

Г.В. Залевский, А.А. Завертяева

Балтийский федеральный университет им. И. Канта (Калининград, Россия)

Состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития и возможности его коррекции

Статья посвящена проблеме беспомощности у детей дошкольного возраста с задержкой психического развития (ЗПР). Сегодня стали широко известными исследования так называемой «выученной беспомощности» Селигмена, в отечественной психологии исследования «личностной беспомощности» Циринг и др., но работы в плане оценки места и роли беспомощности (просто беспомощности, выученной, личностной) у детей дошкольного возраста вообще и с задержками психического развития в частности фактически отсутствуют. В основание исследования положены идеи Л.С. Выготского об особенностях развития детей, а также целостно-ценностный подход и биопсихосоционезическая модель природы человека, его развития и здоровья Г.В. Залевского.

Ключевые слова: беспомощность; выученная беспомощность; личностная беспомощность; дети дошкольного возраста; развитие; задержка психического развития; семья; родители; психокоррекция.

Введение

Состоянию беспомощности в современной науке уделяется все больше внимания. Уточняется и расширяется в своем значении некогда предложенная М. Селигменом модель такого явления, как «выученная беспомощность» [1]. В категориальном аппарате психологии появляются понятия «ситуативной и личностной беспомощности» [2, 3]. Рассматриваются вопросы диагностики и коррекции личностной беспомощности в подростковом возрасте, взаимосвязи семейного воспитания и личностной беспомощности подростков [4]. Изучаются вопросы возникновения выученной беспомощности у соматически ослабленных детей и подростков [5]. В рамках коррекции и профилактики данного состояния на основе теории выученной беспомощности возникают полярные ей теория самостоятельности [3] и теория оптимизма [6]. Помимо психолого-педагогических аспектов особое внимание уделяется биологическим вопросам возникновения выученной беспомощности [7–9].

В то же время феномен беспомощности не изучался в контексте различных проблем развития детей, в частности детей дошкольного возраста с задержкой психического развития [10]. Диагностический инструментарий

также разработан в основном для изучения выученной и личностной беспомощности у подростков и у взрослых, в то время как вопросы диагностики в дошкольном возрасте остаются до сих пор не рассмотренными. Имеющиеся коррекционные программы также предусматривают работу с детьми школьного возраста.

Целью настоящего исследования было выявить особенности состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития и разработать способы ее коррекции на данном возрастном этапе. В основу исследования было положено предположение о том, что одной из существенных характеристик задержки психического развития (ЗПР) у детей старшего дошкольного возраста является состояние беспомощности, которое возможно корректировать при создании определенных условий (коррекционной программы).

Теоретико-методологическим основанием исследования были: положения Л.С. Выготского о социальной ситуации и зоне ближайшего развития как важнейших условиях становления личности ребенка [11]; целостно-ценностная парадигма, содержанием которой является биопсихосоционезическая модель природы человека, его развития и здоровья [12–14]; представления о фиксированных формах семейного поведения и их связи с доминирующим типом материнского отношения к ребенку [15].

Методы и материал исследования

В исследовании приняло участие 90 детей с ЗПР и 90 семей (матерей), а также 50 детей без ЗПР и 50 семей (матерей). В соответствии с этическими принципами вся диагностическая и коррекционно-развивающая работа проводилась с письменного согласия родителей (матерей).

Для исследования состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР нами был разработан метод оценки особенностей поведения ребенка в различных ситуациях: в хорошо знакомых и известных ребенку, а также в новых и проблемных. Он позволил качественно и количественно оценить особенности мотивационной, когнитивной, эмоциональной и волевой сфер ребенка через заполнение карт наблюдений взрослыми (воспитателями, психологом) и решение проблемных ситуаций детьми.

Наблюдение за деятельностью ребенка (карта наблюдения).

Наблюдение проводится с акцентом на компоненты, включающие в себя следующие критерии:

Эмоциональный компонент:

- выраженный контроль эмоций;
- эмоциональная устойчивость;
- спокойствие, отсутствие фрустрированности;
- открытость, легкость.

Волевой компонент:

- инициативность, решительность, смелость;
- организованность, настойчивость;

- выдержка, целеустремленность;
- ответственность.

Когнитивный компонент:

- оптимистический атрибутивный стиль;
- отсутствие слов-маркеров в речи ребенка (не могу, не хочу, все бесполезно и т.д.);
- сформированное дивергентное мышление;
- познавательная активность.

Мотивационный компонент:

- преобладание стремления к принятию (принятие заданий, готовность их выполнять);
- стремление к общественно значимой и оцениваемой деятельности;
- преобладание мотивов достижений над мотивацией избегания неудач.

Результаты наблюдений фиксируются в отдельных протоколах.

Наблюдение проводилось специалистами, воспитателями и родителями. Деятельность ребенка и показатели оцениваются в нескольких ситуациях при изучении нового материала и закреплении старого материала: игровая деятельность, учебная деятельность, режимные моменты (прогулка, прием пищи), свободная деятельность ребенка.

Количественная оценка заданий производилась следующим образом:

За ответ «никогда» присваивается 0 баллов, «иногда» – 1 балл, «всегда» – 2 балла.

По результатам наблюдения выделились три группы детей:

- 0–81 балл – с наличием признаков беспомощности;
- 82–144 балла – с показателями средней величины;
- 145–180 баллов – с отсутствием симптомов беспомощности.

Проблемная ситуация. Выученная беспомощность часто проявляется в тот момент, когда ребенок находится в состоянии неопределенности и новизны. В этом случае у ребенка появляется выбор – либо генерировать, получить новый опыт и решить возникшую проблему, либо уйти в состояние беспомощности. Для того чтобы посмотреть, как ребенок будет реагировать в той или иной ситуации, мы предлагаем ему для решения несколько блоков игр.

Первый блок состоит из решения пяти проблемных задач в ходе различных игр. Первая игра направлена на удачное решение проблемы, следующие три игры не имеют решения и обречены на неудачу, последняя игра направлена на удачное решение проблемы.

Второй блок игр состоит из решения двух проблемных задач в новых, незнакомых для ребенка условиях. Обе задачи имеют решение.

Количественная оценка заданий производится следующим образом:

0 баллов ставится в тех случаях, когда ребенок не сотрудничает со взрослым, ведет себя неадекватно по отношению к заданию и не понимает его цели.

1 балл – ребенок принимает задание, начинает сотрудничать со взрослым, стремится достичь цели, но самостоятельно выполнить задание не может; в процессе диагностического обучения действует адекватно, но после обучения не переходит к самостоятельному выполнению заданий. Наблюдаются выраженные признаки выученной беспомощности.

2 балла – ребенок сотрудничает со взрослым, принимает задание, понимает его цель, но самостоятельно задание не выполняет; в процессе диагностического обучения действует адекватно, а затем переходит к самостоятельному способу выполнения задания. Наблюдаются отдельные элементы выученной беспомощности.

3 балла – ребенок сразу начинает сотрудничать со взрослым, принимает и понимает задание, самостоятельно находит способ его выполнения; признаки выученной беспомощности отсутствуют.

По результатам оценки выделяются три группы детей:

- 0–7 баллов – с наличием признаков беспомощности;
- 8–14 баллов – с показателями промежуточной величины;
- 14–21 балл – с отсутствием признаков беспомощности.

Результаты исследования

Исследование проводилось в два этапа: первый этап диагностический, второй – коррекционный. На **первом этапе** исследования (первый срез) были выделены три группы детей.

1. Дети с отсутствием признаков «беспомощности». Наблюдается активность, инициативность. Преобладают такие качества личности, как настойчивость, организованность, высокий самоконтроль, высокая самооценка. Эмоциональная сфера характеризуется устойчивостью, оптимизмом, открытостью, спонтанностью, легкостью в общении. Отмечаются выраженный контроль эмоций, низкие показатели тревожности. Мотивация достижения преобладает над мотивацией избегания неудач. Отмечаются опыт активного преодоления трудностей и наличие собственного поискового поведения. Наблюдаются способность к активному действию и исследованию ситуации (поисковая активность) и самостоятельность. Когнитивный компонент характеризуется высоким уровнем развития мышления, гибкостью мышления, развитием креативности.

2. Дети с показателями умеренной «беспомощности». Отмечается наличие одного или двух признаков выученной беспомощности. Для данной категории детей характерно наличие высокой мотивации к выполнению заданий, заинтересованности, любознательности, настойчивости, целеустремленности. Однако отмечаются негативные эмоциональные реакции и резкий отказ от деятельности в ситуации неудачи, низкие показатели в формировании когнитивного компонента.

3. Дети с наличием признаков «беспомощности». Отмечаются неспособность действовать активно, инициировать деятельность, а также наличие стресса, подавленности. Наблюдаются безынициативность, нере-

шительность, низкий уровень развития таких качеств личности, как организованность, настойчивость. Преобладают мотивация избегания неудач, низкая самооценка, низкий уровень притязаний. Отмечается наличие страха отвержения. Наблюдаются замкнутость, равнодушие, неуверенность, склонность к чувству вины, низкий самоконтроль, повышенная тревожность. Когнитивный компонент характеризуется ригидностью мышления, низким уровнем креативности. В речи употребляются слова-маркеры: «не могу, не хочу, все бесполезно, никогда, всегда и т.д.». Имели место отказ от деятельности (апатия, потеря интереса), ступор (состояние заторможенности), перебор стереотипных действий, деструктивное поведение, смещение на псевдоцель. Наблюдается наличие эмоционального, когнитивного, мотивационного дефицитов, что свидетельствует о состоянии («выученной») беспомощности.

Сравнительные количественные показатели проявления беспомощности детьми с задержкой психического развития (ЗПР) и нормального развития (НР) представлены в табл. 1 (первый этап исследования).

Таблица 1

**Результаты первого (диагностического) этапа исследования
(метод изучения модели поведения детей с ЗПР и нормальным развитием – НР)**

№	Группа	Методика	Степень выраженности состояния беспомощности			
			ЗПР (N = 45)		НР (N = 50)	
			Абс.	%	Абс.	%
1	Признаки беспомощности отсутствуют	Карта наблюдений	7	15,6	31	62
		Проблемная ситуация	7	15,6	28	56
2	Признаки беспомощности умеренные	Карта наблюдений	5	11,1	5	10
		Проблемная ситуация	5	11,1	6	12
3	Признаки беспомощности выраженные	Карта наблюдений	33	73,3	14	28
		Проблемная ситуация	33	73,3	16	32

Исходя из данных, представленных в табл. 1, можно отметить выраженные признаки беспомощности у 73,3% («Карта наблюдений» и «Проблемная ситуация») детей с ЗПР, в то время как в группе НР данные признаки присутствуют только у 28% по «Карте наблюдений» и у 32% по «Проблемной ситуации». Высокие показатели отсутствия признаков беспомощности выявлены в группе детей с НР – 62 % по «Карте наблюдений» и 56% по «Проблемной ситуации».

При сравнении степени выраженности состояния беспомощности в группах детей с ЗПР (n = 45) и детей с НР (n = 50) выявлены достоверно значимые различия в показателях ($p < 0,01$): «Карта наблюдений» – угло-

вое преобразование Фишера $\Phi^* = 5,039$ при $p < 0,01$; «Проблемная ситуация» – угловое преобразование Фишера $\Phi^* = 4,5$ при $p < 0,01$. Состояние беспомощности наиболее выражено у детей с ЗПР.

Нами была разработана и апробирована программа коррекции состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, использование которой возможно в комплексе с другими средствами коррекции ЗПР: психолого-педагогическим и медицинским блоком.

Были выделены следующие задачи коррекционной программы:

- нормализация материнского отношения к ребенку, формирование у родителей новых способов взаимодействия с ребенком, в частности доверительных отношений и отношений сотрудничества;
- формирование самостоятельности, активности у ребенка;
- обучение новым способам реагирования в новых и проблемных для ребенка ситуациях;
- формирование адекватной самооценки ребенка;
- снятие эмоционального напряжения родителей и ребенка, психологическая поддержка родителей;
- оптимизация социальных условий под возможности и особенности ребенка.

Разработанная нами программа коррекции состояния беспомощности и превенции формирования «выученной беспомощности» («личностной беспомощности») базируется на следующих принципах:

- 1) принцип комплексности, который предполагает обязательное участие в работе с детьми с ЗПР врачей разных специальностей (терапевт, невролог, психиатр), специалистов по социальной работе, психологов, логопедов, дефектологов, воспитателей;
- 2) принцип системной детерминации, заключающийся в оценке каждого психосоциального фактора, воздействующего на ребенка, а именно:
 - индивидуальных особенностей ребенка, что позволяет дифференцированно подходить к каждому ребенку, к условиям его развития;
 - онтогенетического фактора, позволяющего работать в рамках ведущей деятельности ребенка, а также учитывать динамику и направление (прогресс – регресс) в развитии ребенка под воздействием различных факторов;
 - включения семьи в процесс коррекционной работы (предполагается активное включение в процесс коррекции хотя бы одного из родителей).

Программа коррекции состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития реализуется поэтапно, с обязательным включением родителей и специалистов, работающих с ребенком на каждом этапе. Программа рассчитана на 41 встречу: 5 встреч диагностических и 33 психокоррекционные встречи, заключительный этап (3 встречи).

Второй этап – психокоррекционный (33 встречи).

Работа на данном этапе состояла из нескольких модулей:

Модуль 1 – работа с семьей (12 встреч).

Данный модуль включал в себя групповую и индивидуальную работу. Групповая работа (8 встреч) была направлена:

- на установление доверительных отношений с ребенком;
- принятие ребенка;
- формирование у родителей воспитательной компетенции;
- изменение родительской позиции и обучение эффективным способам коммуникации и взаимодействия с ребенком, улучшение внутрисемейных отношений;
- психообразовательная работа: повышение уровня знаний родителей об особенностях ребенка.

Индивидуальная работа (4 встречи) была направлена на оказание психоэмоциональной поддержки матери в контексте улучшения семейных взаимоотношений.

Модуль 2 – работа с ребенком (15 встреч).

Работа в рамках данного модуля была направлена:

- на формирование у ребенка положительного образа «Я»;
- формирование навыков снятия эмоционального напряжения, развитие навыков эмоционального контроля поведения;
- обучение новым способам реагирования в различных ситуациях;
- формирование таких качеств, как самостоятельность, активность, инициативность, выдержка, целеустремленность;
- формирование уверенности в себе, в своих силах;
- развитие социальных навыков.

Модуль 3 – работа с педагогами, специалистами, медицинским персоналом (6 встреч).

Работа в рамках данного модуля заключалась:

- в оптимизации и создании условий для уменьшения воздействия неблагоприятных факторов на развитие ребенка;
- повышении профессиональной компетенции педагогов, специалистов, медицинского персонала;
- организации качественного сопровождения ребенка и семьи.

Третий этап. Заключительный (3 встречи).

На данном этапе проведена повторная диагностика (второй срез), оценены результаты коррекционной работы, подведены итоги работы, составлены рекомендации для дальнейшего сопровождения семьи и ребенка.

Результаты исследования, представленные в табл. 3, свидетельствуют о том, что в контрольной группе детей с ЗПР не наблюдалось положительной динамики относительно проявлений состояния беспомощности. Об этом свидетельствует и сравнительный психометрический анализ результатов первого и второго срезов – значимые и достоверные различия между ними отсутствуют.

Т а б л и ц а 2

**Результаты исследования (метод изучения модели поведения детей с ЗПР):
контрольная группа (45 чел.) на первом этапе (первый срез)
и на втором этапе (второй срез)**

№	Группа	Методика	Степень выраженности состояния беспомощности			
			1-й этап		2-й этап	
			Абс.	%	Абс.	%
1	Признаки беспомощности отсутствуют	Карта наблюдений	8	17,8	8	17,8
		Проблемная ситуация	5	11,1	5	11,1
2	Признаки беспомощности умеренные	Карта наблюдений	5	11,1	5	11,1
		Проблемная ситуация	5	11,1	5	11,1
3	Признаки беспомощности выраженные	Карта наблюдений	32	71,1	32	71,1
		Проблемная ситуация	35	77,8	35	77,8

Что касается сравнения показателей состояния беспомощности экспериментальной группы детей с ЗПР до и после коррекции, представленных в табл. 3, то здесь мы видим совершенно другую картину.

Т а б л и ц а 3

Результаты второго этапа исследования (метод изучения модели поведения детей с ЗПР (N = 45) – экспериментальная группа) до и после коррекции

№	Группа	Методика	Степень выраженности состояния беспомощности			
			До коррекции		После коррекции	
			Абс.	%	Абс.	%
1	Признаки беспомощности отсутствуют	Карта наблюдений	7	15,6	28	62,4
		Проблемная ситуация	7	15,6	28	62,4
2	Признаки беспомощности умеренные	Карта наблюдений	5	11,1	4	8,8
		Проблемная ситуация	5	11,1	4	8,8
3	Признаки беспомощности выраженные	Карта наблюдений	33	73,3	13	28,8
		Проблемная ситуация	33	73,3	13	28,8

Число детей экспериментальной группы с выраженными признаками беспомощности после участия в коррекционной программе значительно уменьшилось как по данным «Карты наблюдения», так и по «Решению проблемных заданий». Различия в данном случае высокосignимые и до-

стоверные ($p < 0,01$), о чем свидетельствует психометрический анализ с применением углового преобразования Фишера («Карта наблюдений» $\Phi^* = 4,873$, $p < 0,01$; «Проблемная ситуация» $\Phi^* = 4,873$, $p < 0,01$).

Состояние беспомощности оценивалось по наличию/отсутствию эмоционального, мотивационного, когнитивного и волевого дефицитов, что отражено в табл. 4.

Таблица 4

Выраженность компонентов «беспомощности» (метод изучения модели поведения детей с ЗПР (N = 45) – экспериментальная группа) до и после коррекции

Компоненты «беспомощности»	До коррекции	После коррекции	Коэффициенты значимости и достоверности различий (t-критерий Вилкоксона)	
	Среднее	Среднее	$T_{эмп}$	Уровень значимости
Мотивационный	15,02	24,18	$T_{эмп} = 28$	$P < 0,01$ (критическое значение для $t_{эмп}$ при $p < 0,01$ составляет 312)
Эмоциональный	14,67	30,07	$T_{эмп} = 28$	$P < 0,01$ (критическое значение для $t_{эмп}$ при $p < 0,01$ составляет 312)
Когнитивный	18,53	29,22	$T_{эмп} = 28$	$P < 0,01$ (критическое значение для $t_{эмп}$ при $p < 0,01$ составляет 312)
Волевой	19,13	29,58	$T_{эмп} = 2,5$	$P < 0,01$ (критическое значение для $t_{эмп}$ при $p < 0,01$ составляет 224)

Как видно из табл. 4, наиболее выражена положительная динамика в преодолении эмоционального дефицита.

Высокие показатели коррекционной работы можно объяснить в первую очередь тем, что на данном возрастном этапе (старший дошкольный возраст) состояние «беспомощности» только начинает формироваться. Изменение основных условий, способствующих благоприятному развитию беспомощности, влечет за собой эффективное преодоление негативных характеристик «беспомощности». Мы говорим о состоянии, которое по своим характеристикам схоже с выученной и личностной беспомощностью, и коррекция и превенция данного «состояния беспомощности» на этапе его зарождения способны предотвратить формирование выученной и личностной беспомощности в более поздние возрастные периоды.

Общие выводы

По результатам первого – диагностического и второго – коррекционного этапов исследования можно сделать следующие выводы.

1. У детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития (ЗПР) значимо чаще и более выражено проявление признаков состояния беспомощности в виде дефицитов в мотивационной, когнитивной, эмоциональной и волевой сферах.

2. Целенаправленная, встроенная в общий блок работы с детьми с ЗПР коррекционная программа редуцирует проявление этой категорией детей состояния беспомощности в стандартных и проблемных для них ситуациях:

- Дети стали более активными, открытыми, самостоятельными, заинтересованными в различных видах деятельности.

- Улучшилось эмоциональное состояние детей, уменьшились показатели тревожности.

- Попадая в новые, незнакомые условия, дети стали пытаться генерировать и получать новый опыт, а не «уходить» в состояние беспомощности.

3. Это стало возможным прежде всего благодаря тому, что коррекционная программа была направлена на работу с семьей ребенка с ЗПР, что имело своим следствием улучшение семейных взаимоотношений: родители стали поощрять самостоятельность, инициативность, активность ребенка, проявлять заинтересованность в его деятельности; большинство матерей отметили установление эмоционального контакта с ребенком; матери стали давать положительную оценку деятельности ребенка, принимать ребенка, поддерживать его.

4. Семья, родительское (материнское) отношение являются одним из центральных факторов формирования состояния беспомощности у детей, а потому изменение семейной ситуации является наиболее эффективной превентивной мерой по профилактике возникновения беспомощности, становления ее «выученной» и «личностной».

5. Коррекционная работа, направленная на преодоление состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития, наиболее эффективна при использовании комплексного подхода, включающего в себя работу не только с ребенком, но и с семьей, а также со специалистами разного профиля, взаимодействующими с ребенком.

6. Предложенная коррекционная программа показала свою эффективность в работе по преодолению состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития еще и потому, что беспомощность в этом возрасте является все еще преимущественно лишь состоянием, а не «выученной» или «личностной» беспомощностью, а потому более успешно корригируемой.

7. Полученный результат коррекционного эксперимента позволяет не только констатировать, во-первых, что гипотеза исследования нашла свое подтверждение, но, во-вторых, высказать предположение, что применение вовремя эффективных коррекционных программ может способствовать и профилактике формирования у детей дошкольного возраста «выученной» / «личностной» беспомощности.

Литература

1. *Seligman M.E.P. Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco : Freeman, 1977. 474 p.*

2. Батури́н Н.А. Ситуативная и личностная беспомощность // 52-я научная конференция: Материалы конференции преподавателей факультета психологии. Челябинск : Изд-во ЮУрГУ, 2000. С. 21–22.
3. Циринг Д.А. Психология личностной беспомощности: исследование уровней субъектности. М. : Академия, 2010. 410 с.
4. Циринг Д.А., Пономарева И.В., Честюнина Ю.В., Евстафеева Е.А., Эвнина К.Ю. Особенности семейных взаимоотношений, детерминирующие формирование личностной беспомощности у подростков // Сибирский психологический журнал. 2016. № 59. С. 22–33.
5. Волкова О.В. Компоненты и механизмы формирования выученной беспомощности у детей с ослабленным здоровьем: отнoгенетический подход // Сибирское медицинское обозрение. 2014. № 4. С. 86–91.
6. Seligman M.E.P., Rashid T., Parks A.C. Positive Psychotherapy // American Psychologist. 2006. P. 774–788.
7. Haracz J. Learned helplessness: An experimental model of DST in rats // Biological Psychiatry. 1988. Vol. 23. P. 388–396.
8. Kumar K.B., Karanth K.S. Neuronal mechanisms of increased accessibility of unpleasant memories in helpless rats – a summary of present findings and implications // Indian Journal of Psychiatry. 1999. Vol. 41, № 3. P. 203–210.
9. Muneoka K., Shlrayama Y., Horlo M. Differential levels of brain amino acids in rat models presenting learned helplessness or non – learned helplessness // Psychopharmacology. 2013. № 229. P. 63–71.
10. Зацeринская О.В. Психология детей с задержками психического развития: учебное пособие. 2-е изд., испр. и доп. СПб. : Речь, 2007. 168 с.
11. Выготский Л.С. Развитие личности и мировоззрения ребенка // психология личности. М. : Педагогика, 1981. Т. 5. 224 с.
12. Залевский Г.В. От «демонического» до «биопсихосоционoэтического» психического расстройства // Сибирский психологический журнал. 2009. № 31. С. 57–64.
13. Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В. Антропологическая психология: биопсихосоционoэтическая модель развития человека и его здоровья // Сибирский психологический журнал. 2009. № 33. С. 99–103.
14. Залевский Г.В. Антропос – человек, устремленный ввысь: (Целостно-ценностная парадигма в контексте антропологической психологии) // Залевский Г.В. Избранные труды : в 6 т. Томск, 2013. Т. 1. С. 247–260.
15. Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения. М. : Институт психологии РАН, 2007. 336 с.

Поступила в редакцию 05.06.2016 г.; повторно 08.07.2016 г.; принята 11.07.2016 г.

Сведения об авторах:

ЗАЛЕВСКИЙ Генрих Владиславович, доктор психологических наук, член-корр. РАО, профессор кафедры психологии и социальной работы Балтийского федерального университета им. И. Канта (Калининград, Россия).

E-mail: Usya9@Sibmail.com

ЗАВЕРТЯЕВА Анна Александровна, аспирант Балтийского федерального университета им. И. Канта (Калининград, Россия).

E-mail: anita.the.89@gmail.com

THE STATE OF HELPLESSNESS AMONG PRESCHOOL CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION AND ITS CORRECTION

Siberian journal of psychology, 2016, 61, 78–90. DOI: 10.17223/17267080/61/6

Zalovsky Genrikh V., Zavertyayeva Anna A. Immanuel Kant Baltic Federal University (Kaliningrad, Russian Federation).

E-mail: Usya9@Sibmail.com; anita.the.89@gmail.com

Keywords: helplessness; learned helplessness; personal helplessness; preschool children; development; mental retardation; attitude; family; parents; psycho-correction.

The article discusses the problem of helplessness among preschool children with mental retardation (ANW). Currently the studies exploring the phenomenon of “learned helplessness” (Seligman) are widely known in Russian psychological research projects of “personal helplessness” (Ciring et al.). The studies exploring the role and place of helplessness (learned and personal helplessness) among preschool children in general and among those with mental retardation were not conducted. The fundamentals of our research are: the ideas of Vygotsky about the features of child development, holistic personal approach, and the bio-psycho-socio-ethical model of human nature, development, and health by Zalevsky. To check the hypothesis the authors conducted an extensive research of the phenomenon of helplessness, in which 140 children and their families (mothers) participated. 90 children of them were diagnosed with mental retardation and 50 children did not have such a diagnosis. 45 children with mental retardation entered the intervention group; at the second stage of the study these children participated in the psycho-correction program proposed to them by the authors of the research. On the basis of quantitative and qualitative analyses of the results 3 groups of children with various degrees of helplessness were differentiated: without any signs of helplessness; with moderately expressed signs of helplessness, and without expressed signs of helplessness. The results of the second stage of the research after the psycho-correction program was implemented show that it is possible under certain conditions to improve the state of helplessness and to prevent “learned” and “personal” helplessness.

References

1. Seligman, M.E.P. (1977) *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
2. Baturin, N.A. (2000) [Situational and personal helplessness]. *52-ya nauchnaya konferentsiya: Materialy konferentsii prepodavateley fakul'teta psikhologii* [The 52nd Conference: Proceedings of the Faculty of Psychology]. Chelyabinsk: South Ural State University. pp. 21-22. (In Russian).
3. Tsiring, D.A. (2010) *Psikhologiya lichnostnoy bespomoshchnosti: issledovanie urovney sub"ektivnosti* [Psychology of personal helplessness: The study of subjectivity levels]. Moscow: Akademiya.
4. Tsiring, D.A., Ponomareva, I.V., Chestyunina, Yu.V., Evstafeeva, E.A. & Evnina, K.Yu. (2016) Peculiarities of family relationships that determine the formation of personal helplessness among adolescents. *Sibirskiy psikhologicheskii zhurnal – Siberian Journal of Psychology*. 59. pp. 22-33. DOI: 10.17223/17267080/59/2
5. Volkova, O.V. (2014) Components and mechanisms of forming the learned helplessness in children with weak health: ontogenetic approach. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie*. 4. pp. 86-91.
6. Seligman, M.E.P., Rashid, T. & Parks, A.C. (2006) Positive Psychotherapy. *American Psychologist*. pp. 774-788.
7. Haracz, J. (1988) Learned helplessness: An experimental model of DST in rats. *Biological Psychiatry*. 23. pp. 388-396. DOI: 10.1016/0006-3223(88)90289-2
8. Kumar, K.B. & Karanth, K.S. (1999) Neuronal mechanisms of increased accessibility of unpleasant memories in helpless rats – a summary of present findings and implications. *Indian Journal of Psychiatry*. 41(3). pp. 203-210.
9. Muneoka, K., Shlrayama, Y. & Horlo, M. (2013) Differential levels of brain amino acids in rat models presenting learned helplessness or non – learned helplessness. *Psychopharmacology*. 229. pp. 63-71. DOI: 10.1007/s00213-013-3080-2

10. Zashcherinskaya, O.V. (2007) *Psikhologiya detey s zaderzhkami psikhicheskogo razviviya* [Psychology of children with delay of mental developing]. 2nd ed. St. Petersburg: Rech'.
11. Vygotsky, L.S. (1981) Razvitie lichnosti i mirovozzreniya rebenka [Development of the child's personality and worldview]. In: *Psikhologiya lichnosti* [Psychology of Personality]. Vol. 5. Moscow: Pedagogika.
12. Zalevsky, G.V. (2009) From the “demonic” to the “biopsychosocionoetic” model of mental diseases. *Sibirskiy psikhologicheskiy zhurnal – Siberian Journal of Psychology*. 32. pp. 57-64. (In Russian).
13. Zalevsky, G.V., Zalevsky, V.G. & Kuzmina, Yu.V. (2009) Anthropological psychology: biopsychosocionoetical model of personality and his health. *Sibirskiy psikhologicheskiy zhurnal – Siberian Journal of Psychology*. 33. pp. 99-103. (In Russian).
14. Zalevsky, G.V. (2013) *Izbrannye trudy: v 6 t.* [Selected Works. In 6 vols]. Vol. 1. Tomsk: Tomsk State University. pp. 247-260.
15. Zalevsky, G.V. (2007) *Lichnost' i fiksirovannye formy povedeniya* [Personality and fixed forms of behavior]. Moscow: Institute of psychology RAS.

Received 05.06.2016;

Revised 08.07.2016;

Accepted 11.07.2016