

*Особый ребенок: исследования и опыт помощи
1998. — Вып. 1. — С. 10–17*

Роль психических нарушений в возникновении школьной дизадаптации детей и подростков

Иовчук Н. М.

Дано определение школьной дизадаптации. Названы основные формы проявления школьной дизадаптации, рассмотрен комплекс факторов, участвующих в ее формировании. Перечислены ранние признаки школьной дизадаптации и ее тяжелые проявления. По мнению автора, центральное место в происхождении школьной дизадаптации занимает психический фактор — особенности личности ребенка. Представлены результаты обследования с точки зрения дизадаптированности учащихся лицей-гимназии и коррекционной школы. Проведенное обследование подтвердило тезис о ведущей роли психического и, следующего по значимости, семейного фактора в развитии школьной дизадаптации.

Школьная дизадаптация — невозможность обучения и адекватного взаимодействия ребенка с окружением в условиях, предъявляемых данному конкретному ребенку той индивидуальной микросоциальной средой, в которой он существует.

Явление школьной дизадаптации как специфический вариант социальной дизадаптации, требующий особых методических социореабилитационных разработок, охватывает определенную, достаточно четко очерченную социальную группу — как в возрастном, так и в специфически профессиональном аспекте. Дизадаптация (нарушение приспособления, в данном случае социального приспособления) предполагает, по меньшей мере, три стороны процесса: субъект, адаптация которого нарушена; среда, с которой оказывается невозможным или затрудненным взаимодействие субъекта; и нарушенные условия адекватного (не вызывающего противодействия ни субъекта, ни среды) их взаимодействия.

Субъект (ребенок-ученик), как сторона этого процесса, в основных своих проявлениях остается принципиально неизменным на протяжении многих тысячелетий при всей своей индивидуальной нормальной и патологической вариабельности. Тем не менее, современная отечественная система школьного обучения закономерно приводит ребенка к дизадаптации именно вследствие нежелания либо неспособности или невозможности в силу макросоциальных условий учитывать эту естественную вариабельность.

При школьной дизадаптации становится невозможным обучение по программе, соответствующей интеллектуальным способностям ребенка или подростка, либо согласующееся с принятыми дисциплинарными нормами пребывания в школе.

Проявления школьной дизадаптации выступают в четырех основных формах: нарушение обучения, нарушение поведения, нарушение контактов и смешанная форма, включающая сочетание указанных нарушений.

В формировании школьной дизадаптации участвует, как правило, целый комплекс факторов:

1) *Собственно школьный фактор*: отсутствие индивидуального подхода к ребенку; неадекватность воспитательных мер; несправедливое, грубое, оскорбительное отношение учителя; занижение им оценок; отсутствие своевременной помощи даже при обоснованном пропуске занятий; непонимание душевного состояния школьника.

2) *Семейный фактор*: бедность; неблагоприятные жилищные условия; неполнота семьи; дисгармония и тяжелый эмоциональный климат в семье; трудовая незанятость родителей или, напротив, их чрезмерная занятость; алкоголизм одного или обоих родителей; хронические, в том числе психические, заболевания членов семьи; отторжение ребенка родителями, его заброшенность, запущенность; гиперопека со стороны родителей, заласкивание, вседозволенность или, наоборот, жестокое, чрезмерно требовательное и холодное отношение родителей; противоречивость их требований, непоследовательность в применении форм поощрения и наказания (при нескольких взрослых, выполняющих в семье функции воспитателя).

3) *Средовой фактор*: влияние среды сверстников, «улицы»; привлекательность свободного от занятий и обязанностей образа жизни; воздействие исходящей от асоциальной среды нигилистической и

оппозиционной идеологии; наличие искаженного образа «лидера», «кумира»; доступность алкоголя, наркотиков; легкость незаконного заработка; притягательность острых ощущений и новых впечатлений; создание романтического ореола вокруг нарушений закона; противоречивость политических взглядов в одной семье; несоответствие высказываемых родителями принципов чести, совести, достоинства их реальным поступкам.

4) *Социальный фактор* (приобретает особое значение в период социально-экономической и политической нестабильности общества): утрата прежних идеалов при отсутствии новых; стремление к обогащению при потере интереса к приобретению специальности и профессионализму; поляризация общества; появление множества значимых для подростка сверхдорогих соблазнов; безнаказанность воровства и взяточничества; пропаганда зла, насилия, сексуальной распущенности, жестокости средствами массовой информации.

5) *Соматический фактор*: наличие тяжелых соматических заболеваний, в том числе инфекционных, оставляющих после своего завершения длительные состояния астении; хронических соматических заболеваний, требующих длительного и частого стационарного лечения; врожденных уродств; нарушений двигательного аппарата, зрения, слуха, речи.

6) *Психический фактор*: инвалидизирующие тяжелые психические заболевания (у детей и подростков встречаются относительно редко и не исчерпывают психической патологии, способной вызвать глубокие формы школьной дизадаптации. В преобладающем большинстве случаев психические расстройства, составляющие основу школьной дизадаптации, относятся к разряду пограничных — они перечисляются далее); резидуально-органические поражения центральной нервной системы (ЦНС) с церебрастенией, снижением целенаправленности, волевой активности, искажением познавательных процессов, дисгармоничностью психического развития, гипердинамическим синдромом; проявления патологических черт характера: возбудимости, неустойчивости, аутичности, истероидности, эпилептоидности или мозаичности; патологическое протекание пубертатного криза; наличие невротических реакций и реактивных депрессий, неврозов, проявлений невротического развития; задержка психического развития, особенно в сочетании с педагогической запущенностью; присутствие душевных заболеваний в легких и латентных

формах; ремиссии после перенесенных приступов эндогенных заболеваний.

7) *Коррекционно-профилактический фактор*: наличие или отсутствие коррекционной и/или профилактической медико-психологической службы; при ее наличии — квалификация специалистов такой службы и уровень междисциплинарного взаимодействия в ней.

Ранними признаками школьной дизадаптации являются: появление неудовлетворительных оценок у детей, прежде хорошо успевающих; удлинение времени, необходимого для приготовления домашних заданий; появление потребности в помощи родителей или репетиторов; утрата интереса к учебе; страх перед ситуациями, связанными с проверкой уровня знаний (контрольными, зачетами, экзаменами); отказ отвечать у доски; прогулы, отгороженность, антидисциплинарные поступки.

Среди тяжелых проявлений школьной дизадаптации можно назвать неуспеваемость; второгодничество; «школьную фобию»; дисциплинарные нарушения с озорством, драками, срывом уроков; грубые формы поведенческих расстройств с воровством, бродяжничеством, употреблением алкоголя и наркотических веществ, ранними сексуальными связями; изоляцией среди одноклассников; конфликты с ними, родителями и педагогами; наконец, полную невозможность пребывания в стенах обычной школы. Во всех случаях школьная дизадаптация не является внезапной, а нарастает постепенно — в течение 1–5 лет.

Школьная дизадаптация представляет собой сложное вторичное социально-личностное явление, возникающее при нарушении взаимодействия школьника и среды. При изучении этого явления следует учитывать психологический климат в педагогическом коллективе, личностные характеристики учителей, администрации и персонала школы, психогигиенические факторы учебного процесса, взаимоотношения в семье, психическое здоровье родителей школьника, межперсональные отношения в среде сверстников и т. п. Любой из перечисленных факторов может создавать предпосылки для возникновения школьной дизадаптации, но центральное место в ее происхождении все же занимает психический фактор — особенности личности ребенка во всем их многообразии в процессе становления и взаимодействия со средой.

Для определения места психического и семейного факторов в возникновении школьной дизадаптации обследованы все учащиеся одной из коррекционных школ Москвы, а также дети и подростки с начальными признаками школьной дизадаптации (школьной декомпенсацией), обучающиеся в лицее-гимназии.

За достаточно однообразными проявлениями школьной дизадаптации скрывалась крайне многообразная психическая патология, преимущественно пограничного уровня: остаточные явления резидуально-органического поражения ЦНС (25%), психопатия и психопатоподобный синдром различного генеза (41%), реактивные и невротические депрессии (6%), пограничная умственная отсталость (3%), невротические реакции (2%), циклотимия (2%), шизофрения (15%). У больных шизофренией преобладали пролонгированные циклотимоподобные и гебоидные шубы, а также ремиссионные состояния с психопатоподобным или астеническим дефектом. Из числа обследованных учащихся 15% находились под наблюдением психиатра, лечились в Московской городской детской психиатрической больнице № 6, подростковых отделениях психиатрической больницы № 15 или в психоневрологическом санатории № 44.

Семьи учащихся коррекционной школы в подавляющем большинстве случаев были крайне неблагополучными. В 64% случаев эти семьи были неполными, чаще всего в связи с разводом, реже — со смертью, лишением прав материнства или отцовства, тюремным заключением одного из родителей; 8% детей были полными сиротами. В 28% случаев семьи являлись полными, но среди них в 78% отец, мать или оба родителя страдали алкоголизмом или наркоманией, были безразличны к детям или отличались особой жестокостью; в 5% случаев полные семьи были многодетными или отличались крайней бедностью; в 20% случаев один из родителей страдал душевным заболеванием и фактически был инвалидом.

Учебная программа в гимназии с углубленным и ускоренным обучением рассчитана на детей с высоким уровнем интеллектуального развития. Несмотря на строгий отбор учащихся в такую школу, реализация природных способностей у части школьников была затруднена в связи с различными видами пограничной психической патологии.

При изучении данного явления было установлено, что причины декомпенсации учащихся гимназии в основном совпадают с причи-

нами дизадаптации в тяжелых формах у учащихся коррекционной школы. Основными дизадаптирующими факторами в 1–5 классах (7–11 лет) оказались гипердинамический синдром, церебрастения, тормозимость и замкнутость; в 6–8 классах (12–14 лет) — ранние специфические подростковые проявления (оппозиционность, негативизм, мировоззренческие расстройства, стремление к эмансипации и группированию); в 9–11 классах (15–17 лет) — личностные декомпенсации (у психопатических и акцентуированных личностей), различные виды депрессий (в том числе эндогенные депрессии с бредом, дисморфофобией, суицидальным поведением), невротические состояния. Частота депрессивных состояний у старших школьников с высоким интеллектом оказалась значительно выше (до 68% в гуманитарных и 30% в математических классах), чем в обычной школе (22%).

В то же время в лицее-гимназии, т. е. школе с интенсивными формами обучения, в основном наблюдались временные состояния декомпенсации, характеризующиеся некоторым падением успеваемости, прогулами и изменением поведения; не отмечалось глубоких форм школьной дизадаптации, требующих специальных методов коррекции. Это обстоятельство, по-видимому, обусловлено не столько высоким интеллектом и целенаправленностью учащихся, сколько индивидуальным педагогическим подходом и профилактической работой медико-психологической службы (с присутствием в ее составе и врача-психиатра). Следует отметить, что, в отличие от семей учащихся коррекционной школы, семьи учащихся гимназии в преобладающем большинстве случаев являлись социально благополучными, полными и более обеспеченными.

Основные направления деятельности школьной медико-психологической службы включали: разработку адекватных диагностических методик для отбора и динамического наблюдения школьников; отбор детей, способных к интенсивному обучению; динамическое наблюдение и медико-психологическую поддержку школьников с признаками повышенного риска по школьной дизадаптации (с пограничной психической патологией, соматически ослабленных, страдающих хроническими соматическими заболеваниями); работу с педагогами для выработки индивидуального учебно-воспитательного подхода; работу с семьей.

Проведенное исследование еще раз подтверждает, что развитие школьной дизадаптации происходит благодаря сочетанию многих факторов, ведущие из которых — психический и семейный. Особенно ощутимо их воздействие при отсутствии индивидуального учебно-воспитательного подхода к каждому школьнику и школьной медико-психологической службы, направленной на профилактическую работу с учащимися и выявление среди них групп повышенного риска.

Развитие школьной дизадаптации — процесс всегда мучительный, длительный, но почти всегда доступный предотвращению при комплексном (междисциплинарном) профилактическом подходе. Между тем именно профилактике меньше всего уделяется внимания в школе и детском саду, хотя термин «группы риска», так часто употребляемый различными специалистами, ассоциируется в первую очередь именно с профилактическим подходом. Система профилактики школьной дизадаптации, охватывающая не только школу, но и дошкольные детские учреждения, пока существует лишь в зачаточном состоянии и лишь в отдельных детских учреждениях, хотя она не только гуманнее, но и дешевле системы коррекции глубоких форм школьной и социальной дизадаптации. Впрочем, о профилактике школьной дизадаптации как о системе помощи говорить, по-видимому, преждевременно, поскольку «факторы риска» перечисляются специалистами скорее интуитивно или исходя из предшествующего опыта: корректные исследования данной проблематики, основанные на многофакторном анализе, катamnестическом исследовании и большом статистическом материале, пока отсутствуют. Незавершенными остаются также комплексные дифференцированные профилактические методики.

Ввиду преобладания у детей и подростков со школьной дизадаптацией психической патологии пограничного уровня коррекционная и профилактическая работа с ними специалистов какого-то одного профиля оказывается малопродуктивной: для этого требуются усилия различных специалистов — психологов, педагогов, психиатров, педиатров, психотерапевтов, семейных терапевтов, дефектологов, социальных работников, юристов. Таким образом, возникает необходимость междисциплинарного взаимодействия, но, к сожалению, за годы существования коррекционных центров к гармоничному, продуктивному междисциплинарному взаимодействию, основанному на взаимопонимании и взаимообучении, пришли лишь немногие из

них. Реальная эффективность работы коррекционных центров больше всего обусловлена их способностью к саморазвитию по мере накопления собственного опыта, готовностью к обучению исходя из проявившихся потребностей, открытостью к использованию опыта других подобных учреждений — как отечественных, так и зарубежных.

Иовчук Нина Михайловна — психиатр, д-р мед. наук, вед. науч. сотрудник Института педагогики социальной работы РАО (129278, Москва, ул. Павла Корчагина, д. 7а), вед. науч. сотрудник НИИ психиатрии Минздрава РФ (Москва), председатель ученого совета Независимой ассоциации детских психиатров и психологов (Москва); эл. почта: iacpp@glasnet.ru