

УДК 159.9

DOI: 10.17223/17267080/63/10

**Г.Г. Буторин<sup>1</sup>, Л.А. Бенько<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет  
(Челябинск, Россия)

<sup>2</sup> Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск, Россия)

### **Депривация как причина нарушений психического развития в детском возрасте**

*Анализируются особенности формирования психического дизонтогенеза в условиях депривации и его роль в адаптации к школе. Результаты исследования показали, что психический дизонтогенез возникает и формируется в условиях депривации в семьях с нарушенным психологическим здоровьем. Такие депривационные условия могут приводить к формированию особой группы дизонтогенеза, который имеет все основания для включения в классификацию как самостоятельный вариант. В случае депривационных условий наблюдается задержка созревания высших социальных компонентов личности: системы интересов, идеалов, моральных установок, а когнитивный дефект проявляется в отсутствии знаний, представлений, интеллектуальных и эстетических интересов, слабости познавательных и высших эмоций. Депривационное развитие характеризуется относительно сложной, но непрогредиентной динамикой.*

**Ключевые слова:** дизонтогенез; депривационное развитие; резидуально-органическая патология; психогенные нарушения.

#### **Введение**

Изучение проблемы школьной дезадаптации в связи с ростом ее распространенности и большой социальной значимостью является одной из актуальных проблем не только современной психологии, но и других дисциплин, занимающихся решением проблем поддержания детского психического здоровья. Как свидетельствуют многочисленные работы отечественных и зарубежных авторов, её изучение носит многопрофильный характер [1–7]. Анализ научной литературы показал, что большинство работ, проводимых в данном направлении и нацеленных в первую очередь на оценку психического здоровья ребенка, как правило, сводятся к попытке отделить норму от патологии. Однако следует признать, что диагностика «патологии» в отношении школьной дезадаптации представляет значительные трудности. Прежде всего это связано с тем, что она включает все этапы психического развития ребенка: от временной физиологической незрелости (что можно трактовать как дефицит формирования психологической стороны социального функционирования, когда снижение адаптации-

онного потенциала не гарантирует успешную адаптацию к среде) до тяжелых патологических состояний (таких как интеллектуальный дефект или психопатии). Большинство исследователей единодушно в утверждении, что в этиологии различных психических расстройств этого континуума играет свою роль множество причин биопсихосоциальной среды [8–11].

Понимание механизмов и закономерностей этих отклонений привело к созданию В.В. Ковалевым концепции постнатального психического дизонтогенеза [9. С. 194], под которым автор понимает нарушение умственного развития, в том числе его легких форм, не только структурного, но и функционального характера. С его точки зрения, психический дизонтогенез может быть вызван как патогенными биологическими факторами, так и неблагоприятными микросоциально-психологическими воздействиями, а также различными их комбинациями. Ведущая роль социально-психологической среды в происхождении психического дизонтогенеза подтверждается современными данными морфологии и физиологии головного мозга. Они свидетельствуют, что развитие многих характерных церебральных структур и функций человека зависит от взаимодействия растущего организма с социальной средой и обучения в нейрофизиологическом и нейропсихологическом смысле [12. С. 45; 13].

Патогенетические механизмы психического дизонтогенеза были изучены относительно недавно, и несмотря на то, что изменчивость дизонтогенетических расстройств в детской психиатрии была предметом внимания многих ученых [9, 14–16], типология дизонтогенеза не получила полной и четкой систематизации.

Среди клинических и специальных психологов наиболее признанной является оригинальная типология психического дизонтогенеза, предложенная В.В. Лебединским [11. С. 35]. Эту типологию он разработал, основываясь на идеях и классификациях Г.Е. Сухаревой (1959) [14] и Л. Каннера (Kanner, 1955). Предлагаемая классификация дифференцирует отдельные варианты аномалий на основе главного качества нарушения и представлена следующими вариантами нарушенного развития: недоразвитие, задержанное, поврежденное, дефицитарное, искаженное и дисгармоническое развитие. Однако автор полагает, что попытка систематизировать большое разнообразие как клинических, так и этиопатогенетических особенностей не способна привести к полному охвату этой сложной и многогранной проблемы. По мнению В.В. Лебединского, некоторые аспекты и условия описания различных видов дизонтогенеза неравномерны вследствие недостаточности исследования патопсихологических пороков развития. В этой связи очевидно, что существует настоятельная необходимость дальнейших исследований.

Психологические и патопсихологические исследования закономерностей дизонтогенетического развития сосредоточены в основном в двух областях знаний: специальной психологии и детской психиатрии. При этом исследователи разных направлений утверждают, что формирование личности и психофизиологическое развитие человека в онтогенезе проте-

кает неравномерно и в соответствии со своими законами. Резкие изменения в количественном и качественном отношении совпадают с переходными возрастными периодами, или этапами возрастных кризисов. Именно кризисные периоды в связи с нарушениями относительного физиологического и психологического равновесия легко приводят к формированию различных форм дизонтогенеза. Второй возрастной критический период (6...8 лет) в сочетании со «стрессом социальных изменений», который сопровождает один из ключевых этапов социализации (начало обучения в школе), является наиболее ответственным и наименее изученным [9, 14, 17–20]. Особенно разрушающе, как указывают авторы, повлиять на характер нарушения могут неблагоприятные психосоциальные условия микросоциальной среды, которая в существенной степени определяет формирование механизмов адаптации.

Психогенным расстройствам у детей посвящена обширная литература, рассматривающая главным образом возрастные особенности, клинические проявления и связанные с этим диагностические трудности. По данным ученых, оценка влияния микросоциального контекста на развитие ребенка является весьма сложной задачей. В неблагоприятных семейных условиях легко возникает отказ от удовлетворения его базовых психологических потребностей. Это те ситуации, когда можно говорить о таком явлении, как депривация в системе семьи.

Под психической депривацией подразумеваются различные негативные последствия, которые в реальных ситуациях встречаются сочетанно [21]. Предыдущими исследованиями нами было показано, что психологическое здоровье семьи определяется многими одновременно действующими факторами [12. С. 38]. Комплекс социальных, экономических, биологических, психологических и т.п. факторов – вот тот шаблон, который определяет психологическое здоровье ребенка. Исследователи считают, и результаты нашей работы подтверждают такую позицию, что различные условия лишения, накапливая все психогенные факторы микросоциальной среды, существенно изменяют модели биологических и социальных отношений и отчетливо проявляются в психическом дизонтогенезе.

### **Материал и методы исследования**

Целью настоящей работы было изучить особенности формирования психического дизонтогенеза в условиях депривации и проследить, какую роль он играет в адаптации к школе. Постановка задач исследования потребовала разработать многоуровневый подход к решению проблемы. Было высказано предположение, что ее реализация может быть успешной лишь при многофакторном анализе, который находится на стыке нескольких дисциплин. Как известно, чтобы диагностировать уровень и тип отклонения в развитии как следствие депривации, необходимо иметь данные об уровне развития психики ребенка по целому ряду отдельных признаков, что требует сотрудничества многих специалистов: педиатров, психологов,

психиатров, социальных работников, педагогов, дефектологов и др. [22]. Именно такой подход и был реализован в настоящем исследовании. Эксперты из мультипрофессиональной команды опросили 998 учеников 1...2 классов общеобразовательных школ в возрасте 6...8 лет. Из них 316 учащихся (31,7%) имели признаки академической неуспеваемости и проблемы в социальном функционировании. Первичная диагностика выявила у этого контингента различные варианты дизонтогенетических проявлений. На основе углубленной диагностики был проведен выбор основной (репрезентативной) группы из 96 учащихся (30,4%). Критериями включения в исследование были: 1) раннее проявление симптомов школьной социально-психологической дезадаптации и трудностей в образовательном процессе; 2) связь школьной дезадаптации с преобладанием негативных социально-психологических условий окружающей среды; 3) общий интеллектуальный показатель (IQ) в целом по шкале Д. Векслера не ниже пограничного уровня (70...79); 4) нарастание уровня социально-психологической дезадаптации в критический период онтогенеза (6...8 лет). Контроль осуществлялся в сравнении с аналогичной группой детей (100 человек) без признаков психогенных расстройств вследствие дизонтогенеза и нарушений адаптации к школе. Группа контроля создавалась путем случайной выборки (682 человека) на основе идентификации основных факторов.

Был использован комплекс диагностических методик, характеризующийся полной надежностью и валидностью. В основной группе были изучены психопатологические и социально-психологические аспекты проблемы. Эксперты тщательно проанализировали данные клинического и параклинического обследования, а также клинико-анамнестические сведения, полученные при детальном опросе родителей, родственников и взятые из медицинской и педагогической документации. Психологическое исследование включало шкалу Д. Векслера для измерения интеллекта у детей (WISC-R) и адаптированную Ю.А. Панасюком ориентировочную методику готовности к школе А. Керна и Я. Йирасека, диагностику уровня и вида депривации в условиях микросоциальных психогенных воздействий среды, исследование самооценки методикой А.И. Липкиной «Три оценки». Для исследования семейных отношений использовались графическая проективная методика «рисунок семьи» и другие графические тесты. С помощью школьных психологов и социальных педагогов был проведен социометрический опрос. Используя статистические методы для уточнения характера и глубины социально-психологической дезадаптации, были обработаны многопрофильные результаты исследования.

### **Результаты и их обсуждение**

Последовательно с позиции онтогенеза были проанализированы этиопатогенетические и диагностические аспекты исследуемой проблемы, где было вмешательство негативных факторов двух структур: неблагоприятные условия окружающей среды и факторы аномального развития пси-

хики, что вызывало нарушения в системе социально-психологической адаптации. Первая структура была представлена спектром биопсихосоциальных условий, которые имели отношение прежде всего к «психологическому здоровью семьи» [23]. Работа многопрофильной команды специалистов создала уникальную возможность для комплексной оценки этих факторов, что сыграло ключевую роль в изучении явления.

Сравнение результатов семейной структуры в основной и контрольной группах с низким общим уровнем различий показало, что в семьях основной группы отмечались более выраженный индекс аномальности и высокие показатели депривации. Для основной группы было более характерно нарушение модуса семьи как в плане структуры, так и в плане социально-психологического климата.

Сравнение социально-гигиенических и демографических характеристик семей обнаружило, что в основной группе было значительно больше отрицательных показателей, чем в контрольной. Наиболее значимые из них – неполные семьи, деформированные семьи, где в большей степени преобладает как ранний, так и поздний возраст при рождении детей, а кроме того, низкий образовательный и материальный уровень достатка в семье. Особую сложность в семейных отношениях создавали наркологические проблемы у родителей, что отмечалось в 32,4% случаев. Такая семейная обстановка, безусловно, формировала высокий индекс эмоциональной, сенсорной и социальной депривации как источника психического дизонтогенеза.

Известно, что как один из наиболее важных показателей психологического здоровья семьи рассматривается характер отношений родителей к детям. Это считается наиболее важным фактором в формировании личности ребенка и в норме, и в патологии. Многопрофильные данные, а также применение специальных диагностических методов (интервью с родителями и детьми, диагностика депривации, исследование самооценки, «рисунков семьи» и др.) показали высокую степень достоверности различий ( $p < 0,01$ ) патологических и непатологических форм воспитания в основной и контрольной группах. Диагностированные нарушения психологического здоровья семьи отражали, с одной стороны, уникальность связи семьи с обществом, с другой – внутреннюю сущность ее функционирования. С этой точки зрения объясняя все проанализированные показатели, можно предположить, что некоторые типы неблагополучных семей коррелируют с формами психической депривации: сенсорной, когнитивной, эмоциональной и социальной. Следует уточнить, что психическая депривация, как правило, обладает сложной структурой, из которой выделить отдельную форму можно лишь условно – ту, которая проявляется в большей степени, в обязательном сочетании с другими. Сравнение показало, что психическая депривация детей находится в жесткой зависимости от показателей психологического здоровья семьи как многоуровневого качества жизни. Условия депривации, проявляя себя постоянно, в общем контексте психологического здоровья семьи в проводимом исследовании играли специфическую и

важную роль в развитии психического дизонтогенеза у детей и определяли характер их социально-психологической адаптации.

Динамические характеристики психического дизонтогенеза были получены при анализе соответствующих данных клинических и анамнестических сведений, медицинской документации, опросов родителей и воспитателей. Уровень развития в дошкольном возрасте рассматривался прежде всего в единстве психологических и социальных сфер как основа онтогенетического развития. Полученные данные показали, что нарушения в развитии психомоторных функций совпадают с развертыванием дизонтогенетических проявлений. Характерной особенностью нарушений является тенденция к постепенному их снижению с возрастом. Неврологические и иммунологические исследования призваны были исключить органические психические расстройства, которые, как известно, определяют такие варианты дизонтогенеза, как недоразвитие, задержанное развитие, поврежденное, дефицитарное и т.д., особенно если учитывать, что биологические основания семей были скомпрометированы. Углубленное изучение в 2,1% случаев отметило наличие негрубых признаков минимальной мозговой дисфункции (ММД), которая, как представляется, негативно влияла на механизмы адаптации к стрессам и поддержание психофизиологических резервов. Кроме того, истощение адаптационных механизмов организма делало их более уязвимыми для других неблагоприятных факторов, приводящих к нарушению онтогенетического развития.

Из содержания медицинской документации следует, что у детей основной группы уже в раннем возрасте отмечались отдельные невротические симптомы психогенной этиологии. Их возникновение нарастало, как правило, к двум годам и совпадало с первым возрастным критическим периодом, который существенно отличался по характеру протекания в других вариантах. Результаты исследования позволили предположить, что выраженность невропатических проявлений и была первым проявлением психогенного дизонтогенеза депривационного происхождения. Чем разнообразнее были патологические факторы, которые могли негативно повлиять на психологическое здоровье семьи, тем более выраженными оказывались негативные симптомы дизонтогенеза, которые могли усугубляться дополнительными соматическими или психогенными факторами. Нарушения в эмоционально-волевой и познавательной сферах обусловили два разных способа реагирования на кризис в социальном функционировании. Так, у одних можно было наблюдать преобладание возбудимого радикала, у других же доминировал тормозимый, что отражало фенотипические особенности психического дизонтогенеза.

Учитывая, что большинство детей основной группы (67,7%) до начала школьного обучения воспитывались только в семье, в обследованиях были использованы и характеристики родителей. Анализ наглядно продемонстрировал своеобразие субкультур в семьях, имеющих деформации в психическом здоровье. Наличие депривации в этиопатогенетических механизмах и структурировании фенотипических вариантов психического ди-

зонтогенеза позволило сблизить понимание депривации и дизонтогенеза. Другими словами, имелись все основания считать возможным существование своего рода дизонтогенетического варианта, который целесообразно было обозначить как «психический дизонтогенез депривационного происхождения», или «депривационный дизонтогенез». Таким образом, этиопатогенетические и клинико-динамические характеристики депривационного дизонтогенеза неопровержимо доказывают наличие автономного варианта психического дизонтогенеза. Он может быть обозначен как «депривационное развитие» и, на наш взгляд, способен дополнить существующие классификации дизонтогенеза.

Исследования показали, что резкая смена жизненного стереотипа, новые необычные психологические и физиологические нагрузки, интеллектуальное напряжение, необходимость адаптироваться к требованиям учебной дисциплины и режиму школьной жизни привели к формированию комплекса кризисных ситуаций, которые ударили по месту наименьшего сопротивления у детей с депривационным дизонтогенезом. Известно, что очень важными для успешной адаптации ребенка в школе являются первые недели обучения, когда устанавливаются и закрепляются связи с одноклассниками и учителем. Можно было полагать, что чем более ограниченными или неустойчивыми в отношении нарушения онтогенетического развития оказывались адаптационные механизмы ребенка, тем сложнее и дольше был путь адаптации. Этот путь еще больше усложнялся, когда не было объективности в отношении к ребенку со стороны учителя. Так, анализ социометрического обследования позволил оценить «вклад» непрофессионально педагогического подхода в инициацию и степень выраженности школьной дезадаптации.

В определении контингента «трудных» мы опирались на уровень успеваемости, ее корреляцию со способностями, особенностями поведения и эмоционального реагирования. Также были учтены характеристики учителей и данные школьной документации. Хотя показатели были сформулированы весьма общим образом, как и следовало ожидать, в группу «трудных» прежде всего попадали те, чье поведение представляло сложности для учителя. После того как были введены дополнительные критерии, группа пополнилась детьми с нарушениями коммуникативных навыков. Они жаловались на то, что испытывают серьезную нагрузку от интенсивного общения со сверстниками и взрослыми или разочарование, когда не получалось добиться признания товарищей. Такой подход показал, что количество дезадаптированных детей в классе было значительно выше, чем представлялось первоначально. Это объяснялось тем, что в поле зрения и под пристальное внимание учителя в первую очередь попадали дети, которые не вписывались в образовательный процесс, мешали на уроках и нарушали дисциплину в школе. В большинстве случаев оценка несла не только стимулирующее содержание, но рассматривалась как стержень, определяющий отношение к учебной деятельности. С мотивационной зрелостью было тесно связано и качество волевой деятельности. Так, мотива-

ционно-личностная неподготовленность к требованиям школы, неблагоприятные отношения с детьми и часто учителями приводили к тому, что ребенок испытывал дискомфорт, напряженность, тревожность, беспокойство. Все это, несомненно, усиливало дезадаптационные реакции.

Мультипрофессиональный анализ результатов позволил выделить три наиболее типичных варианта школьной дезадаптации у детей с дизонтогенезом психогенного происхождения.

Первый вариант отличался доминированием расстройств поведения, второй – эмоциональных расстройств, а третий более всего соответствовал определению мозаичного варианта, включая снижение когнитивной эффективности и нарушения эмоционально-поведенческого уровня. Факторный анализ показал, что некоторые неадаптивные варианты были тесно связаны с различными проявлениями дизонтогенеза.

Углубленное психологическое исследование в данной работе проводилось в два этапа. На первом этапе ставилась задача определить типологию психогенного дизонтогенеза, уровень и структуру социально-психологической дезадаптации и степень социально-психологической готовности к школьному обучению. На втором этапе было проведено развернутое психологическое исследование школьников, чтобы попытаться установить структурные и фенотипические особенности этой типологии. Было обнаружено, что при достаточно очевидном разнообразии психопатологических проявлений во всех случаях прослеживался общий, осевой синдром. Это была психогенная астения, патогенетические механизмы которой были связаны с ослаблением защитных и адаптивных функций. Особенно заметным было расхождение между нормальным уровнем интеллектуального потенциала и сниженной продуктивностью деятельности. В сложном сочетании нарушений психических процессов астенический синдром проявлялся в некоторых случаях в качестве самостоятельного, ведущего типа дизонтогенеза, в других же он разворачивался на фоне самостоятельных, но вторичных психопатологических расстройств. Такое сочетание регистров депривационного дизонтогенеза (самостоятельного, или облигатного, и вторичного, или факультативного) обусловило выделение различных его типов: астено-гипердинамического, астено-гиподинамического и смешанного.

Астено-гипердинамический тип был представлен 53 (55,2%) школьниками основной группы. Структуру психогенного дизонтогенеза детей этой группы определяли главным образом моторные и эмоционально-волевые расстройства с ведущим возбудимым радикалом. Нарастающая «фрустрационная толерантность» постепенно усиливала и личностную дестабилизацию. Клинические и образовательные характеристики дали основание полагать, что нарушения поведения стали типичными проявлениями школьной дезадаптации, которая у детей с преобладанием возбудимого радикала формировалась различными формами неспецифических адаптационных реакций, обычно носивших внешне ориентированный характер. Такие реакции с полным основанием можно было рассматривать



как незрелые способы «психологической защиты» личности с депривационным дизонтогенезом. Расстройства поведения чаще всего проявлялись через гиперкинетические поведенческие реакции (25%), неадекватные реакции оппозиции (17,7%) и в виде патохарактерологических реакций активного и пассивного протеста (12%). Психологическая диагностика четко указывала на патогенетическую связь этих поведенческих расстройств с двумя ведущими синдромами: астено-гипердинамическим и астено-патохарактерологическим.

Второй, астено-гиподинамический тип дизонтогенетических нарушений был выявлен у 30 (31,3%) учащихся. В этих случаях преобладали признаки малой активности, повышенной психической и физической истощаемости, аффективной лабильности со склонностью к снижению настроению. Прямым следствием психической истощаемости были явные нарушения эмоционального реагирования и недоразвитие навыков общения, что определялось как «эмоциональная дефицитарность». При психологической диагностике в этой группе детей с депривационным дизонтогенезом были выявлены проблемы формирования школьных навыков, неспособность прилагать волевые усилия, преодолевать трудности, отсутствие познавательного интереса. Стремление избежать неожиданных социальных ситуаций, что нередко приводило к отказу идти в школу, расценивалось нами как проявление своеобразной компенсаторной реакции. В современной интерпретации такие фобические реакции известны как «социальная фобия». Неадекватные реакции характеризовались большей выраженностью и дискретностью проявлений. Среди них преобладали патохарактерологические реакции отказа, компенсации и пассивного протеста.

Третий, смешанный тип составили 17 учащихся (13,5%). При проведении клинико-анамнестического анализа у этих детей показатель психологического здоровья семьи оказался наиболее аномальным. Дизонтогенетические проявления отмечались с раннего детства. Более того, диагностировались выраженные признаки резидуально-органической патологии, что в значительной мере основывалось на наличии признаков ММД. Максимальная интенсивность проявлений ММД совпадала с критическими периодами психофизического и речевого развития. Такие дети достаточно рано попадали в группу «трудных», а отношения с учителем часто носили характер взаимного неприятия. Патохарактерологические реакции в период кризиса, их тяжесть и продолжительность отражали высокую степень напряженности механизмов психологической защиты. Форма и выраженность нарушенного поведения при этом зависели от патогенности событий и степени агрессивности поведения других.

### **Заключение**

Таким образом, результаты исследования показали, что психический дизонтогенез возникает и формируется в условиях депривации в семьях с нарушенным психологическим здоровьем. Это подразумевает, прежде все-

го, наличие хронической психогенной атмосферы и патогенных видов воспитания. Такие депривационные условия в сочетании с определенными биологическими отрицательными признаками и неблагоприятным комплексом социальной и экономической жизни могут приводить к формированию особой группы дизонтогенеза. Эта группа – «депривационное развитие» – имеет все основания для включения в классификацию как отдельный, самостоятельный вариант. В случае депривационных условий наблюдается задержка созревания высших социальных компонентов личности: системы интересов, идеалов, моральных установок, а когнитивный дефект проявляется отсутствием знаний, представлений, интеллектуальных и эстетических интересов, слабостью познавательных и высших эмоций. Депривационное развитие характеризуется относительно сложной, но непрогредиентной динамикой. Это связано с процессами компенсации, декомпенсации и восстановления нарушенных психических функций. Исследованный тип депривационного развития как варианта психического дизонтогенеза отличается всеми характеристиками, которые соответствуют этой особой группе нарушений психического развития, в основном донозологического уровня. Как правило, эти расстройства в современной литературе носят название «семейная педагогическая запущенность».

Согласно полученным данным этапы формирования такого синдрома запущенности в виде депривационного развития можно представить в следующем виде. На первом этапе начальные проявления психического дизонтогенеза совпадают с сомато-вегетативным уровнем нервно-психического реагирования, когда психогенные воздействия среды структурируют первые проявления дизонтогенеза в виде невропатической симптоматики. При этом важную роль в течение первых лет играет возрастной критический период 3–4 лет. На втором этапе наблюдаются латентные психофизиологические изменения, вызванные физиологическим стрессом, который сопровождает процесс адаптации. Здесь же появляются и признаки психогенной астении. В этот же период происходит и постепенное структурирование трех типов депривационного дизонтогенеза: астено-гипердинамического, астено-гиподинамического и смешанного. В течение третьего этапа нарастает дизонтогенетический дисбаланс и актуализируется комплекс неадаптивных проблем. На этом этапе обостряются психопатологические проблемы и усугубляется социально-психологическая дезадаптация. При этом дезадаптационные расстройства представляют собой ряд динамичных состояний от «функциональной нормы» до «дисфункциональных», диагностированы они могут быть только с нарастанием дезадаптационных знаков.

### *Литература*

1. Вострокнутов Н.В., Василевский В.Г. Патологическое агрессивное поведение детей и подростков: комплексная оценка на этапах возрастного психического развития // Российский психиатрический журнал. 2000. № 2. С. 12.

2. Вострокнутов Н.В., Романов А.А. Социально-психологическая помощь трудновоспитуемым детям с проблемами развития и поведения: принципы и средства, игровые методы коррекции : методические рекомендации. М., 1998. 26 с.
3. Алмазов Б.Н. Психическая средовая дезадаптация несовершеннолетних. Свердловск : Изд-во Урал. ун-та, 1986. 151 с.
4. Буторин Г.Г. Психические состояния депривационного генеза в структуре школьной дезадаптации : дис. ... д-ра психол. наук. Челябинск, 2004. 363 с.
5. Буторин Г.Г., Бенько Л.А. Патологическая трансформация структуры семьи в условиях вынужденной миграции // Вестник Кемеровского государственного университета. 2016. № 4. С. 134–141. DOI: 10.21603/2078-8975-2016-4-134-141.
6. Blagg N.R. The Behavioural Treatment of School Refusal : Ph.D. thesis / University of London. London, 1979.
7. Celia S. School Refusal and School Problems in Brazil. «Why Children Reject School». New Heaven ; London : Yale University Press, 1990.
8. Буторин Г.Г., Бенько Л.А. Синдромы невропатии и психического инфантилизма в структуре психических расстройств детского возраста // Сибирский психологический журнал. 2016. № 60. С. 108–119. DOI: 10.17223/17267080/60/8.
9. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста : руководство для врачей. 2-е изд. М. : Медицина, 1995. 560 с.
10. Коробейников И.А. Особенности социализации детей с легкими формами психического недоразвития : дис. ... д-ра психол. наук. М., 1997. 323 с.
11. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей : учеб. пособие. М. : Изд-во Моск. ун-та, 1985. 168 с.
12. Буторин Г.Г., Буторина Н.Е. Проблема онтогенеза и дизонтогенеза в контексте периодизации возрастного развития // Академический журнал Западной Сибири. 2011. № 3. С. 38.
13. Clements C.D. Minimal Brain Disfunction in Children // Children with Learning Problems / ed. by S.D. Sprir, A.S. Nitzburg. Chicago, 1973.
14. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста : в 2 т. М. : Медгиз, 1959. 270 с.
15. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М. : Медицина, 1973. 392 с.
16. Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития // Актуальные проблемы задержки психического развития детей / под ред. К.С. Лебединской. М. : Педагогика, 1982. С. 5–21.
17. Исаев Д.Н. Психопрофилактика в практике педиатра. Л. : Медицина, 1984. 192 с.
18. Буторин Г.Г. Нарушение школьной адаптации у учащихся начальных классов с депривационным вариантом психического дизонтогенеза : дис. ... канд. пед. наук. Екатеринбург, 1998. 169 с.
19. Выготский Л.С. Кризис семи лет // Выготский Л.С. Собр. соч. : в 6 т. М., 1983. Т. 4.
20. Дубровина И.В. Об индивидуальных особенностях школьников. М., 1975. 64 с.
21. Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага : Авиценум, 1984. 334 с.
22. Рогов Е.И. Настольная книга школьного психолога в образовании : учеб. пособие. М. : ВЛАДОС, 1996. 529 с.
23. Торохтий В.С. Психологическое здоровье семьи и пути его изучения // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1996. № 3. С. 36–44.

*Поступила в редакцию 11.01.2017 г.; принята 15.02.2017 г.*

**Сведения об авторах:**

**БУТОРИН Геннадий Геннадьевич**, доктор психологических наук, профессор кафедры теоретической и прикладной психологии факультета психологии Челябинского государственного педагогического университета (Челябинск, Россия). E-mail: g1966@mail.ru

**БЕНЬКО Лариса Александровна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии Южно-Уральского государственного медицинского университета (Челябинск, Россия). E-mail: g1966@mail.ru

## **DEPRIVATION AS A CAUSE OF IMPAIRED MENTAL DEVELOPMENT IN CHILDREN**

*Siberian journal of psychology*, 2017, 63, 136–149. DOI: 10.17223/17267080/63/10

**Butorin Gennady G.**, Chelyabinsk State Pedagogical University (Chelyabinsk, Russian Federation). E-mail: g1966@mail.ru

**Benko Larisa A.**, South Ural State Medical University (Chelyabinsk, Russian Federation). E-mail: g1966@mail.ru

**Keywords:** dysontogenesis; deprivation development; residual organic pathology; psychogenic disorder.

An extensive literature mainly in connection with the age peculiarities of clinical aspects and the related diagnostic challenges is dedicated to psychogenic disorders in children. According to it the assessment of the social context impact on child development is very challenging. In unfavorable family conditions a refusal to satisfy child's basic psychological needs easily appears. These are the situations when we speak about the phenomenon of deprivation in the family system. Mental deprivation of children rigidly depends on indicators of psychological health of the family. In our study the deprivation conditions in the overall context of family's psychological health played a specific and important role in the development of mental dysontogenesis in children and determined the nature of their social and psychological adaptation.

Multi-professional analysis of the results allowed us identifying three of the most common options of school disadaptation in children with dysontogenesis of psychogenic origin.

The first option was distinguished by the dominance of behavioral disorders, in the second option emotional disorders prevailed; and the third meets the definition of a mosaic option, including the decrease in cognitive efficiency, and emotional and behavioural disorders.

Although the diversity of psychopathological manifestations was sufficiently obvious, in all cases we observed the total, axial syndrome. It was psychogenic asthenia, which pathogenetic mechanisms were associated with the weakening of protective and adaptive functions. The discrepancy between a normal level of intellectual potential and reduced productivity was especially noticeable. In the complex combination of mental processes the asthenic syndrome manifested in some cases as an independent, leading type of dysontogenesis. In others, it evolved in the context of independent, but secondary psychopathological disorders. This combination of dysontogenesis deprivation registers resulted in a different allocation types: asthenic hyperdynamic, asthenic hypodynamic and mixed.

Motor and emotional conative disorders with the leading excitable radical determined the psychogenic dysontogenesis structure of asthenic hyperdynamic children. In cases of asthenic hypodynamic type of dysontogenesis the dominating factors were signs of low activity, increased mental and physical exhaustion, affective lability with a tendency to a low mood. The third, mixed type was the most anomalous. Dysontogenetic symptoms were noted in early childhood. Moreover, prominent features of residual organic pathology were diagnosed.

The stages of deprivation syndrome development can be represented as follows. First, the initial symptoms of mental dysontogenesis coincide with somatic vegetative level of neuropsychic response. Psychogenic influences of the environment structure first symptoms of dysontogenesis in the form of neuropathy. The critical period of 3-4 years plays an important role in the early period. Second, there are latent physiological changes. They are caused by physiological stress that accompanies the process of adaptation. Signs of psychogenic asthenia appear. In the same period a gradual structuring of the three deprivation types begins. During the third phase the dysontogenetic imbalance increases and a complex of non-adaptive problems appears. At this stage, mental problems and psychological maladjustment aggravated.

## References

1. Vostroknutov, N.V. & Vasilevskiy, V.G. (2000) Patologicheskoe agressivnoe povedenie detey i podrostkov: Kompleksnaya otsenka na etapakh voznastnogo psikhicheskogo razvitiya [Pathological aggressive behavior of children and adolescents: Complex evaluation at the stages of age-related mental development]. *Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. 2. pp. 12.
2. Vostroknutov, N.V. & Romanov, A.A. (1998) *Sotsial'no-psikhologicheskaya pomoshch' trudnovospituemym detyam s problemami razvitiya i povedeniya: printsipy i sredstva, igrovye metody korrektsii* [Socio-psychological assistance to children with developmental and behavioral problems: Principles and means, game methods of correction]. Moscow: [s.n.].
3. Almazov, B.N. (1986) *Psikhicheskaya sredovaya dezadaptatsiya nesovershennoletnikh* [Mental environmental maladjustment of minors]. Sverdlovsk: Ural State University.
4. Butorin, G.G. (2004) *Psikhicheskie sostoyaniya deprivatsionnogo geneza v strukture shkol'noy dezadaptatsii* [Mental conditions of deprivation genesis in the structure of school disadaptation]. Psychology Dr. Diss. Chelyabinsk.
5. Butorin, G.G. & Benko, L.A. (2016) Pathological transformation of the family structure in conditions of forced migration. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta – Bulletin of Kemerovo State University*. 4. pp. 134–141. DOI: 10.21603/2078-8975-2016-4-134-141. (In Russian).
6. Blagg, N.R. (1979) *The Behavioural Treatment of School Refusal*. Ph.D. Thesis. London: University of London.
7. Celia, S. (1990) *School Refusal and School Problems in Brazil. "Why Children Reject School"*. New Heaven; London: Yale University Press.
8. Butorin, G.G. & Benko, L.A. (2016) The syndromes of neuropathy and mental infantilism in the structure of mental disorders in childhood. *Sibirskiy psikhologicheskii zhurnal – Siberian Journal of Psychology*. 60. pp. 108–119. DOI: 10.17223/17267080/60/8.
9. Kovalev, V.V. (1995) *Psikhiatriya detskogo vozrasta: rukovodstvo dlya vrachey* [Psychiatry of childhood: A guide for doctors]. 2nd ed. Moscow: Meditsina.
10. Korobeynikov, I.A. (1997) *Osobennosti sotsializatsii detey s legkimi formami psikhicheskogo nedorazvitiya* [Features of socialization of children with mild forms of mental underdevelopment]. Psychology Dr. Diss. Moscow.
11. Lebedinskiy, V.V. (1985) *Narusheniya psikhicheskogo razvitiya u detey* [Violations of mental development in children]. Moscow: Moscow State University.
12. Butorin, G.G. & Butorina, N.E. (2011) Problema ontogeneza i dizontogeneza v kontekste periodizatsii voznastnogo razvitiya [The problem of ontogeny and dysontogenesis in the context of periodization of age development]. *Akademicheskii zhurnal Zapadnoy Sibiri*. 3. pp. 38.
13. Clements, C.D. (1973) Minimal Brain Disfunction in Children. In: Sprir, S.D. & Nitzburg, A.S. (eds) *Children with Learning Problems*. Chicago.
14. Sukhareva, G.E. (1959) *Klinicheskie lektsii po psikhiatrii detskogo vozrasta: v 2 t.* [Clinical lectures on childhood psychiatry. In 2 vols]. Moscow: Medgiz.
15. Ushakov, G.K. (1973) *Detskaya psikhiatriya* [Child psychiatry]. Moscow: Meditsina.
16. Lebedinskaya, K.S. (1982) Osnovnye voprosy kliniki i sistematiki zaderzhki psikhicheskogo razvitiya [The main issues of the clinic and systematics of mental retardation]. In: Lebedinskaya, K.S. (ed.) *Aktual'nye problemy zaderzhki psikhicheskogo razvitiya detey* [Topical problems of mental retardation of children]. Moscow: Pedagogika. pp. 5–21.
17. Isaev, D.N. (1984) *Psikhoprofilaktika v praktike pediatri* [Psychoprophylaxis in pediatric practice]. Leningrad: Meditsina.
18. Butorin, G.G. (1998) *Narushenie shkol'noy adaptatsii u uchashchikhsya nachal'nykh klassov s deprivatsionnym variantom psikhicheskogo dizontogeneza* [Violation of school

- adaptation in primary school students with deprivational variant of mental dysontogenesis]. Pedagogy Cand. diss. Ekaterinburg.
19. Vygotskiy, L.S. (1983) *Sobranie soch.: v 6 t.* [Collected Works. In 6 vols]. Vol. 4. Moscow.
  20. Dubrovina, I.V. (1975) *Ob individual'nykh osobennostyakh shkol'nikov* [On the individual characteristics of schoolchildren]. Moscow: Znanie.
  21. Langmeyer, Y. & Mateychek, Z. (1984) *Psikhicheskaya deprivatsiya v detskom vozraste* [Mental deprivation in childhood]. Praga: Avitsenum.
  22. Rogov, E.I. (1996) *Nastol'naya kniga shkol'nogo psikhologa v obrazovanii* [A Handbook of the School Psychologist in Education]. Moscow: VLADOS.
  23. Torokhtiy, V.S. (1996) Psikhologicheskoe zdorov'e sem'i i puti ego izucheniya [Psychological health of the family and the ways of its study]. *Vestnik psikhosotsial'noy i korrektsionno-reabilitatsionnoy raboty*. 3. pp. 36–44.

*Received 11.01.2017;*

*Accepted 15.02.2017*