

# ПРИЧИНЫ И КОРРЕКЦИЯ ШКОЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ<sup>1</sup>

**Лев Николаевич Винокуров,**

*заведующий лабораторией по профилактике дизадаптации учащихся  
Костромского института развития образования, кандидат медицинских наук*

**Для практического психолога и педагога важно помнить объективно существующие сомато-психические и психосоматические взаимосвязи, влияющие на степень адаптации ребёнка к социальным требованиям, предъявляемым к нему повседневной жизнью и прежде всего школой.**

● психосоматические расстройства ● школьная дизадаптация ● трудности обучения ● психическая деятельность ● компенсаторное развитие

## **Соматические нарушения, сопутствующие школьным трудностям и поведенческим расстройствам у детей**

Отечественная медицина уже давно установила единство организма, психики и личности, находящихся в состоянии сложного взаимовлияния между собой (М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин и другие). Соматическое и психическое, являясь качественно различными категориями одновременно, представляют тесно связанные между собой компоненты единого «целого» — живого человека.

<sup>1</sup> Хотя мы привыкли использовать термин «дезадаптация», в медицине для обозначения многих явлений или процессов используется приставка «диз». По отношению к описываемому феномену, по мнению автора, термин «дизадаптация» более применим. Под «школьной дизадаптацией» автором понимается социально-педагогический феномен, представляющий неоднородную по механизму возникновения и динамике развития совокупность расстройств приспособления ребёнка-подростка к условиям обучения и педагогическим требованиям, не отвечающим индивидуальным особенностям его психического развития, либо состоянию здоровья, либо тому и другому одновременно.

Всякое заболевание, острое либо хроническое, всегда в той или иной степени влияет на человека, на его мозг и психическую деятельность в диапазоне от временного ухудшения общего самочувствия до состояния нетрудоспособности, дающего право на получение «больничного листка» и даже инвалидности. В частности, любые заболевания человека могут вызывать нарушения его психической деятельности в виде астении, депрессии, невротических (как реакция личности на болезнь), соматически обусловленных невротоподобных расстройств, замедления темпа психического развития и других.

Психосоматические расстройства — это группа болезненных состояний, возникающих в результате взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся следующим образом:

- а)** развитием соматической патологии под влиянием психогенного травмирования;
- б)** психическими расстройствами, отражающими реакцию личности и мозга на соматическое заболевание;

в) «соматизацией» психических нарушений, т.е. соматоформными проявлениями психических расстройств (например, «соматизированные депрессии»).

Таким образом, разделение на «сомато-психические» и «психосоматические» расстройства опирается, прежде всего, на установлении «первичного» и «вторичного» в происхождении соматических нарушений, тесно связанных с психическими реакциями на соматическую болезнь, как и наоборот — соматическими реакциями организма на психическое расстройство. С одной стороны, на возникновение и развитие соматических расстройств человека сказываются «внутренние предпосылки», «место наименьшего сопротивления» наследственного и приобретённого характера, премобильные (добольственные) особенности его личности; с другой — специфика внешнего фактора, массивность и интенсивность внешних воздействий, возраст ребёнка и т.д. Одновременно соматические расстройства, независимо от их происхождения, оказывают то или иное отягчающее влияние на характер психического реагирования ребёнка, спровоцированного трудностями в учебном процессе либо конфликтными отношениями. Поэтому, как при сомато-психических, так и при психосоматических вариантах патологии необходимо оказание психолого-педагогической и психотерапевтической помощи, опирающейся на тщательный анализ механизма происхождения выявленных расстройств.

Одним из видов часто встречающихся среди учащихся психосоматических расстройств — «вегето-сосудистая дистония», возникающая в условиях хронического психического стресса. Так, по данным публикаций, синдром вегетативной дистонии за время обучения детей в начальной школе возрастает в 3–5 раз. Этот синдром, возникает не только психогенно, но и вследствие какого-либо текущего заболевания, хронической интоксикации, перенесённой черепно-мозговой травмы либо эндокринопатии, проявляется целым комплексом расстройств, вовлекающим в патологический процесс практически все органы и системы,

включая центральную нервную, сердечно-сосудистую, дыхательную, пищеварительную, эндокринную и иммунную. Поэтому составная часть этого синдрома — психоэмоциональные нарушения (например, страх школы, боязнь контрольных и устных ответов), которые, сочетаясь с рядом функциональных расстройств, проявляющихся в виде различных по характеру головных болей, преждевременной утомляемости, расстройств сна, неустойчивости артериального давления, болезненности в различных частях тела, в области живота, затруднений при глотании, склонности к обморочным состояниям, головокружениям, неустойчивости ритма сердца и дыхания, других субъективно неприятных ощущений, сопровождаются чувством тревоги и опасениями за своё здоровье, приобретающими ипохондрический, навязчивый характер. Как правило, эти расстройства находятся в тесной зависимости, с одной стороны, от внешних, психогенных факторов, с другой — от состояния «внутренней среды» (например, в период дисгармонично протекающего пубертатного развития, особенно «пубертатного криза»).

*Пример:* Мальчик 14 лет, ученик одной из городских школ, консультирован по просьбе матери в связи с низкой успеваемостью. На просьбу принести педагогическую и психологическую характеристику на сына мать ответила, что ей в этом отказано, поскольку мальчик по рекомендации врачей из-за болезни уже находится на индивидуальном обучении.

*Из анамнеза:* беременность ребёнком (третьим по счёту) и роды протекали благополучно, родился с весом 3800. Ходить и говорить стал вовремя. Дошкольные учреждения не посещал, всё время находился под присмотром малограмотной бабушки в условиях частного дома. С начала обучения и все последующие годы выделялся среди сверстников малообщительностью, медленным усвоением навыков чтения и письма, плохой памятью на запоминание стихов и правил. Несколько лучше (в начальной школе) давалась математика.

Книги в библиотеке брал, но не читал, рассматривал лишь картинки. Трудности в учёбе были постоянно, но особенно усилились с момента ухудшения состояния здоровья, что привело к переводу на индивидуальное обучение, на котором находился в период с 8-го по 9-й класс.

В возрасте 3-х лет упал на асфальт с велосипеда, который, управляемый отцом, попал передним колесом в канализационный люк. В больницу не поступал, так как в тот день признаков очевидного сотрясения мозга не было, но вскоре стал часто жаловаться на головные боли, тошноту, головокружения, утомляемость при любых физических нагрузках; появились обморочные состояния, возникающие без каких-либо явных причин. Обращались к участковому врачу-педиатру, но причины болезненных расстройств установлено не было. В 6 лет прошёл активное противотуберкулёзное лечение.

С началом посещения школы жалобы на головокружения, приступы общей физической слабости и обморочные состояния заметно участились, возникая во время занятий в школе, при езде в общественном транспорте, в бане, в зубном кабинете, при запахе свежей краски и др. Поздно засыпал и с трудом просыпался. Несмотря на неоднократные посещения педиатра, причин болезненных нарушений установлено не было, матери было заявлено, что «анализы хорошие».

В 12-летнем возрасте на фоне очередного обострения болезни и с целью установления медицинского диагноза госпитализирован в городской «детский лечебно-восстановительный центр», в котором выявлено нарушение аортального, артериального и венозного кровообращения в связи с аномальным расположением сердца и сонных артерий, а также сужение ряда межпозвоночных щелей шейно-грудного отдела позвоночника, нарушение осанки (сколиоз 1 степени), воронкообразная грудь. Медицинское заключение в момент выписки из стационара: дисциркуляторная энцефалопатия сосудистого происхождения. Общеобразовательную школу в условиях индивидуального обучения закончил в основном на «тройки» и одновременно «с отличием» художественную школу.

В беседе с консультантом мальчик вступает вяло, безучастно, без признаков смущения или

волнения. Ответы на вопросы односложны, часто формальны. На вопрос, чем занимается, отвечает «ничем», «иногда рисую». Хотел бы поступить в художественное училище, но считает, что из-за слабого знания основных школьных предметов, особенно из-за русского языка (допускает очень много ошибок в диктантах), вероятность этого невелика. Над альтернативными вариантами не задумывался, читает мало, чаще проводит время «с телевизором». Гуляет мало, товарищей не имеет, одиночеством не тяготится, к общению со сверстниками не стремится. Вместе с тем, достаточно общителен в кругу семьи, выполняет закреплённые за ним домашние обязанности. Однако магазины самостоятельно не посещает, просит, чтобы с ним пошла мать или сестра. Признаётся, что временами болит голова, наступает слабость, упадок сил. При этом затрудняется в более чётком описании своих ощущений, требуется помощь консультанта в виде наводящих вопросов, на которые даёт «расплывчатые», слабо-дифференцированные ответы, либо говорит «не помню». Во время расспроса обращают внимание незрелость суждений, свойственная более младшему возрасту; не всегда уместные улыбки и смех; недостаточное понимание подтекста иносказательных выражений, вполне доступных для ребят его возраста. Признаков переживания болезни и связанных с нею ограничений в выборе профессии, а также реакции на неудачные ответы не обнаруживает. Определённых планов на будущее не строит. По заключению психолога психоневрологического диспансера «интеллект в пределах возрастной нормы».

*Семейно-бытовая обстановка:* мать работает санитаркой в поликлинике. Отец с семьёй не живёт с тех пор, когда мальчику исполнилось 6 лет, занимается бизнесом, но скромные алименты выплачивает нерегулярно; в прошлом, по словам матери, имел сходные проблемы со здоровьем и учёбой. Живут, в основном,

на пенсию бабушки и зарплату матери. Временами материально помогает старший сын, по окончании высшего учебного заведения живущий в другом городе, одновременно поддерживая и сестру — студентку университета. В отличие от младшего брата, старшие дети всегда отличались хорошей успеваемостью, целенаправленностью и упорством в достижении поставленных перед собой целей.

*Рекомендовано* продолжение учёбы и посильные занятия рисованием, регулярное посещение врачей, определяющих сроки встреч.

*Катамнез:* В течение года находился на 3-й группе инвалидности, однако при переосвидетельствовании среди специалистов возникли разногласия по поводу того, относится ли подросток к категории инвалидов или он трудоспособен. Из-за отсутствия у матери средств на поездку в г. Москву для проведения спорной трудовой экспертизы был лишён права на инвалидность. Вновь стал состоять на иждивении близких. Поступил в вечернюю школу и одновременно посещал художественную школу, которую ещё прежде закончил. Занимался физическими упражнениями, которые, по его мнению, повышают уровень самочувствия, за исключением «плохих» дней, связанных с изменением погоды.

*Резюме:* У мальчика выражен церебрастенический вариант психо-органического синдрома (выраженные дисмнестические расстройства, психофизиологическая истощаемость, гиперэстезия, вегето-сосудистая неустойчивость, тесно связанная с метеозависимостью, низкий уровень энергетического потенциала с чертами психического инфантилизма, сформировавшегося на почве дисциркуляторно-сосудистой энцефалопатии сложного происхождения (неблагоприятной наследственности, врождённых аномалий, перенесённой черепно-мозговой травмы и их последствий). Лёгкая интеллектуально-личностная недостаточность и специфические школьные трудности (бедный речевой запас, стойкая дисграфия) могут рассматриваться как следствие ранней внутрисемей-

ной депривации на фоне астенической конституции и недостаточности ЦНС.

Необходимо длительное сопровождение врачей, психотерапевта и социального работника до момента трудоустройства, учитывая художественные склонности и способности мальчика, а также состояние его здоровья. Можно предположить, что в случае более раннего выявления имеющихся расстройств и оказания своевременной помощи школьная деятельность и состояние здоровья мальчика имели бы более благоприятную динамику.

Таким образом, одним из факторов социальной, в том числе школьной, дизадаптации могут служить сомато-неврологические расстройства, которые влияют на её как автономно, так и в виде различных сочетаний друг с другом, а также с другими нарушениями, описанными выше. В одних случаях соматические расстройства служат причиной психических нарушений, в других — психические, прежде всего психогенные, нарушения способствуют возникновению соматических расстройств. Предпринимая меры по обнаружению тех или иных сомато-психических, психосоматических, сенсорных и двигательных нарушений, мы не только уточняем механизм возникновения школьных трудностей ребёнка/подростка, но и осуществляем меры по оказанию соответствующей помощи, включая психотерапевтическую.

### **Соматические расстройства и обучение**

С одной стороны, заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, нарушение функций почек, печени, желудочно-кишечного тракта и другие влияют на человека и его психику посредством интоксикации и нарушений обмена веществ, воздействуя на центральную нервную систему, снижая или искажая качество её функционирования. С другой стороны, на течение и прогноз соматических нарушений сказывается реакция личности

человека на болезнь, его субъективный взгляд на степень её тяжести и возможные последствия. Отсюда нередко возникает своеобразный «порочный круг», когда соматические расстройства порождают невротические реакции, которые, в свою очередь, отягощают течение соматического заболевания.

Кроме того, влияние на ребёнка/подростка неблагоприятной среды, особенно неполноценность лечения и питания, существенно отражается как на динамике заболевания, так и на результате учебной деятельности, которая в свою очередь сказывается на ухудшении его соматического состояния. К негативным внешним факторам относятся несоразмерные индивидуальным возможностям ребёнка педагогические требования и учебные нагрузки, отсутствие щадящего режима и сбалансированного питания, конфликты в школе и семье, недостаток узких специалистов, необходимых для успешного выздоровления, а также дефицит эффективных лекарственных средств, недоступных для применения из-за скромных доходов родителей.

Вместе с тем, декомпенсирующая и дизадаптирующая роль болезни ребёнка/подростка в значительной мере опосредуется его индивидуально-личностными особенностями (характерологическим радикалом, мерой невротичности), уровнем его интеллектуального потенциала, а также степенью выраженности «синдрома минимальной мозговой дисфункции», который не обнаруживал себя до заболевания либо до его обострения. При отсутствии такой «внутренней почвы» ребёнок/подросток, несмотря на хроническое заболевание, может продолжать успешно учиться. Так, обследование детей ряда санаторных школ в зоне Подмосковья показало, что у подавляющего большинства их школьные трудности были не столько следствием соматической ослабленности (послужившей основанием для врачебного направления), сколько её сочетанием с той или иной степенью функционально-органической недостаточности ЦНС, либо замедленным темпом психического развития. Ещё чаще такие дети сегодня встречаются в типовых общеобразовательных школах (особенно на селе), где организовать своевременную диагностику и комплексную медико-психолого-педагогическую помощь, в которой они нуждаются, значительно труднее.

Иллюстрацией к сказанному могут послужить дети, страдающие аденоидами носоглотки, которые нередко на протяжении ряда лет не выявляются не только учителями, но даже школьными врачами. Аденоиды — это чрезмерное разрастание лимфоидной ткани носоглоточной миндалины. Они наблюдаются чаще всего у детей 3–10 лет, но могут сохраняться и после завершения полового созревания. Развитию аденоидов способствуют часто повторяющиеся заболевания верхних дыхательных путей, иммунодефицитные состояния, склонность к аллергии, а в ряде случаев — наследственный фактор.

Признаки аденоидов — нарушения носового дыхания; обильное выделение из носа слизистого секрета, заполняющего носовые ходы; хроническое набухание и воспаление слизистой оболочки носа. Аденоиды, закрывая глоточные отверстия слуховых труб и нарушая нормальную вентиляцию среднего уха, вызывают понижение слуха, иногда значительное. Длительное развитие аденоидов приводит к задержке речевого развития, нарушению фонематического анализа, звучности и чёткости голоса. Дети часто жалуются на головные боли, возникающие из-за нарушения оттока крови и лимфы от головного мозга. Из-за затруднённого носового дыхания у них постоянно открыт рот, отвисает нижняя челюсть, выражение лица становится малоосмысленным; они часто вялы и апатичны. Дыхание через рот приводит к деформации лицевого черепа, неправильному прикусу; уплощается и становится впалой грудь, нарушается вентиляция лёгких, сокращается число эритроцитов и гемоглобина, развивается анемия, снижается концентрация кислорода в крови, и многое другое. Воспаление аденоидной ткани нередко сочетается с ангиной (острое воспаление нёбных миндалин). Нарушения слуха и дыхания, а также наличие хронического очага инфекции, являющегося источником хронической интоксикации, отягощают интеллектуальную работоспособность

и психическое развитие ребёнка, вызывают трудности в усвоении детьми школьной программы. Сходные трудности испытывают дети, страдающие аллергическими состояниями.

В ту же группу нарушений, сопутствующих школьным трудностям, можно отнести расстройства слуха, зрения и моторики, отражающиеся на темпе прохождения школьной программы, предусматривающей определённые ею сроки обучения. В.В. Лебединский (1985) подробно описал детей с этими расстройствами, рассматривая их как варианты «психического дизонтогенеза по дефицитарному типу».

Затруднения, испытываемые при обучении этой группой детей, в значительной мере сходны с теми, которые были отнесены к «специфическим школьным трудностям» в рамках «нарушений психологического развития» в 5-м разделе МКБ-10. Судя по комментариям экспертов, разница между первыми и вторыми состоит, прежде всего, в степени выраженности сенсорных и моторных расстройств, а также их последствий. Это служит ещё раз напоминанием, что между «функциональной нормой» и очевидной «патологией» отсутствует строго разграничительная линия, а есть «полоса», которая их не столько разъединяет, сколько объединяет.

### **Нарушения полового созревания и трудности в обучении**

Исследования К.С. Лебединской (1969) убедительно показали, что и среди детей с нарушениями темпа полового созревания встречается широкий спектр психических расстройств, которые, с одной стороны, обусловлены собственно эндокринными нарушениями, нередко способствующими формированию антисоциальных наклонностей; с другой — длительными реактивными состояниями, тесно связанными с переживаниями своей неполноценности, приводящими к патологическому (патохарактерологическому) развитию личности.

Автором выделяются, в основном, две группы детей с нарушениями полового созревания: с ускоренным и задержанным темпом развития. Так, например, детям с ускоренным половым созреванием церебрального происхождения свойственно раннее развитие вторично-половых признаков, характерных для лиц более старшего возраста, наличие крепкой мускулатуры, ловкости и пластичности движений. Одновременно обнаруживаются признаки вегетодистонии и нарушения обмена веществ, характерные для дисфункции диэнцифальной области мозга, особенно в период ускоренного и бурного пубертата. Именно в этот период у подростков отмечаются различные расстройства поведения в виде аффективной возбудимости, агрессии и усиления влечений.

У детей с задержкой полового созревания, напротив, наблюдается сочетание недоразвития вторично-половых признаков и ожирения. Для этих детей характерно округлое розовое лицо с нежной кожей, детским ртом, маленьким носом, женским профилем; их высокий рост сочетается с относительно небольшим туловищем, короткой спиной и длинными конечностями; ожирение отмечается преимущественно в области груди, живота и спины. Клинико-психологические особенности проявляются в общей медлительности, неуклюжести, вялости, слабо развитой координации движений и мышечной силы, отставании в формировании ручной умелости. Вместе с тем этим детям свойственны хороший речевой запас, склонность к резонерству, «литературность» и некоторая витиеватость речи. Интеллект, как правило, соответствует возрастной норме, однако их школьная успеваемость страдает от рассеянности, отвлекаемости, небрежности, а педагоги считают этих детей ленивыми, несобранными, неуверенными в себе. В эмоциональной сфере — черты инфантильности: повышенная внушаемость, доверчивость, наивность и простодушие. Наряду с повышенным фоном настроения, обнаруживается заметная впечатлительность, робость, трусливость, нередко

чувство собственной неполноценности, мнительность, ипохондричность, немотивированные колебания настроения.

Монография блестящего отечественного клинициста К.С. Лебединской, посвящённая детям с нарушениями темпа полового развития, ещё раз убеждает в наличии неразрывной связи «соматического» и «психического», единства организма и психики, а также их влияния на процесс социализации ребёнка/подростка в окружающем его мире.

Рассмотрев влияние сопутствующих сомато-неврологических нарушений на психическую деятельность ребёнка, остановимся кратко на соматических расстройствах, возникших в результате психогенного фактора, т.е. на психосоматических расстройствах, которые, в свою очередь, отражаются на процессе социализации.

### **Социально-психологические факторы в формировании школьных трудностей и нарушений социального поведения у детей и подростков**

Из перечисленных выше негативных факторов, обуславливающих те или иные школьные проблемы ребёнка, социально-психологические наиболее хорошо известны психологу, учителю, социальному педагогу: в одних случаях неблагоприятные социально-психологические факторы служат основной причиной школьной дезадаптации, психических расстройств и неблагоприятного развития личности ребёнка; в других — сопутствующей; в третьих — отягощающей; в четвёртых — заостряющей черты характера, которые до того ничем себя не проявляли, в пятых — провоцирующей, впервые обнаруживая в условиях острого или хронического психического стресса предпосылки к тем или иным психическим заболеваниям («после этого» вовсе не означает «вследствие этого»). Кроме того, степень негативного влияния социально-психологических факторов зависит от возраста ребёнка, неблагоприятной «почвы» или «слабого звена» (т.е. «преморбидных» психических особенностей, в том числе — типа акцентуации характера, наличия признаков минимальной мозговой дисфункции, соматической ослабленности и др.), а также от степени субъективной значимости для ребёнка психотравми-

рующего фактора, длительности его воздействия и т.д.

Одни социально-психологические факторы (например, «депривационные») негативно отражаются, прежде всего, на темпе интеллектуально-психического развития, другие сказываются, в основном, на формировании особенностей эмоционально-волевой сферы (например, «невротизация», «психопатизация», «инфантилизация» личности), третьи — на возникновении и развитии психо-соматических расстройств; четвёртые вызывают различные комбинации вышеперечисленных нарушений друг с другом. Нетрудно заметить, что упоминаемые последствия влияния негативных социально-психологических факторов свидетельствует об условной «автономности» социальных и биологических факторов, которые всегда находятся в теснейшей взаимосвязи и взаимообусловленности между собой.

Обычно к неблагоприятным семейным факторам относят неправильные формы родительского воспитания: авторитарное, попустительское, противоречивое и другие. Кроме того, социологи выделяют такие типы неблагополучных семей, как распадающиеся, распавшиеся, неполные. Вместе с тем, встречаются семьи полные, но функционально деструктивные, где постоянно ощущаются межличностное напряжение и частые ссоры. И напротив, немало «неполных» семей, где отсутствует отец либо мать, в то время как в семье создана атмосфера взаимного внимания, тепла и поддержки.

К неблагоприятным семейным факторам, влияющим на школьную адаптацию и эмоционально-волевую сферу ребёнка, следует отнести также неуравновешенность, деспотичность, эмоциональную холодность и другие особенности родителей, а также ближайших родственников, проживающих рядом и создающих нездоровый психологический климат; тяжёлая, затяжная болезнь или утрата кого-либо из близких, к которому ребёнок

был особенно эмоционально привязан; многолетнее эмоциональное отвержение, формально-холодное отношение со стороны матери к ребёнку (например, как следствие нежеланной беременности); безнадзорность, заброшенность либо жестокое обращение с детьми; недостаточно развитое у родителей чувство эмоциональной интуиции и сопереживания; низкий интеллектуальный, культурный и образовательный уровень окружающих ребёнка взрослых; алкоголизм, наркомания, криминальное поведение среди родственников; либо, напротив, завышенные ожидания от ребёнка со стороны родителей в атмосфере заласкивания, вседозволенности, гиперопеки, настроенности против учителей школы и другие. В ряде случаев перечисленные признаки, характеризующие «неблагополучные семьи», можно одновременно расценить как «социально-психологические признаки биологического происхождения».

О влиянии неблагоприятных социально-психологических факторов на формирование личности ребёнка и его психики в целом убедительно показано в работах И. Лангмейера и Э. Матейчека (1984), Г. Гельница, У. Глассера и других зарубежных исследователей.

Таких же взглядов придерживались в прошлом и многие поколения отечественных педагогов (Ушинский К.Д., Писарев Д.И., Кащенко В.П., Блонский П.П. и другие).

Сочувствие, сопереживание, искренность расположения и доверия к ученику со стороны педагога значительно повышают степень его воздействия на воспитанника. Чем выше авторитет учителя, тем сильнее действует его слово убеждения и внушения, обладающее ободряющей, мобилизующей и даже «целебной силой». Не случайно говорят: «Чуткое слово лечит, а дурное — калечит». Без психологического чутья трудно стать хорошим учителем.

Нарушения принципов «педагогической деонтологии», в основе которых нередко лежит

формальное либо недоброжелательное отношение учителя к детям, приводят к дидактогениям (дидаскогениям), проявляющимся в отказе детей от продолжения занятий и посещения уроков, ответной грубостью, неврозами и другими формами психогенных реакций. «Ранящее слово», «уничтожающий взгляд», «унижающая интонация», оскорбляющие чувство собственного достоинства «шутки» и едкая ирония наносят ущерб не только репутации учителя, оценке его человеческих качеств, но и ощутимый вред здоровью учащихся.

Известный врач и педагог И.А. Невский (1986) напоминает, что «крикливый и раздражительный, не желающий себя сдерживать учитель оказывает отрицательное влияние на психическое самочувствие и работоспособность детей, вызывает у них эмоционально отрицательные переживания, состояния тревожного ожидания и неуверенности в себе, чувства страха и незащищённости. У такого учителя дети запуганы, подавлены либо крикливы и грубы в отношениях друг с другом; они часто жалуются на плохое самочувствие и настроение, на головную боль, боли в области сердца и живота».

Разумеется, трудно избежать конфликтов в педагогической работе, но всегда следует помнить, что виноват в них, как правило, более зрелый, мудрый и опытный. Необходимы такт, сдержанность, умение учителя выходить из конфликтной ситуации, не стесняясь признать собственные ошибки и приносить за них извинения.

Вышесказанное относится не только к детям с проблемами в обучении, но и к так называемым «одарённым детям», которым свойственны обострённое чувство долга и справедливости, повышенные требования к собственным недостаткам, боязнь быть осмеянным или отвергнутым, наличие перепадов настроения, преувеличение возможных неприятностей; они чрезвычайно восприимчивы к неречевым проявлениям со стороны окружающих, сопровождающимся молчаливым

напряжением, и другим внешним событиям, выявляющим их повышенную эмоциональную уязвимость и тревожность.

Наряду с фактами психологического насилия со стороны отдельных педагогов, порождающими те или иные негативные последствия у школьников, в общеобразовательных учреждениях нередко встречаются случаи притеснения детей со стороны сверстников. Под «притеснением» подразумеваются ситуации, при которых ученик многократно и в течение продолжительного времени является объектом насмешек, издевательств и агрессивного действия со стороны другого школьника, намеренно причиняющего или пытающегося причинить тот или иной вред, либо представляет угрозу такого вреда. Выделяют два типа притеснения: прямое, в котором присутствует открытая атака на «жертву», и косвенное, при котором притеснение принимает форму социальной изоляции, исключения из группы либо препятствия включения в общую деятельность. И та, и другая форма притеснения могут быть одинаково психологически разрушительны и деструктивны по отношению к «жертве», которая нередко оказывается наедине с собой, без поддержки и помощи в школе. Такой ребёнок часто бывает чувствительной личностью, более тесно связанной с родителями, чем большинство сверстников, и не достигшей социального опыта для того, чтобы найти друзей и поддержку с их стороны. Притеснение, которое испытывает «жертва», способствует нарастанию тревоги, страха и стремлению избегать подобных ситуаций. Обращаясь за поддержкой к родителям, эти дети становятся ещё более уязвимыми для дальнейшей атаки, поскольку провоцируют обидчика на дальнейшую агрессию.

«Обидчик» — дразнит, высмеивает, толкает; физически сильнее, чем сверстники. Любит, чтобы его превосходство было признано другими. Импульсивный, раздражительный, взрывчатый, нетерпимый, агрессивный, принуждающий, воинственный, он одновременно обнаруживает слабую эмпатию по отношению к другим лицам. Рано вовлекается в антисоциальное поведение (выпивки, кражи и др.), нередко отстаёт от сверстников по успеваемости, часто входит в группу сверстников, объединяемых общими свойствами.

«Жертва» — подвергается высмеиванию, толчкам, пинкам, оказывается вовлечённым в драки, которых пытается избежать. Его вещи отнимают, повреждают или уничтожают. У него обнаруживаются «необъяснимые» порезы, синяки, порванная одежда. Исключается из групп сверстников во время перемен, обеда, последним привлекается для участия в игре. Стараются держаться ближе к учителю. Проявляет тревогу, нервозность, неуверенность в высказывании своего мнения. Выглядит печальным, несчастным. Отстаёт в учёбе, несмотря на достаточные способности. Вне школы, в семье, обнаруживает те же особенности, но часто «болеет», избегает школы, обнаруживает ночные страхи, энурез, ворует деньги (чтобы откупиться под угрозой физического воздействия со стороны обидчика), становится раздражительным, пассивным, неуравновешенным, утрачивает мотивацию, снижает успеваемость.

Наряду с пассивными жертвами притеснения имеется другая, меньшая по численности группа жертв, которых относят к лицам, провоцирующим агрессию. В отличие от первых, эти дети могут вызывать раздражение и напряжение у сверстников в результате собственного поведения: повышенной двигательной активностью, отверженностью, трудностями в обучении, делая себя мишенью для высмеивания или поддразнивания со стороны более способных учеников.

По данным зарубежных публикаций, в младших классах притеснение в виде вербальной и физической агрессии отмечается довольно часто: от 10 до 20 и более процентов. В старших классах оно встречается уже реже, но приобретает более угрожающий и опасный характер для жертвы.

Одно из заблуждений, по мнению исследователей проблем притеснения в школе, состоит в том, что взрослые, якобы зная о фактах притеснения, принимают меры для их предупреждения,

тогда как на самом деле подавляющее большинство учителей и других работников школы не вмешиваются в подобные случаи, полагая, что «дети разберутся сами» и прекратят совершаемое насилие.

Другое заблуждение, касающееся притеснения, заключается в убеждении, что «обидчики» с возрастом «перерастут» агрессивное поведение. Опыт же показывает: если взрослые игнорируют факты агрессивного поведения, дети с подобными особенностями поведения, как правило, наращивают уровень агрессивности и к 30-летнему возрасту имеют один шанс из четырёх быть осуждёнными за преступление. Третье заблуждение состоит в том, что «агрессивное поведение» — это якобы нормальный период возрастного развития, все ученики проходят через него, и потому оно не требует вмешательства.

Международный опыт свидетельствует, что ситуация «притеснения» в школах продолжает ухудшаться, а следовательно, требует не только признания проблемы, но и разработки каждой школой целенаправленной программы по её устранению. К сожалению, проблема притеснения существует и в российских школах, а потому заслуживает внимания их руководителей, учителей, социальных педагогов и психологов.

В настоящей главе упомянут далеко не весь перечень неблагоприятных социально-психологических факторов, способных привести к школьной дизадаптации, расстройству поведения либо к тем или иным нарушениям психо-физического здоровья у детей/подростков, с которыми встречается психолог, педагог, школьный врач. Но даже упомянутые примеры могут служить показателем необходимости выявления и определения их места в общей совокупности взаимосвязанных причин, порождающих трудности школьного обучения и нарушений социального поведения, без учёта которых оценка рассматриваемых педагогических проблем, как и оказание помощи учащимся, могут оказаться несовершенными.

Завершая краткую клинико-психологическую характеристику факторов риска школьной дизадаптации, важно ещё раз подчеркнуть, что **в подавляющем числе случаев** (как свидетельствуют приведённые примеры) имеют место не отдельные описанные выше расстройства, а **различные, «калейдоскопические» по своей неповторимости, сочетания друг с другом**. Притом каждый из этих компонентов обнаруживает непрерывный ряд количественных параметров, то есть **различную степень выраженности** умственной истощаемости, эмоционально-волевой неустойчивости, слабости абстрактно-логического мышления, недоразвитая моторики, пространственного и слухового восприятия, развития различных сторон речевой сферы, соматической ослабленности и физической выносливости, социально-педагогической запущенности и т.д. **Именно совокупность**, а не отдельный вид расстройства, нередко выступающий на «передний план», **составляет уникальность каждого ребёнка с трудностями обучения или поведения**. «Мозаичная структура» расстройств, лежащих в основе школьной дизадаптации, служит отражением сложной социально-биологической природы её происхождения. Именно этот «сплав» **взаимоотягивающих** свойств индивидуального развития ребёнка, затрудняющих его коррекцию, вызывает нередко чувство отчаяния не только у педагога общеобразовательной школы (преподавателя письма, математики и др.), но и у «узких» специалистов: логопеда, психолога, психотерапевта и др.

Вместе с тем, как отмечал ещё Выготский Л.С., признаки недоразвития тех или иных свойств ребёнка нередко сопровождаются компенсаторным развитием позитивных качеств, которые следует не только выявлять, но и всячески развивать. Иначе говоря, слабая одарённость в одном может сочетаться с признаками одарённости в другом. В жизни такие факты встречаются часто, что не требует специальных доказательств. **НО**