депривация детско-родительских отношений» [11]

Формирование личности ребенка – сироты происходит в состоянии социальной и психической депривации, которая негативно воздействует на развитие эмоционально-личностной сферы, на развитие общения, самооценки ребенка, как следствие, у детей деформируются многие базовые установки личности, связанные с полноценной социализацией, в частности, социально-доверительные отношения к миру.

Депривационные факторы образуют сложную иерархическую структуру, где один и тот же ребенок страдает несколькими формами депривации. Фактически, общество переживает состояние растерянности по поводу возможности разрешить тот комплекс проблем, который обусловлен ситуацией сиротства.

Результаты исследований показывают, что серьезное обеднение среды приводит к сенсорной депривации, уменьшение коммуникаций с окружающими – к социальной депривации, уплощение эмоционального тона при взаимодействии с персоналом – к эмоциональной депривации, жесткая формальная организация среды детского дома – к когнитивной депривации.

Основной формой депривации данной категории детей является депривация детско-родительских отношений, в которую могут быть включены все выше перечисленные формы. Воспитание детей вне семьи ведет к депривации психического и личностного развития, которое проявляется в деформации базового доверия детей к миру. А вместе с тем, многие авторы считают, что социальное доверие – стержневой элемент социального и психологического благополучия индивида в обществе.

Ранний детский опыт ребенка-сироты формирует один из серьезных психических феноменов сиротства – «утрату базового доверия к миру», которая проявляется в агрессивности, подозрительности, неспособности к автономной жизни. В результате этого дальнейшее развитие доверительных отношений детей оказывается депривированным.

Теория привязанности, в настоящее время, является одной из основополагающих теорий детского развития. Ее истоки восходят к психоанализу (Р. А. Шпитц, И. Боулби), она подпитывается идеями теорий психодинамических кризисных развитий личности Э. Эриксона и этиологическими концепциями К. Лоренца, развивается, благодаря ставшим классическими исследованиями М. Эйнсворт об индивидуальных особенностях привязанности младенца к матери, и в целом представляет сейчас са

мостоятельное научнопрактическое направление, дающее объяснение многим особенностям развития ребенка.

«Привязанность» (англ. – attachment) – термин, которым обозначаются специфические эмоциональнопсихологические, устойчивые во времени связи индивидуума с любящими его людьми. М. Ейнсворт опеределяет эти связи как «духовные» и в одной из своих последних работ (1989 г.) пишет о том, что их формирование происходит в течение всей жизни человека с разными лицами: родителями, родственниками, сексуальными партнерами, друзьями.

Считается, что в норме привязанность к матери формируется к 7 – 8 мес. 1го года жизни младенца; она также может быть выражена к этому времени и по отношению к другим людям, которые много и тепло общаются с ребенком, – отцу, бабушкам и дедушкам, старшим братьям и сестрам и др.

Различают три фазы формирования привязанности (по Р. А. Шпитцу):

1. От рождения до 3 мес., когда ребенок еще не осознает свою мать как отдельное особое существо, не проявляет никаких внешних признаков тревоги, если вместо матери появляется кто-то другой, и одинаково ищет близости с любым знакомым и незнакомым человеком доступными ему средствами (улыбкой, вокализациями, двигательной активностью) – предобъектная стадия.

2. От 3 до 6 мес. – время, когда ребенок учится постепенно узнавать знакомые и незнакомые лица. При этом мать, как лицо наиболее быстро и активно реагирующее на сигналы младенца, скорее других выделяется им, именно ей, в первую очередь, начинают адресоваться ответные сигналы ребенка – стадия предварительного объекта.

3. От 7 до 8 мес. – период, когда у ребенка формируется представление о постоянстве людей и предметов, и особенно матери, он становится четко избирательным в общении с нею, а также со знакомыми и незнакомыми людьми – стадия объекта. Как следствие сформированности привязанности исчезают ровные дружелюбные реакции ребенка на любого человека, появляются признаки тревоги при приближении незнакомца, ребенок обнаруживает явную тревогу при отделении от матери.

В то же время считается, что чем более обеспечивала и обеспечивала мать постоянство комфортного состояния ребенка, тем легче вырабатываются у него в дальнейшем чувства безопасности и защищенности, которые помогают ему в норме уже к концу 1го года жизни стать эмоционально уравновешенным и приобрести доверие к окружающим людям и миру в целом. Таким образом, по Э. Эриксону оказывается разрешенным первый кризис личностного развития, приуроченный к концу 1го года: конфликт между доверием и недоверием. Согласно теории кризисных периодов развития личности человек на протяжении жизни переживает во семь кризисов, суть которых – конфликт между противоположными состояниями психики. Если конфликты разрешаются успешно, то кризис не принимает острых форм и заканчивается образованием определенных личностных качеств. Неудачное разрешение кризиса приводит к тому, что человек, переходя на новую стадию развития, переносит с собой и необходимость решать противоречие, свойственное не только данной, но и предыдущей стадии, однако в таком случае это дается гораздо труднее. Комфортное состояние младенца в общем виде связано с полноценным удовлетворением его социальнопсихологических и биологических потребностей и основано на ощущении ребенком постоянства этого процесса удовлетворения со стороны матери или заменяющего ее лица. Неполноценное и непостоянное удовлетворение матерью или лицом, ее заменяющим, основных потребностей ребенка ведет к искажению формирования привязанностей и появлению ряда специфических клинических симптомов.

В случае достаточной выраженности этих симптомов они диагностируются как определенный психопатологический синдром, который носит название реактивного расстройства привязанности детского возраста. Это совершенно новый психиатрический диагноз, который был введен лишь в последнюю международную классификацию психических болезней (МКБ10), хотя до этого он уже был в американской классификации (DSM11). Отмечается, что существование этого типа расстройств вполне признано и принято, несмотря на некоторую неопределенность в отношении его диагностических критериев и границ. Подчеркиваются важность диагностики этого синдрома для общественного здоровья, возможность его лечения и предупреждения.

Считается, что главной (но не единственной) причиной происхождения синдрома является плохая забота о ребенке, пренебрежение его основными нуждами, вплоть до враждебных действий по отношению к нему. Предрасполагающими моментами для этого служат умственная отсталость и другие формы психических заболеваний родителей, преждевременное материнство (в подростковом возрасте), когда собственные потребности психологически незрелой матери доминируют над потребностями ребенка, и тому подобные состояния. Поскольку часто именно эти состояния приводят к лишению или отказу от родительских прав, дети, передаваемые в этих случаях в дома ребенка, с высокой степенью вероятности будут носителями данного синдрома (который, однако, развивается не у всех, что связано с «внутренними» особенностями индивидуума). Известно также, что реактивные расстройства привязанности могут возникать в условиях и самого детского дома. Это происходит, во-первых, при частой смене воспитателей, когда ребенок оказывается не в состоянии сформировать «заместительную» привязанность к кому-либо из них из-за отсутствия достаточного постоянства ухаживающего лица (даже достаточно заботливого); во-вторых, при неоднократном и недлительном помещении ребенка раннего возраста в разные приемные семьи.

Диагноз реактивного расстройства привязанности ставится детям, начиная с младенческого возраста и до 5 лет. Он базируется на выявлении характерных нарушений в коммуникативной, эмоциональной и поведенческой сферах, а также может включать определенные поведенческие отклонения.

Основные симптомы можно объединить в группы:

1. Устойчивое нежелание ребенка вступать в контакт или поддерживать общение с окружающими взрослыми (у младенцев это отсутствие или слабость зрительного контакта и голосового подражания, нежелание со вступать в совместную игру или даже сопротивление ей и т. п.); апатичный или сниженный фон настроения, часто с боязливостью или настороженностью, который не исчезает, когда ребенка утешают; с 1,5 – 2 лет плохое социальное взаимодействие со сверстниками, агрессия к себе и другим; отсутствие любопытства и достаточной спонтанности в деятельности.

2. «Диффузная общительность», которая проявляется в отсутствии чувства дистанции со взрослыми и в фамильярности в общении с почти незнакомыми людьми, постоянных просьбах о чем-то, желании всеми способами привлечь к себе внимание («прилипчивое» поведение); с 4 лет и позже – неразборчивые дружеские связи со сверстниками.

Последний вариант синдрома в МКБ10 носит отдельное диагностическое название – «расторженное расстройство привязанности» и считается характерным для детей, воспитывающихся в домах ребенка с младенчества при частой смене воспитателей; в американской классификации он рассматривается в рамках общего синдрома реактивного расстройства привязанности.

К соматическим симптомам расстройств привязанности относят снижение физических показателей развития (масса, рост), слабость мышц ноги тонуса, недоразвитие костной системы при нормальном уровне гормонов роста, что говорит о том, что выявляемые нарушения вторичны.

В дифференциально-диагностическом плане важно отсутствие у детей с расстройством привязанности признаков истинного детского аутизма и выраженного интеллектуального снижения, а также обратимость симптомов при изменении внешних условий (появление постоянного отзывчивого воспитателя, передача любящим приемным родителям и др.). Известно, что, начиная со II полугодия жизни, ребенок становится способным к формированию устойчивых эмоционально-психологических связей с заботящимися о нем людьми, в первую очередь, с матерью. Разрыв этих связей получил название сепарации (англ. separate – разделять). Это понятие было введено И. Боулби в 1951 г. для обозначения ситуации долговременной разлуки ребенка с матерью или иным лицом, занимающим ее место. При этом полагалось, что особенно серьезной для психического здоровья ребенка является сепарация в первые 3 – 5 лет жизни. Дальнейшие исследования показали, что существует индивидуальная восприимчивость к сепарации, которая для одних детей становится депривационным фактором, а другими переносится без каких-либо внешне видимых последствий. Важное значение имеют степень выраженности эмоциональных связей между матерью или другим объектом привязанности и ребенком до сепарации, внезапность или

постепенность их отделения, его длительность, наличие или отсутствие лиц, замещающих объект привязанности, возраст ребенка на момент разлуки с матерью.

Клинически описаны три так называемые сепарационные фазы (И. Боулби, 1952), которые наиболее типичны в своих проявлениях для детей в возрасте от 7 месяцев до 4 лет (при помещении их в круглосуточные ясли, больницу, дом ребенка и т. д.), но в том или ином виде могут отмечаться или позже, или раньше.

Первая фаза – фаза «протеста»: ребенок плачем зовет свою мать (или другого человека, к которому он успел сформировать привязанность), не отпускает ее, когда она приходит его навестить, рыдает при ее уходе, иногда обнаруживает признаки паники. Несколько дней спустя или позже на смену этой фазе приходит вторая – фаза «отчаяния» (или депрессии), когда ребенок становится подавленным, погруженным в себя, у него отмечается нарушение сна и аппетита, нередки сосание пальца, раскачивания и другие стереотипные действия. После этого может наступить последняя, третья, фаза – «отчуждения», когда ребенок теряет интерес к объекту прежней привязанности и для него перестает быть важным, навещает он его или нет, т. е. происходит утрата потребности в объекте привязанности. Симптоматика сепарационных фаз не всегда наблюдается последовательно, она может как бы «переплетаться».

К наиболее тяжелым и известным проявлениям сепарации относится синдром анаклитической депрессии (лат. depressio – подавление) у части детей 6 – 11 месяцев, которые находились до этого возраста в тесном контакте с матерями, а затем были внезапно разлучены с ними. Через 3 – 4 недели после начала разлуки дети становились плаксивыми, боязливими, раздраженными, у них наблюдались расстройства сна и аппетита, значительно ухудшались показатели психического развития. В дальнейшем на первый план выступали высокая подверженность инфекционным заболеваниям, неконтактность, подавленность и апатичность, вплоть до ступорозных состояний. Современные исследователи полагают, что этот синдром отражает яркую клиническую картину трех «переплетающихся» по симптоматике сепарационных фаз, которые развиваются у детей с высокой восприимчивостью к сепарации и, повидимому, имеющих генетическую предрасположенность к эндогенному кругу психических расстройств.[6] Проблема социальной депривации детей, находящихся в специализированном доме ребенка, является весьма актуальной, и эта актуальность имеет четко выраженную тенденцию к росту.

В силу ряда специфических факторов (индивидуальных и межличностных) дети, воспитывающиеся в специализированных учреждениях, заслуживают специального изучения. Они составляют в целом группу риска по нарушенному поведению в доме ребенка.

В таблице 1 отражена специфика психического развития детей, воспитывающихся вне семьи, по ряду параметров.

Специфика психического развития детей, воспитывающихся вне семьи

Таблица 1.

Параметры	Характеристика психического развития
Интеллект	Ситуационность, наглядность мышления, классификационное мышление
Мотивация	Узость и бедность содержания мотивов, привязанность к ситуации
Произвольность	Ориентация на внешний контроль, привычка к пошаговому контролю
Временная перспектива	Ориентация на настоящее, суженная перспектива прошлого и будущего
Яконцепция	Неприятие себя, недоверие к себе, ориентация в самооценке на мнение других, чувство «Мы»

Идентичность	Неопределенная
Гендерная идентичность	Бедность, схематичность, опора на отрицательный эталон мускулинности/феминности
Общение	Недоверие к людям, зависимость, деструктивная агрессия в решении конфликтов

Первичной и наиболее важной проблемой в процессе развития детей сирот, воспитывающихся в детских домах, является проблема интеллектуального развития воспитанников. Недостаточное интеллектуальное развитие ребенка может заключаться и выражаться в несформированности или неразвитости познавательных процессов, неустойчивости внимания, слабой памяти, слабо развитого мышления (нагляднообразного, абстрактно-логического, вербального и др.), низкой эрудиции и т. д. Причины низкого интеллектуального развития могут быть различны: от нарушения нормальной работы мозга, до отсутствия нормальной образовательной-воспитательной среды (педагогическая запущенность).

Психолого-педагогические исследования уровня и особенностей интеллектуального развития воспитанников детских домов свидетельствуют о том, что уровень развития внимания и памяти воспитанников не имеет существенных отклонений от среднестатистической нормы. Однако исследования выявляют слабо сформированную картину мира, повышенную ситуативность, которая в познавательной сфере проявляется в неспособности решения задач, требующих внутренних операций, без опоры на практические действия, снижение развития абстрактно-логического мышления, особенно у детей среднего школьного возраста. Наиболее выражено снижение вербально – логического мышления. Большую трудность для дошкольников и младших школьников представляет внеситуативно– личностная беседа. Как правило, вопросы «Кто вам больше нравится?», «Что вы любите?», «Какое у вас настроение?» и т. п. вызывают смущение детей, и они ничего не могут на них ответить.

Эти данные свидетельствуют о том, что основными причинами снижения интеллектуального развития воспитанников общеобразовательных интернатных учреждений являются средовые влияния, педагогическая запущенность, а не врожденно – наследственные факторы, анатомо-физиологические нарушения работы центральной нервной системы. Одной из причин является отсутствие качественного, содержательного общения со взрослыми, которое было бы адекватно для детей, воспитывающихся в детском доме.

Поэтому одной из центральных проблем является проблема эмоционально-волевого развития воспитанников детских домов. Наибольшие трудности и отклонения от нормального становления личности воспитанников детских домов отмечают все исследователи в эмоционально-волевой сфере: в нарушении социального взаимодействия, не уверенности в себе, снижении самоорганизованности, целеустремленности, недостаточном развитии самостоятельности («силы личности»), неадекватной самооценке, неуверенности в себе, неспособности выстроить нормальные взаимоотношения с окружающими, вплоть до полного отсутствия тенденции к сотрудничеству. Нарушения подобного рода проявляются чаще всего в повышенной тревожности, эмоциональной напряженности, психическом утомлении, эмоциональном стрессе, повышенной чувствительности к различного рода препятствиям, неготовности преодолевать трудности, снижении потребностей в достижениях и успехе, повышенной агрессивности, недоверчивости, вспыльчивости, несдержанности, чрезмерной импульсивной активности, эмоциональной холодности, уходе в себя, нарушении эмоциональных контактов с окружающими, нарастании пассивности, депрессии и т. д. Подобные нарушения объясняются всем предыдущим развитием детей, а также условиями пребывания воспитанников в учреждениях закрытого типа. Значительная часть детей поступает в детские дома из домов ребенка, где они воспитывались до трех, иногда до четырех лет.

Результаты исследований, проведенных академиком В. С. Мухиной,

свидетельствуют: воспитанники домов ребенка – аутичны, у них слабо выражена потребность к общению, наблюдается общая задержка развития. Эти дети часто отстают в речевом развитии, не умеют играть, не умеют общаться. Условия воспитания в закрытых учреждениях задают ребенку пассивную тенденцию в поведении. Ребенок, растущий в условиях учреждений интернатного типа, как правило, не осваивает навыки продуктивного общения. Его контакты поверхностны, нервозны и поспешны: он одновременно домогается внимания и отторгает его, переходя на агрессию или пассивное отчуждение. Нуждаясь в любви и внимании, он не умеет вести себя таким образом, чтобы с ним общались в соответствии с этой потребностью.

Отчужденность, эмоциональная холодность, неумение эмоционально общаться, отсутствие навыков общения – вот далеко не полный перечень отклонений в развитии. У детей в детских домах ярко проявляется так называемый эмоциональный голод: они легко вступают в контакт с любым человеком, который приходит в учреждение. Однако совместной деятельности, игре, внеситуативному общению, беседе с взрослыми дети предпочитают непосредственный физический контакт: забраться на колени, обнять, погладить по голове, прижаться, взять за руку – это своеобразная форма ситуативно-личностного общения, в которой средства общения (даже включая речь, хоть и бедную по содержанию и лексико-грамматическому составу) не соответствуют мотивам и потребностям. Деловые контакты с взрослыми возникают поздно и осуществляются в примитивной форме. Дети с интересом могут наблюдать за игровыми действиями взрослого, выполнять его указания, охотно принимать все предложения, но включиться в игру, быть ее равноправными и активными участниками дети не могут. Активность в сотрудничестве, стремление и способность что либо делать вместе с взрослыми у детей не возникает. Попытка взрослого аргументировать привлекательность совместной игры, деятельности может вызвать внезапное отчуждение, демонстрацию показного безразличия, представляющего вариант защитного поведения, которое маскирует испуг, неуверенность в себе и т. п. Ребенок не умеет себя проявить в общении. Его никто не развивал в плане эмоциональной культуры и культуры общения. Эмоции являются важнейшим компонентом в целостной картине поведения ребенка дошкольного возраста, его деятельности, отношения к миру, окружающим людям и самому себе. Специфические условия жизни в учреждении интернатного типа, эмоциональная депривация нарушают психическое развитие ребенка, искажают его эмоциональную сферу.

Э. А. Минкова перечисляет своеобразные черты эмоционального портрета воспитанника детского дома: пониженный фон настроения; бедная гамма эмоций, однообразие эмоционально-экспрессивных средств общения; склонность к быстрой смене настроения; однообразие и стереотипность эмоциональных проявлений; эмоциональная поверхностность; неадекватные формы эмоционального реагирования на одобрение и замечание (от пассивности и равнодушия до агрессивности и враждебности); повышенная склонность к страхам, тревожности и беспокойству; основная направленность положительных эмоций – получение все новых и новых удовольствий; непонимание эмоционального состояния другого человека; чрезмерная импульсивность, аффективная взрывчатость (дети до шести семи лет не овладевают поведением, на ходятся во власти аффекта) и т. д.

Часто у детей дошкольного возраста двигательная расторможенность и повышенная возбудимость сочетаются с повышенной истощаемостью, социально-волевой неустойчивостью, повышенной утомляемостью, раздражительностью (так называемый церебрастенический синдром). Это говорит о том, что причинами эмоциональной незрелости и отклонений в эмоциональном развитии являются не только психическая, социальная, эмоциональная депривации, но и наследственная (наследственная отягощенность нервнопсихической патологией) и врожденная (например, органическое поражение центральной нервной системы в период внутриутробного развития) патология.

Для более точного определения психолого-педагогических особенностей развития личности ребенка, воспитывающегося в условиях детского дома, нами были использованы данные результатов исследований, проведенных М. И. Лисиной, И. В. Дубровиной, А. М. Прихожан, Н. Н. Толстых и других.

Неполнота эмоциональной жизни в сиротских учреждениях вызывает у ребенка в старшем возрасте различные психические расстройства и нарушения социальной адаптации: у одних это тенденция к понижению активности, ведущая к апатии и большому интересу к вещам, чем к людям; у других – гиперактивность с уходом в асоциальную и криминальную деятельность; у многих

наблюдается тенденция вести себя вызывающе в обществе, пытаясь привлечь к себе внимание при неумении создавать прочные эмоциональные привязанности.

Для понимания и целенаправленной комплексной работы с детьми, находящихся в условиях депривации, необходимо выделить основные факторы, оказывающие негативное влияние на процесс развития эмоциональной сферы ребенка и личности в целом. Во первых, основная часть детей имеет неоспоримо негативную наследственность, в частности наследственную отягощенность алкоголизмом, а в последние годы и наркоманией, происходит постоянное увеличение количества сирот, страдающих врожденной психической и не врологической патологией. Именно «отказные» дети чаще имеют врожденные физические и психические аномалии, как следствие действия пренатальных и натальных факторов: алкогольной интоксикации, вследствие злоупотребления матерью спиртными напитками, гипоксия плода и др. Кроме того, у детей, помещенных в детские дома, отмечена пси хопатологическая наследственность, в первую очередь, это умственная отсталость и шизофрения. Во вторых, вредным является уже само вынашивание нежеланной беременности женщинами, бросающими новорожденных в родильных до мах. Вынашивание такой беременности приводит к искажениям жизнен но важного взаимодействия между матерью и ребенком во время внутриутробного развития, к нарушению сенсорных, обменных, гуморальных связей между ними. У большинства будущих «отказниц» во время беременности отмечаются психические нарушения: депрессивные состояния, психовегетативные нарушения, обострения психических, соматических хронических заболеваний. Важным патогенным фактором являются связанные с психическими отклонениями нарушения поведения таких беременных: гиперактивность, неудачные попытки прервать беременность, зло употребление курением, алкоголем, наркотиками и пр. Большинство из них оказываются неготовыми к родам, о чем свидетельствует исключительно высокий уровень недонашиваемости, а также патологии родовой деятельности. Клинически выраженные мозговые повреждения у ново рожденных обнаруживаются сразу после родов. Они нуждаются в реанимации и интенсивной терапии в связи с тяжестью состояния.

Значительная часть случаев отказов от детей связана не столько с социальными нуждами или с глубокой нравственной деградацией жен щины, сколько с временными личностными, социально-психологическими и материальными кризисами. Во многих странах мира, в которых практически сведено на нет социальное сиротство как явление, помимо прочего активно функционируют и оказывают действенную по мощь женщинам и семьям, оказавшимся в кризисной ситуации разнообразные службы социально-медико-психологической помощи. К сожалению, приходится констатировать практически полное отсутствие таких служб в нашей стране.

Третьим патогенным фактором, который проявляется у более старших детей, является комплекс социальных, педагогических и психологических вредностей в бывших родительских семьях. Среди форм не правильного воспитания типичными для социального сиротства являются безнадзорность. Большинство семей, где дети лишены попечения родителей, характеризует социальное неблагополучие: низкий материальный уровень, неудовлетворительное питание, пьянство родителей, аморальный образ жизни, скандалы и драки в семье, а также проживание с родственниками, имеющими психические расстройства.

Остро в таких семьях стоит проблема жестокого обращения с детьми (физическое, сексуальное, эмоциональное насилие). Дети из этих семей лишены родительской любви (дети без любви), недоедают, не посещают организованные детские коллективы, подвергаются истязаниям, что при водит к уходу из дома. Отсюда – признаки сенсорной и социальной депривации, отставание в психическом развитии более чем в двух третях случаев, признаки мозговой дисфункции с неврологическими расстройства ми, нарушениями познавательной деятельности, расторможенностью, эмоциональной неустойчивостью, склонностью ко лжи, патологическому фантазированию, с выраженными невротическими реакциями.

Четвертым и, пожалуй, одним из наиболее мощных патогенных и дезадаптирующих факторов, для ребенка является сам насильственный отрыв его от родительской семьи и помещение в детское специализированное учреждение. Главным условием полноценного психоэмоционального развития ребенка является родительская семья с соответствующей природе формирующегося ребенка организацией жизни, с при сущим только биологической семье уровнем общения с родными, и особенно с матерью. Отрыв ребенка от родителей способствует развитию так

называемых депривационных психических расстройств, которые тем тяжелее, чем раньше ребенок оторван от матери и чем длительнее воз действует на него фактор этого отрыва.

Еще Л. С. Выготский отмечал специфические закономерности аномального развития, связанные с неблагоприятными социальными факторами, указывал на затруднения, возникающие у таких детей во взаимодействии с окружающим миром. Современные исследователи так же отмечают, что психосоциальное развитие детей, социализировавшихся в неблагоприятных социальных условиях, перенесших материнскую, сенсорную, эмоциональную, коммуникативную депривацию, происходит с отклонениями и имеет общую деструктивную направленность.