



ФАКТОРЫ РИСКА ШКОЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ

Л. ВИНОКУРОВ

В практической работе педагогу и психологу любого вида образовательного учреждения (школа, интернат, детский дом, социальный приют, спецшкола или училище для детей с девиантными формами поведения) наибольшее внимание приходится уделять учащимся со стойкими школьными трудностями и поведенческими нарушениями, которые нередко сочетаются в разных пропорциях друг с другом. Утрата школьной мотивации у этих детей, как правило, — следствие противоречия между предъявляемыми стандартными требованиями учебной программы к ребёнку и его индивидуальными возможностями усвоения школьных знаний.

Совершенно справедливо школьная дизадаптация рассматривается как разновидность социальной дизадаптации (Северный А.А., Иовчук Н.М.), как социально-психологический и социально-педагогический феномен, за «фасадом» которого скрываются разнообразные, часто взаимосвязанные, причинные факторы: те или иные психопатологические расстройства, лёгкие степени умственной отсталости, признаки «минимальной мозговой дисфункции», сомато-неврологические нарушения и неблагоприятные условия среды, в которых живёт и обучается конкретный ребёнок. Без их выявления, анализа и адекватных методов коррекции трудно добиться желаемых результатов. Отсутствие своевременной помощи детям с трудностями в обучении, как правило, способствует углублению их социальной дизадаптации, характеризующейся большим разнообразием её конкретных форм.

Так, хорошо известно, что из социально дизадаптированных подростков, совершивших те или иные противоправные действия, подавляющее число с начальных классов испытывало стойкие школьные трудности (Алемаскин М.А., Невский И.А., Гиндикин В.Я., Гурьева В.А., Блэкборн Р.). С другой стороны, высокий уровень нервно-психических и психо-соматических расстройств среди учащихся тесно связан с их школьной дизадаптацией.

Детей со стойкими школьными трудностями нередко трудно разделить на тех, у которых причина школьной дизадаптации заключается в низкой психической работоспособности либо недостаточном уровне развития, и на тех, у кого такой причиной были расстройства поведения.

Астенический синдром у детей и подростков

Роль «клинического психопатологического синдрома» (например, «астенический», «гиперактивности», «аффективной возбудимости») в механизме возникновения и развития школьных трудностей далеко не однозначна: в одних случаях он играет решающую роль в происхождении школьной дизадаптации; в других

71

Технологии
и инструментарий
[83 - 100]





¹ «Умственная отсталость» и варианты «минимальной мозговой дисфункции», на базе которых формируются «специфические школьные трудности», есть тоже разновидности «клинических психопатологических расстройств», но имеющие иную клиническую модальность и свои методы коррекции, хотя и часто связанные с первыми.

[17 – 20]
Концепции
и системы

72

служит отягощающим фактором; в третьих — сопутствующим компонентом; наконец, он может вообще отсутствовать в том понимании, в котором его обычно представляют¹.

Клинические психопатологические синдромы перечисляются в статье в той последовательности, которая отражает частоту их распространённости среди дизадаптированных детей и подростков.

Астенический синдром — состояние, которое характеризуется повышенной утомляемостью, истощаемостью активного внимания, расстройством восприятия и запоминания учебного материала: нарастающим ослаблением или утратой способности к длительному физическому и умственному напряжению. Для этого синдрома свойственны аффективная неустойчивость с преобладанием пониженного настроения, слезливость, эмоциональная возбудимость и следующее за нею чувство общего бессилия, а также болезненно-острое восприятие яркого света, запахов, звуков, прикосновения; частые головные боли, нарушения ритма сна в виде постоянной сонливости или упорной бессонницы, нарушения со стороны вегетативной нервной системы (повышенная потливость кожных покровов, сухость во рту, неустойчивость уровня артериального давления, сердечного ритма и др.); зависимость самочувствия и работоспособности от уровня атмосферного давления, жары, других климатических факторов. В тяжёлых случаях этот синдром может достигать степени полной утраты работоспособности с явлениями адинамии, апатии и безволия, напоминающей депрессию и другие психические расстройства. Как правило, астения развивается постепенно, исподволь, с нарастающей интенсивностью; иногда остро после массивного психологического стресса.

Причины астенического синдрома многообразны: острые и хронические психические травмы; неполноценное питание; умственное переутомление в результате чрезмерных психических, в том числе школьных, нагрузок; инфекционные заболевания и болезни внутренних органов; острые и хронические интоксикации (отравления); органические заболевания мозга и черепно-мозговые травмы, их отдалённые последствия и другое. Несмотря на неспецифический характер астенического синдрома, его особенности и динамика нередко отражают его происхождение. Кроме того, этот синдром в различных пропорциях может сочетаться с другими синдромами; например, астеноневротический, астенодепрессивный, астеноипохондрический. Признаки, свойственные астении, обнаруживаются при ряде акцентуаций характера, особенно в период их декомпенсации под воздействием провоцирующих внешних или внутренних факторов (внутренние заболевания, пубертатный криз), при невротических и патохарактерологических реакциях астенического типа, при неврастении, при астеноневротическом развитии личности. Однако не всякая астения может быть фактором школьной дизадаптации, поскольку имеет различную степень выраженности. Чаще всего её дизадаптирующий эффект обнаруживается при сочетании с другими расстройствами психической деятельности, отягощающими её влияние на работоспособность ребёнка.

Опишем некоторые наблюдения из собственной консультативной практики.

Случай 1. Поводом для консультации первоклассника семи лет, направленного учителем спустя полгода после начала учёбы, послужили трудности в усвоении учебной программы.



По мнению учителя, мальчик очень старательный, но все задания выполняет очень медленно, во время уроков быстро устаёт: нарастает невнимательность, рассеянность, появляется зевота, ложится головой на парту. Резко вздрагивает на обращение к нему учителя, на неожиданный звук за окном или дверью. При возникающих затруднениях или устных ответах во время урока начинает сильно волноваться, лицо покрывается красными пятнами, руки трясутся. Несмотря на «огромную работу» в школе и дома, где мать занимается с ним «до изнеможения», мальчик не справляется с предусмотренным учебной программой объёмом заданий. Плохо пересказывает прочитанный текст. В письме пропускает буквы, заменяет их (а — о, п — б, ч — ц, ы — и, з — с, ж — ш, п — т и др.), не может разделить слова на слоги, предлоги пишет слитно. Долго затруднялся в решении примеров с переходом через десяток, не запоминал таблицы умножения и деления, не справлялся самостоятельно даже с относительно простой задачей. Наблюдается двигательная неловкость как на физкультуре, так и уроках труда: отмечается неточность движений, замедленность двигательных реакций, недостаточность чувства ритма. Неудачи во время этих занятий часто вызывают у одноклассников смех, приводящий к отказу мальчика от дальнейшего выполнения заданий.

Сведения со слов матери: мальчик — единственный в семье ребёнок. Родился от первой беременности, протекавшей на фоне обострения хронического нефрита и артериальной гипертонии. В связи с неблагоприятным соматическим состоянием за две недели до родов была помещена в родильный дом. Роды наступили в срок, но были затяжные, разрешившиеся на шестые сутки посредством «кесарева сечения». Вес ребёнка при рождении 2450 гр., был вял, сонлив, в первые дни плохо брал грудь. Сидеть стал на шестом месяце, ходить к году, фразовая речь появилась на третьем году.

С полутора лет и на протяжении последующих лет в домашних условиях часто болел катаром верхних дыхательных путей, бронхитами, ринитами, ангинами. В четыре года дважды перенёс удаление аденоидов носоглотки. С четырёх-пяти лет ребёнок стал часто жаловаться родителям на усталость; головные боли; плохо переносил поездки в транспорте: тошнило, бледнел, покрывался потом. Заметно ухудшился аппетит.

Дошкольные учреждения не посещал, воспитывался матерью, которая после рождения сына находилась на группе инвалидности по хроническому нефриту и артериальной гипертонии. С детьми был избирательно общителен, предпочитал тихие, спокойные игры, любил рисовать, лепить. Со взрослыми всегда держался застенчиво, неуверенно. Последние два года перед школой часто бывал в невесёлом настроении, плаксивым, временами капризным. К моменту поступления в школу знал все буквы, счёт в пределах 20.

В школу пошёл охотно, но спустя месяц интерес к ней пропал. Стал жаловаться на головные боли и головокружения. Последние особенно усилились после перенесённой в начале зимы ангины, во время которой две недели школу не посещал. При возвращении домой после уроков ложился спать, нередко отказываясь даже от обеда. После дневного сна подолгу занимался с матерью приготовлением домашних заданий, часто жалуясь при этом, что плохо понимает и запоминает учебный материал, объясняемый в классе, поэтому учительница его





«не любит». Болезненно переживал свои школьные трудности, однажды заявил матери, что повесится или бросится под машину.

В беседе с консультантом вступает нерешительно; немногословен; вяловат, медлителен в движениях, гипомимичен, слабо улыбается на шутки. При упоминании о школьных трудностях на глазах появляются слёзы. Жалуется на чувство тяжести в голове и головные боли, возникающие как утром после сна, так и после учёбы, к вечеру; на плохое запоминание учебного материала: «дома выучил, а в школе забыл». Лицо бледное, слегка одутловатое. Иногда переспрашивает заданный вопрос. По мере разговора обнаруживаются признаки нарастающей утомляемости.

Физическое развитие соответствует возрасту. Носовое дыхание шумное, рот полуоткрыт, глаза запавшие. Кожа туловища влажная, с «мраморным рисунком». Плоточные миндалины увеличены до 2–3 степени, с выраженными лакунами, слегка гиперемированы. При ощупывании шеи обнаруживается группа лимфоузлов величиной до фасоли, малоблезненная. В лёгких дыхание слегка усиленное; тоны сердца ритмичные, чуть приглушённые. При физической нагрузке в области верхушки сердца выслушивается лёгкий систолический шум.

Заключение ревматолога: хронический тонзиллит, кардиотонзиллярный синдром, вегетодистония.

Заключение ЛОР-врача: имеются незначительные аденоидные разрастания в носоглотке. Слух в норме.

На рентгенограмме черепа — усиление сосудистого рисунка. Турецкое седло нормальных размеров и формы.

Результаты экспериментально-психологического исследования: общая ориентировка в окружающем мире соответствует возрасту: знает существенные признаки времён года, их последовательность; имеет представление о понятиях «завод», «аптека», «почта», «вокзал» и пр.; о различных видах животных и растений, предназначении домашних предметов. Сразу улавливает скрытый смысл сюжетных картинок, логику последовательности событий, хотя и обнаруживает склонность к некоторой детализации при пересказе. Понимает смысл содержания загадок и отдельных метафор. Уровень обобщений соответствует возрасту. В методике на классификацию предметов мальчик определил и наименования отдельных групп. Обучаемость в психологическом эксперименте затруднена некоторой инертностью, резкой истощаемостью и связанной с ней неустойчивостью внимания. Потенциальный уровень развития умственной работоспособности выше уровня актуального. Обнаруживает недостаточно уверенную ориентировку в сторонах тела у себя и собеседника. Плохо выполняет пробы на динамический праксис.

Семейно-бытовые условия семьи удовлетворительные. Отец — 32 года, работает автослесарем, хороший семьянин, эмоционально выдержан. Мать — 34 года, вспыльчива, раздражительная, плаксивая с момента заболевания. Отношения между супругами хорошие.

Матери и учителю мальчика даны **советы** о регулярном амбулаторном лечении у врачей, в помощи которых, судя по их заключениям, ребёнок нуждался, а также дозированной учебной нагрузке, отвечающей его индивидуальным возможностям. К сожалению, рекомендации остались без должного внимания. Несмотря на то, что мальчик не справился ни с одной из годовых контрольных



работ даже после дополнительных летних занятий в течение месяца, переведён во второй класс. На втором году обучения учение давалось ещё с большим трудом, из-за своей усталости стал совершенно апатичным. Участились жалобы на головные боли и болезненные ощущения в других частях тел. В связи со стойкой неуспеваемостью оставлен во втором классе на второй год.

Резюме: на момент первичного исследования основной причиной школьных трудностей ребёнка была высокая степень психической истощаемости сложного происхождения, возникшая ещё задолго до посещения школы и нарастающая по мере увеличения учебной нагрузки, присоединения сопутствующих соматических заболеваний, невротических переживаний и утраты учебной мотивации, связанных со школьными трудностями. Астенические расстройства характеризовались высокой степенью выраженности и стойкостью, сопровождалась неустойчивостью настроения в сторону депрессивности, гиперестезией, вегетососудистыми нарушениями, недостаточностью моторики, пространственной ориентировки и фонематического анализа, рядом других предпосылок интеллектуальной деятельности при сохранности интеллекта. Всё это служило основанием для заключения о наличии глубокой астении резидуально-органического происхождения, осложнённой соматическим неблагополучием и школьным стрессом. Этим предположениям соответствовали как данные педагогической характеристики и раннего анамнеза, так результаты сомато-неврологического и экспериментального исследования.

Сложный «узел» клинико-психологических расстройств, свойственных данному ребёнку, не только подтверждал объективный характер его стойких школьных трудностей, но и служил основанием для комплексной программы психолого-медико-педагогической помощи, в которой он нуждался. Она, в частности, предполагала меры по психофармакологической, психотерапевтической, соматооздоровительной и логопедической помощи, лечебной физкультуре, режимные ограничения учебной нагрузки и создание психолого-педагогических условий, оптимизирующих субъективную установку ребёнка на преодоление своих школьных трудностей. К сожалению, как показало время, эти рекомендации остались без внимания.

Синдром психического инфантилизма

Термином **«синдром психического инфантилизма»** обозначают личностную незрелость ребёнка преимущественно в области эмоционально-волевых свойств, сохраняющих черты более младшего детского возраста. Эта эмоционально-волевая незрелость проявляется в недостаточной способности ребёнка подчинять своё поведение требованиям ситуации, неумении сдерживать свои желания и эмоции, в детской непосредственности и преобладании игровых интересов над школьными; в беспечности, повышенном фоне настроения и недоразвитии чувства долга; неспособности к волевому напряжению и преодолению трудностей, в повышенной подражаемости и внушаемости. Кроме того, у этих детей нередко обнаруживаются признаки лёгкой интеллектуальной недостаточности, не достигающей степени умственной отсталости; в относительной слабости абстрактно-логического мышления, словесно-смысловой памяти, дефицита познавательной активности при обучении в связи с отсутствием школьных ин-





тересов и быстрой пресыщаемости в любой деятельности, требующей активного внимания и интеллектуального напряжения, в стремлении быть в обществе детей младшего возраста или среди тех, кто им покровительствует. Отсутствие «школьной зрелости» и интереса к учёбе уже с первых дней посещения школы выделяют этих детей среди остальных первоклассников, хотя признаки их психической незрелости обнаруживаются ещё в дошкольном возрасте в виде неустойчивости активного внимания, быстрой пресыщаемости, недостаточно чёткой дифференциации межличностных отношений, более медленном усвоении воспитываемых навыков и знаний об окружающем мире.

Синдром психического инфантилизма, как и астенический синдром, неоднороден как по причинам возникновения, так и по клиническим особенностям, по степени выраженности различных компонентов его структуры и по динамике последующего развития, которая зависит как от внешних, так и от внутренних факторов. Этот синдром рассматривается, как правило, в рамках «задержанного развития» (М.С. Певзнер, Г.Е. Сухарева, К.С. Лебединская и др.) и «пограничной интеллектуальной недостаточности» (В.В. Ковалёв), которая в целом встречается значительно чаще, чем собственно умственная отсталость.

Среди причин формирования синдрома психического инфантилизма, как правило, отмечаются обменно-трофические нарушения (от слова, обозначающего «питание»), связанные с недоношенностью, малым весом при рождении, с частыми либо длительными, но относительно легко протекающими заболеваниями в раннем возрасте на фоне ослабленного иммунитета. В ряде случаев психический инфантилизм — одно из проявлений отдалённых последствий органического поражения головного мозга, перенесённого на ранних этапах развития ребёнка. Судя по нашим наблюдениям, эти варианты психического инфантилизма последние два-три десятилетия встречаются заметно чаще, чем прежде.

При «оранжерейном» воспитании психический инфантилизм сочетается с эгоцентризмом, крайней несамостоятельностью, психической истощаемостью и неспособностью к волевому напряжению. Кроме того, дети, воспитанные по типу «кумир семьи», отличаются неумением считаться с интересами окружающих, тщеславием, жадой признания и похвалы.

Напротив, при деспотическом воспитании с использованием угроз, физических наказаний и постоянных запретов, эмоционально-волевая незрелость таких детей проявляется в крайней нерешительности, отсутствии собственной инициативы и слабой активности. Часто это сопровождается слабостью познавательной деятельности, неразвитием нравственных установок, чётких интересов и нравственных идеалов, слабо развитыми потребностями в труде, отсутствием чувства долга и ответственности, стремлением к достижению своих элементарных потребностей. Относительно удовлетворительная способность этих детей к обобщению, умение использовать помощь в решении абстрактно-логических задач, хорошая ориентировка в житейских вопросах позволяют в условиях современной психолого-педагогической помощи таким детям нейтрализовать риск их социальной дизадаптации. При отсутствии такой помощи упомянутые выше эмоционально-волевые особенности личности могут стать источниками развития различных форм девиантного поведения, включая отказ от посещения школы, бродяжничество, мелкое хулиганство, воровство, алкоголизацию и проч. (Ковалёв В.В.).



Случай 2. Поводом для направления первоклассника на консультацию послужили поведенческие расстройства и трудности в усвоении школьной программы.

Из характеристики учителя. С первых дней посещения школы мальчик резко выделяется среди одноклассников поведением: постоянно во время уроков вертится по сторонам, ползает под партами, задаёт учителю бесконечные вопросы, не имеющие отношения к уроку. Начав задание, вскоре перестаёт им заниматься, играет со школьными предметами, громко рассказывает о том, что он видел или слышал по дороге в школу, или какими выражениями обмениваются его родители, находясь в состоянии ссоры. К заданиям учителя интереса не проявляет, часто оставляет их незавершёнными. На предложения продолжить работу принимается за неё, но вскоре снова бросает.

Отмечаются довольно заметные колебания в настроении, поведении и работоспособности. То чрезвычайно подвижен, неугомонен, говорлив, в повышенном настроении; может подолгу разговаривать на посторонние темы, не отходя от учителя. То с утра очень вял, немногословен, бледен, безучастен, часто лежит на парте. Неоднократно было замечено, что во время урока неожиданно бледнеет, покрывается потом, жалуется на головную боль и тошноту.

Читает бегло, но в письме очень неряшлив; пишет грязно, не выдерживая строк; буквы неровные, разных размеров. Путает начертание похожих цифр и букв. Затрудняется в составлении предложений из деформированного текста. Особенные трудности испытывает в решении простейших задач. По описанию учителя мальчик добр, ласков, никого не обижает, но чрезвычайно мешает своим неуправляемым поведением проведению урока с классом.

Анамнез со слов матери: мальчик родился пятым по счёту, самый младший в семье. Беременность протекала с признаками выраженного позднего токсикоза. Роды в срок, но с весом 2880, в асфиксии. Из роддома выписали через месяц. Вскармливание искусственное. Ходить стал в 1 год 3 месяца, первые слова — с года, фразовая речь появилась на третьем году.

В шесть месяцев перенёс тяжёлую (токсическую) форму диспепсии: с утратой сознания, судорогами, высокой температурой, обезвоживанием. В восемь месяцев перенёс повторную, но менее тяжёлую диспепсию. В два года переболел тяжёлой формой кори: на высоте высокой температуры были рвоты и расстройство сознания. Наряду с этими заболеваниями отмечались частые воспаления верхних дыхательных путей, «ангины», «гриппы». В возрасте пяти-шести лет появились головные боли приступообразного характера, сопровождавшиеся рвотами. Всё время рос слабым, худым ребёнком.

До трёх лет находился под присмотром малограмотной бабушки, затем стал посещать детский сад. Непосредственно перед школой знал все буквы, устный счёт, простые математические операции. Воспитатели детсада характеризовали мальчика как очень «любопытного», но крайне неорганизованного ребёнка, отличающегося от детей своей группы высокой отвлекаемостью и подвижностью. Дома любил проводить время за игрушками, чаще в обществе девочек.

Клинико-психологический статус: в беседу с незнакомым прежде собеседником вступает свободно, непринуждённо: спрашивает, как того зовут, чем он здесь занимается. На месте постоянно не сидит: постоянно меняет позу, смотрит по сторонам, потягивается, рассматривает без разрешения находящие-





ся в кабинете предметы, одновременно комментирует то, что видит за окном, переводя взгляд с одного объекта на другой. Говорит громко, жестикулируя, часто берёт палец в рот. Речь с хорошим запасом слов, отдельные фразы носят характер «речевых штампов», услышанных по радио, телевидению или от окружающих взрослых. Оставленный на несколько минут без внимания, сам себя развлекает: что-то напевает, вспоминает отрывки стихов или выученные ранее правила письменной речи. Не смущаясь тем, что собеседник в данный момент занят (описанием его психологического «портрета»), обращается к нему с различными, не связанными друг с другом вопросами. Хвастается: «А я могу толстую книгу за три минуты прочитать» или «Вы, например, что-нибудь потеряете, а я через три дня найду» и т.д. Повышенный фон настроения мальчика не удаётся изменить даже упоминанием о его плохой успеваемости и нарушениях правил поведения в классе.

Общая ориентировка в окружающем хорошая, особенно в бытовых вопросах. Предложенные задания выполняет охотно, интересуется результатами, но вместе с тем быстро отвлекается, почти не реагируя на замечания. Иногда к исполнению задания приступает тотчас же, не дослушав до конца инструкции. Точно так же, без предварительного ознакомления предложенной сюжетной картинке, вначале начинает перечислять её отдельные детали и лишь затем излагает содержание описанной ситуации. Способен к логическому переносу решений в «обучающем эксперименте», обнаруживая в целом удовлетворительный уровень потенциального развития.

В двигательной сфере обращает внимание заметная ручная неловкость: с трудом застёгивает пуговицы, молнии на куртке, брюках или затягивает шнурки на ботинках — отсюда часто выглядит неопрятно. С трудом выполняет пробы на «двигательный праксис».

Соматоневрологический статус: мальчик невысокого роста, с признаками конституционального дизонтогенеза: асимметричный череп, широкое переносье, низкий рост волос на лбу, относительно длинное туловище и руки в сравнении с нижними конечностями, высокое нёбо, короткие пальцы кистей с деформированными внутрь мизинцами и др. Повышенная сухость кожи. Миндалины увеличены до второй степени.

Глазная щель — справа шире, чем слева. Носогубная складка слева выражена чётче. В позе Ромберга лёгкое покачивание. Проба на адиадохокинез положительная. В остальном — без особенностей.

Глазное дно нормального вида. На краниограмме — умеренно выраженные явления внутричерепной гипертензии.

Микросоциально-бытовая характеристика: Ребёнок из семьи с невысоким культурным и образовательным уровнем. Отец — инвалид, малограмотный, грубый, вспыльчивый, временами злоупотребляет алкоголем до степени запоев. Мать — малообразованная, работает уборщицей, неуравновешенная, выпивает почти наравне с мужем. Трое старших братьев учились посредственно, с трудом закончили основную школу, в настоящее время работают на производстве. Квартирные условия удовлетворительные, но с признаками недостатка чистоты.

Катамнез: второй год мальчик учился в санаторно-оздоровительной школе, где получал медикаментозное лечение в виде периодических курсов дегидрата-



ции, седативной и общеукрепляющей терапии. За три года обучения в условиях лечебно-охранительного режима и психолого-педагогической коррекции поведение ученика стало более организованным, повысилась школьная успеваемость и интерес к учёбе, прекратились головные боли и рвота. Явления эмоционально-волевой неустойчивости стали менее выраженными, хотя её отдельные черты (повышенный фон настроения, словоохотливость, некоторая лёгкость суждений) продолжали сохраняться.

Наряду с этим в предпубертативном возрасте появились не свойственные прежде раздражительность, некоторое упрямство, поддающееся педагогическому воздействию. С удовлетворительными и хорошими отметками был переведён в 5-й класс общеобразовательной школы, закончил основную школу и ГПТУ. В свободное от работы время занимается в театрально-молодёжной студии.

Резюме: мальчик с дошкольного возраста обнаруживал яркие признаки одного из вариантов дисгармонического инфантилизма, сочетающегося в остаточными явлениями раннего органического поражения головного мозга в виде гидроцефалии, синдрома гиперактивности и дефицита внимания, нарушений психомоторики. Кроме того, отмеченные расстройства развития были осложнены неблагоприятной микросоциальной средой. Благодаря пребыванию в условиях санаторно-оздоровительной школы, на наш взгляд, удалось предотвратить развитие социально-негативной динамики.

Девиантные формы поведения

Среди причин школьной дизадаптации у детей и подростков всё чаще встречаются так называемые **девиантные формы поведения**.

Единого определения понятий «нормального» и «девиантного» поведения, как и общепринятой систематики нарушений поведения у детей и подростков, пока не существует. В порядке примера приведём определения этих понятий, предложенные А.А. Северным и Н.М. Иовчук (1996). Под «нормальным поведением ребёнка» ими подразумевается такое его взаимодействие с микросоциальной средой, которое адекватно отвечает индивидуальным потребностям и возможностям его развития с учётом возрастных, рефлексивных и даже отдельных патологических особенностей. По их мнению, одно из главных условий нормального поведения ребёнка — своевременность и адекватность реагирования окружающей среды на те или иные его индивидуальные особенности. Под «отклоняющимся» («девиантным») поведением ими подразумевается «взаимодействие ребёнка с микросоциальной средой, нарушающее его развитие и социализацию вследствие отсутствия адекватного учёта средой особенностей его индивидуальности и проявляющееся его поведенческим противодействием предлагаемым нравственным и правовым общественным нормам». «Отклоняющееся» поведение этими авторами рассматривается как одно из вариантов социальной дизадаптации.

Встречаются как непатологические, так и патологические формы поведенческих расстройств (Сухарева Г.Е., Яичко А.Е., Ковалёв В.В., Беличева С.А. и др.). Умение отличить одни от других — одно из важнейших условий правильной стратегии в работе педагога и психолога с девиантными детьми/под-





ростками. («Если двое делают одно и то же, это далеко не одно и то же» — поговорка).

Под **непатологическими вариантами девиантного поведения** у детей и подростков обычно подразумеваются такие, где отсутствуют признаки клинических нарушений психики. К ним относят: ситуационно-характерологические личностные реакции, личностные проявления в результате воздействия неблагоприятной микросоциальной среды, а также их смешанные варианты. Эти социально-психологические феномены хорошо известны педагогам и психологам.

Наиболее часто среди **социально-психологических, непатологических форм девиантного поведения** встречаются ситуационно-обусловленные характерологические реакции, представляющие собой психологически понятные и относительно кратковременные поступки ребёнка или подростка, отвечающие соответствующему типу акцентуации его характера, проявляющиеся в отношении к конкретным лицам в рамках совершенно определённых обстоятельств микросоциальной среды, без выраженных психофизиологических реакций, свойственных невротическому уровню реагирования. К этим формам ситуационно-характерологического поведения относят известные психологам реакции активного и пассивного протеста (или оппозиции), компенсации и гиперкомпенсации, имитации, эмансипации, группирования, увлечения и др.

Ко второй подгруппе непатологических форм девиантного поведения относят личностные проявления подростка, обусловленные конфликтной ситуацией в неблагополучной семье, характеризующейся низким культурным уровнем, дефицитом общения, контроля за детьми, под влиянием «стихийного», жестокого либо противоречивого воспитания, отсутствием социальных ценностей и многим другим, что сказывается на привычном поведении, установках, взглядах подростка на отношения между людьми, понятие долга, ответственности и др. На формирование такого поведения и личности «трудного» подростка могут влиять родители и ближайшие родственники, страдающие расстройствами нервно-психической сферы, алкоголизмом, наркоманией, а также имеющими криминальный опыт.

Известно, что наряду с «неблагополучными семьями» и «трудными» родителями существуют «неблагополучные» школы и «трудные» учителя. Установлено, что свой «вклад» в формирование социально-психологической поведенческой девиации учащихся вносят глубоко укоренившаяся авторитарная, административно-командная система взглядов, встречающихся как у школьных руководителей, так и у педагогов; нарушения психолого-педагогической этики; бездушные и формализм к «педагогически проблемным» учащимся; непрекращающиеся попытки поставить в «общий ряд» детей, нестандартных по личностным и психофизиологическим особенностям; примитивизм и однообразие форм воспитательной работы; ослабевающее внимание к интересам и проблемам молодёжи; отсутствие успехов в формировании установок к здоровому образу жизни, к неприятию хамства, грубости, вандализма, нарушению правил поведения в общественных местах; отсутствие уважения к личному достоинству другого человека.

Кроме того, неблагоприятным микросоциальным фактором формирования девиантного поведения может служить асоциальная группа подростков, поскольку



ку «улица» всегда собирала «обиженных». В период затянувшегося социально-экономического кризиса, как известно, резко выросло число беспризорников и асоциальных подростковых групп. Социальная запущенность часто осложняется и педагогической, что, в свою очередь, отягощает социальную адаптацию; в результате возникает «порочный круг».

Вместе с тем, несмотря на значительные трудности социальной адаптации и достаточно выраженные проявления асоциального поведения, этим подросткам, по мнению специалистов, не свойственны стойкие нарушения эмоционально-волевых свойств личности, как, например, резкая аффективная возбудимость, агрессивность, склонность к беспричинным или малообоснованным колебаниям настроения, дисфориям (состояниям внутреннего напряжения и угрюмо-тоскливого настроения), патологически обострённые или извращённые влечения, соматовегетативные расстройства, сопутствующие патологическим формам девиации поведения у подростков. Иначе говоря, эта категория детей, оказавшись в благоприятных условиях воспитания и обучения (школа-интернат, детский дом или социальный приют, спецшкола или спецучилище для детей с девиантными формами поведения), в ходе социально-реабилитационной работы имеет шанс положительных сдвигов. Если эта работа не достигает поставленных целей, необходимо проведение более тщательного клинико-психологического анализа воспитанников и критической оценки содержания всех сторон процесса психолого-педагогической работы с ними.

К **патологическим формам девиантного поведения** относят психогенные и непсихогенные варианты психопатологического поведения.

В группу психогенных девиаций поведения входят:

- а) острые аффективные реакции;
- б) патохарактерологические реакции;
- в) патохарактерологические «развития» личности.

Острыми аффективными реакциями называют состояния крайне эмоционального напряжения, вызванного острыми психическими травмами, кризисными психологическими ситуациями. Особенность острых аффективных реакций — такая степень выраженности аффекта, что в этот момент человеком утрачивается способность предвидеть и оценить возможные последствия своего поведения. Длительность таких психогенных реакций — от нескольких минут до нескольких часов, реже — до двух-трёх суток. Граница, определяющая максимальную продолжительность острой аффективной реакции у ребёнка, — наступление сна. Аффективное напряжение, сохраняющееся много дней, свидетельствует о затяжном реактивном состоянии. В подростковом возрасте такие реакции встречаются довольно часто, поэтому педагог и школьный психолог должны знать их проявления и причины происхождения, чтобы понять поведение ребёнка и вынести адекватное решение.

К патохарактерологическим реакциям (В.В. Ковалёв, 1979) относят такие психогенно-обусловленные личностные реакции, которые проявляются в разнообразных отклонениях поведения ребёнка или подростка, нарушающих их социально-психологическую адаптацию, и сопровождаются невротическими, в том числе соматовегетативными расстройствами (болезненные ощущения со





стороны головы и внутренних органов, нарушения ритма дыхания и сердца, неустойчивость артериального давления, потливость).

Как правило, патохарактерологические реакции у ребёнка или подростка развиваются на основе повторяющихся характерологических реакций в условиях сохраняющейся психотравмирующей ситуации. Исключением из правила служат случаи, когда такой (болезненный) тип реагирования возникает сразу, тем самым обнаруживая патологические черты личности, проявления дисгармонически протекающего пубертатного периода («патологический пубертатный криз») либо признаки обострения психического заболевания.

Критерии перехода характерологических реакций в патохарактерологические следующие:

- нарушения социально-психологической адаптации ребёнка из-за его трудностей поведения одновременно в семье, школе, среди сверстников, то есть признак «генерализации» аффективного реагирования;
- утрата в поведенческих реакциях подростка психологически понятной связи с психической травмой и ситуацией, в которой она возникла;
- постепенное присоединение невротических компонентов: появление неустойчивости настроения, раздражительности, аффективной возбудимости, истощаемости, соматовегетативных нарушений (расстройство ритма сердца, болезненные ощущения в различных частях тела, потливость и т.д.).

Среди внешних причин возникновения патохарактерологических реакций у детей и подростков важная роль принадлежит различным, как правило, длительно действующим ситуационным факторам, вызывающим отрицательные эмоции: конфликтные внутрисемейные отношения, ошибки воспитания, антипедагогические методы воздействия со стороны работников образовательных учреждений, конфликты на фоне стойких школьных трудностей.

Внутренние факторы, способствующие их возникновению и развитию, — это акцентированные и патологические черты личности; остаточные явления органического поражения головного мозга, в особенности сопровождающиеся ускоренным или, напротив, замедленным темпом полового развития, хронически протекающие заболевания.

Без установления причин и условий, провоцирующих и формирующих развитие патохарактерологических реакций у детей и подростков, психолого-педагогические меры реабилитации и профилактики могут оказаться нецеленаправленными и поэтому малоэффективными. Более того, ошибочные действия воспитателей, вызывающие повторность таких реакций у подростков, способствуют закреплению стереотипов поведения, которые превращаются в привычную форму реагирования, свойственную для патологической личности.