**Лекция I. Социальная и школьная дизадаптация в детско-подростковом возрасте**

**Понятие, проявления, причины. Многофакторность происхождения социальной и школьной дизадаптации: собственно школьный фактор, семейный фактор, макро- и микросоциальные факторы, соматический фактор. Роль психического фактора в происхождении школьной дизадаптации. Распространенность психической патологии в детско-подростковом возрасте. Значение психиатрических знаний для специалистов, работающих с детьми и подростками.**

**Клиническая иллюстрация.**

Приступая к первой лекции, хотелось бы прежде всего упомянуть некоторые социально-психологические проблемы современного общества, испытывающего потрясения на протяжении последних 15 лет в связи с резким изменением политической и экономической обстановки в России — социально-экономической поляризацией общества, безработицей, нарастанием количества беженцев, лиц без определенного места жительства, увеличением числа отказов от материнства, позорным для нашей страны явлением — социальным сиротством, высокой распространенностью хронических заболеваний, ранним старением, безысходностью, отчаянием, пьянством, наркоманией, семейным неблагополучием. Все это не может не отражаться на физическом, психическом развитии и социальном становлении ребенка и подростка.

Исследования последних лет показывают увеличение среди детей и подростков таких негативных особенностей, как педагогическая запущенность, задержка психического развития, отсутствие желания учиться, снижение настроения, утомляемость, истощаемость, чрезмерная подвижность, нецеленаправленность умственной деятельности, трудности сосредоточения внимания, ранняя алкоголизация, наркотизация и т. д. Несомненно, на формирование таких особенностей непосредственно влияют социальные и биологические факторы, тесно связанные и в основном обусловленные изменяющимися условиями жизни детей и взрослых.

В наших лекциях речь пойдет о наиболее распространенных в детском и подростковом возрасте мягких психических расстройствах, о которых необходимо знать всем детским психологам, воспитателям, учителям в школе, социальным работникам и социальным и коррекционным педагогам, родителям, т. е. всем тем, кто занимается воспитанием ребенка и призван охранять его интересы, осуществлять защиту его прав, заботиться о сохранении его здоровья. Каждый специалист, работающий с ребенком и подростком, так или иначе преследует единственную цель: вырастить ребенка здоровым, способным адаптироваться в жизни, получить профессию, иметь семью и быть в состоянии ее обеспечить, морально и материально помочь близким в старости, — если определить коротко, то речь идет о способности личности играть позитивную социальную роль.

Естественно, возникает вопрос о том, что считать именно позитивной социальной ролью. Ясно, что в различных условиях, в разных культурах, социальных группах, регионах и т. п. конкретное содержание этого понятия может варьировать в широких пределах. Возможно, некоторой унификации этого понятия поможет наше определение позитивной социализации, которую мы рассматриваем как ядерную цель деятельности любого социального института.

***Под позитивной социализацией мы понимаем такое положение индивидуума (семьи, группы) в микросоциуме, которое дает ему возможность развития и максимально полной реализации природных познавательных, творческих и духовных задатков с присвоением (интериоризацией) социокультурных ценностей общества в условиях личностной защищенности.***

Отсюда, ***позитивная социальная роль — это деятельность индивидуума (семьи, группы), способствующая его собственной позитивной социализации и одновременно позитивной социализации его микро- и макросоциального окружения.***

Основы приспособления молодого человека в социальной жизни (социальной адаптации) во многом определяются условиями его развития в детском и подростковом возрасте, его адаптированностью в детской социальной среде. В связи с этим возникает главная проблема — социальная и школьная дизадаптация ребенка или подростка и главная задача — ее предотвращение (профилактика) или коррекция (исправление).

Под ***социальной дизадаптацией******мы понимаем нарушение взаимодействия индивидуума со средой, которое характеризуется невозможностью осуществления им в конкретных микросоциальных условиях своей позитивной социальной роли, соответствующей его возможностям и запросам.***

Наиболее часто **социальная дизадаптация**в детско-подростковом возрасте проявляется в виде**дизадаптации школьной**, которая может быть определена как «невозможность обучения и адекватного взаимодействия ребенка с окружением в условиях, предъявляемых ему той индивидуальной микросоциальной средой, в которой он существует».

Наиболее часто школьная дизадаптация проявляется в невозможности обучения ребенка/подростка по программе, адекватной его способностям, или в невозможности следовать принятым в школе дисциплинарным нормам.

Школьная дизадаптация учащегося — ребенка или подростка — выступает в основных трех формах: нарушении обучения, нарушении поведения, нарушении контактов и в смешанных видах дизадаптации, включающих сочетание указанных признаков.

Ранними признаками школьной дизадаптации являются: появление неудовлетворительных оценок у детей, прежде хорошо успевавших, удлинение времени, необходимого для приготовления домашних заданий, возникновение потребности в помощи родителей или репетиторов, утрата интереса к учебе, страх перед ситуациями проверки уровня знаний (контрольными работами, зачетами, экзаменами), отказ отвечать у доски, прогулы, отгороженность, антидисциплинарные поступки. Глубокие формы школьной дизадаптации выступают в виде неуспеваемости, второгодничества, «школьной фобии», отказа от посещения школы, дисциплинарных нарушений с озорством, драками, срывом уроков, поведенческих расстройствах с прогулами, побегами, воровством, употреблением алкоголя и наркотических веществ, ранними сексуальными связями, изоляцией, конфликтами с одноклассниками, родителями и педагогами и, наконец, в виде полной невозможности пребывания в стенах обычной школы.

В настоящее время в России, по различным оценкам, до 2,5 млн. детей школьного возраста (более 10% соответствующей популяции) нигде не учатся (на них падает 40% детско-подростковой преступности); по экспертным оценкам, от 2 до 4 млн. детей бродяжничают. Тяжелые формы школьной дизадаптации так или иначе приводят к дизадаптации социальной, крайними формами которой являются низкий образовательный и профессиональный уровень, незанятость молодежи, алкоголизм, наркомания, правонарушения, проституция, сверхраннее материнство с отказом от новорожденного и, соответственно, ростом социального сиротства. При социальной дизадаптации в подростковом возрасте оказывается разрушенным основное условие позитивной социализации — адекватное профессиональное самоопределение с выбором направления профессионального обучения, соответствующего интересам и способностям подростка, целенаправленным приобретением профессиональных знаний и опыта, определением спектра приложения профессиональных навыков.

Социальная дизадаптация детей и подростков представляет собой сложное вторичное социально-личностное явление, возникающее в результате нарушенного взаимодействия личности школьника и среды. К средовым факторам относятся особенности психологического климата в педагогическом коллективе, личностные характеристики учителей, администрации и персонала школы, психогигиенические условия 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 социальной дизадаптации, но в изолированном виде почти никогда не вызывает социальную дизадаптацию, в происхождении которой участвует, как правило, целый комплекс факторов:

1. **Школьный фактор**: отсутствие индивидуального подхода к ребенку, неадекватность воспитательных мер, непонимание душевного состояния школьника, несправедливое, грубое, оскорбительное отношение учителя, занижение оценок, отсутствие своевременной помощи даже при обоснованном пропуске занятий, психологическое и физическое, в том числе сексуальное насилие, вымогательство,. По данным специальных исследований, 16% школьников испытывают физическое насилие и 22% школьников подвергаются психологическому насилию со стороны педагогов.

2. **Семейный фактор:** бедность, неблагоприятные жилищные условия, неполная семья, дисгармоничная семья с тяжелым эмоциональным климатом, низкий интеллектуальный и культурный уровень членов семьи, примитивность их запросов, бездуховность, трудовая незанятость родителей или, напротив, их чрезмерная занятость, алкоголизм, наркомания одного или обоих родителей, правонарушения, хронические, в том числе психические, заболевания в семье, искаженные способы воспитания — отторжение ребенка родителями, заброшенность, запущенность, гипоопека, жестокое, чрезмерно требовательное и холодное отношение родителей или, наоборот, чрезмерная опека, заласкивание, вседозволенность, противоречивость требований и форм поощрения и наказания (при нескольких взрослых, выполняющих в семье функции воспитателя), противоречивость политических взглядов в одной семье; несоответствие высказываемых родителями принципов чести, совести, достоинства их реальным поступкам. По различным данным, не менее 50% детей испытывают физическое, в том числе сексуальное насилие со стороны ближайших родственников.

3. **Средовой фактор**: влияние групп сверстников, «улицы», легкость свободного от занятий и обязанностей образа жизни, удобство нигилистической и оппозиционной идеологии асоциальной среды, искаженный образ лидера, кумира, доступность алкоголя, наркотиков, легкость заработка, спекуляции, острота новых ощущений и впечатлений, романтический ореол нарушений закона и т. п.

4. **Собственно социальный (социально-психологический) фактор**: приобретает особое значение в период социально-экономической и политической нестабильности общества. Так, в последние годы отмечается утрата прежних идеалов при отсутствии новых; стремление к обогащению при потере интереса к приобретению специальности и профессионализму; социально-экономическая поляризация общества; появление множества значимых для подростка сверхдорогих соблазнов; безнаказанность спекуляции, воровства, взяточничества и коррупции. Значительную роль в становлении личности играют и средства массовой информации с пропагандой зла, насилия, сексуальной распущенности и т. п. Социальный фактор сам по себе не вызывает дизадаптации подростка, но, участвуя в формировании идеологии и нравственной основы созревающей личности, совершенно отличной от представителей старших поколений, в ряде случаев создает предпосылки для социальной дизадаптации.

5. **Соматический (физический) фактор**: тяжелые соматические заболевания, в том числе инфекционные, оставляющие после своего завершения длительные состояния астении; хронические соматические заболевания, требующие длительного и частого стационарного лечения; врожденные уродства; нарушения двигательной сферы, зрения, слуха, речи; травмы, вызывающие временные или стойкие повреждения головного мозга, калечащие, вызывающие уродливые изменения внешнего облика и т. п.

6**. Психический фактор**: инвалидизирующие тяжелые психические заболевания у детей и подростков встречаются относительно редко и не исчерпывают психической патологии, способной вызвать глубокие формы социальной дизадаптации. В преобладающем большинстве случаев психические расстройства, составляющие основу социальной дизадаптации, относятся к разряду пограничных: резидуально-органические поражения центральной нервной системы (ЦНС) с утомляемостью, истощаемостью, снижением целенаправленности, волевой активности, искажением познавательных процессов, дисгармоничностью психического развития, расстройствами концентрации внимания, чрезмерной двигательной активностью; уродливые черты характера возбудимого, неустойчивого, аутистического, истероидного, эпилептоидного или мозаичного круга; невротические реакции и реактивные депрессии, неврозы, невротические развития; задержки психического развития, особенно в сочетании с педагогической запущенностью; легкие и скрытые формы душевных заболеваний (шизофрении, циклотимии), состояния после перенесенных приступов этих заболеваний.

Уже в возрасте до 3 лет 9,6% детей имеют явную психическую патологию1; среди дошкольников лишь у 45% отсутствуют признаки болезненных отклонений в психике; среди школьников распространенность нервно-психических расстройств достигает 70%—80%. У учащихся старших классов (от 14 до 17 лет) депрессивные расстройства выявляются в среднем в 19,5%. Среди детей-бродяг психически здоровыми могут быть признаныне более 6%2, а количество нуждающихся в различных видах психотерапевтической помощи сирот, длительно живущих в детских домах, достигает 100%3. До 80% попадающих в учебно-воспитательные учреждения для девиантных детей (детей с отклоняющимся поведением) требуют срочной психокоррекционной помощи4. При этомтолько 10% всех нуждающихся в психиатрической помощи детей получают ее в государственной системе охраны психического здоровья. Нетрудно представить, сколько детей и подростков, лишенных возможности получить необходимую помощь, пополняют ряды неуспевающих школьников, отстающих в развитии, бомжей, наркоманов, малолетних преступников, самоубийц.

7. **Возрастной фактор.** Нельзя не учитывать в общем контексте социальной дизадаптацииособенности пубертатного периода, в той или иной мере присущие каждому психически здоровому подростку. Они могут послужить предпосылкой, почвой, порождающей возрастную зону риска.

8. **Коррекционно-профилактический** **фактор**, к которому относятся наличие или отсутствие медико-социально-психологической службы в системе образовательных учреждений, способной своевременно диагностировать признаки декомпенсации и предотвратить наступление тяжелых форм социальной дизадаптации у школьников; квалификация специалистов такой службы и уровень междисциплинарного взаимодействия в ней.

Подтверждением многофакторности происхождения социальной дизадаптации у детей и подростков служат результаты психолого-психиатрических исследований, проводимых нами на протяжении последних лет в различных социально-психологических реабилитационных учреждениях для подростков с выраженными формами социальной дизадаптации в сопоставлении с учащимися старших классов общеобразовательного лицея. Причиной приема учеников в школы коррекционно-реабилитационного профиля и социальные центры, предназначенные для детей и подростков с социальной дизадаптацией, являлись неуспеваемость, нарушение поведения, конфликты, неконтактность, отказ от посещения школы. Несостоятельность в учебе и нарушения поведения выступали на фоне многообразной психической патологии, преимущественно пограничного уровня. Ретроспективный анализ показал, что признаки школьной дизадаптации возникали во всех периодах школьного обучения (начиная с первого класса) и достигали максимума в возрасте 12—14 лет. Во всех случаях школьная дизадаптация не являлась внезапной, а нарастала постепенно — в течение 1—5 лет. Всего 3%—6% учащихся с социальной дизадаптацией не обнаруживали психической патологии. В 94%—97% случаев отмечались остаточные явления резидуально-органического поражения ЦНС (с церебрастенией, энцефалопатией, неврозоподобными или гипердинамическими расстройствами, органическим инфантилизмом), психопатия и психопатоподобный синдром различного генеза, реактивные, невротические, эндогенные депрессии (28%—56% у подростков 14—17 лет), пограничная умственная отсталость, невротические реакции, циклотимия, мягкие и латентные (скрытые) формы шизофрении. Около 15% учащихся до поступления в школы коррекционно-реабилитационного профиля и социальные центры находились под наблюдением психиатра, лечились в детской психиатрической больнице, подростковых отделениях психиатрической больницы или в психоневрологическом санатории.

Семьи подростков с выраженной социальной дизадаптацией в основном являлись 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 и жили в приемных или опекунских семьях. Более чем в 3/4 «полных» семей 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 являлся инвалидом. В 90% случаев в школе, из которой был выведен подросток, отсутствовали психолог и социальный педагог или о них ничего не было известно родителям учащегося.

Несмотря на строгий отбор учащихся в лицей-гимназию с углубленным и ускоренным обучением, рассчитанным на детей с высоким уровнем интеллектуального развития, реализация природных способностей у части школьников была затруднена в связи с различными видами пограничной психической патологии, в основном совпадающими с описанными при тяжелых формах дизадаптации у учащихся школ коррекционно-реабилитационного профиля и социальных центров. Основными дизадаптирующими факторами в I—V классах (7—11 лет) являлись гипердинамический синдром, церебрастения, тормозимость и замкнутость; в VI-VIII классах (12—14 лет) — ранние специфические подростковые проявления (оппозиционность, негативизм, мировоззренческие расстройства, стремление к эмансипации и группированию); в IX—XI классах (15—17 лет) — личностные декомпенсации (у психопатических и акцентуированных личностей), различные виды депрессий (до 19% у учащихся старших классов), невротические состояния. В отличие от семей учащихся школ коррекционно-реабилитационного профиля, семьи учащихся лицея-гимназии в преобладающем большинстве случаев являлись социально благополучными, «полными» и обеспеченными. В школе с интенсивными формами обучения речь шла в основном о временных состояниях декомпенсации, характеризующихся некоторым падением успеваемости, прогулами и изменением поведения; почти 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 электрофизиологов, нейропсихолога и врачей-психиатров).

Проведенное исследование еще раз подтвердило, что школьная дизадаптация развивается благодаря сочетанию многих факторов, ведущими из которых являются психический и семейный, особенно при отсутствии индивидуального учебно-воспитательного подхода к каждому школьнику и школьной медико-психологической службы, направленной на выявление среди учащихся групп повышенного риска и на профилактическую работу с ними.

Школьная и социальная дизадаптация во всех случаях является процессом мучительным, длительным, почти всегда доступным 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, тесно спаян именно с профилактическим подходом. Система профилактики школьной дизадаптации, охватывающая не только школу, но и дошкольные детские учреждения, пока существует лишь в зачаточном состоянии в единичных детских учреждениях, хотя она не только гуманнее, но и дешевле системы коррекции глубоких форм школьной и социальной дизадаптации.

В качестве иллюстрации школьной дизадаптации, возникшей в связи с тем, что достаточно мягкое психическое расстройство не было своевременно распознано и, соответственно, подросток длительное время оставался без медико-психологической помощи, приведем следующее наблюдение.

***Максим, 16 лет***

*Мальчик из полной, интеллигентной, достаточно обеспеченной семьи. Наследственность отягощена: у матери, отличавшейся с детства затрудненностью и избирательностью контактов, молчаливостью и замкнутостью, очерченные депрессивные состояния со снижением побуждений, слабостью, вялостью, апатией и безразличием, снижением работоспособности; у отца — личностные особенности в виде постоянно приподнятого настроения, чрезмерной подвижности, предприимчивости, взрывчатости.*

*Мальчик родился на 36 неделе беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Роды без осложнений, закричал сразу. Вес при рождении 3500 г, рост 52 см. Грудь взял сразу, сосал активно. Раннее развитие своевременное. В возрасте 1 мес. перенес отит, часто болел простудными заболеваниями. До года наблюдался невропатологом в связи с выраженным гипертонусом, были назначены массаж, плавание, микстуры. Рос активным, подвижным, впечатлительным, упрямым. Посещал детские ясли с 1,5 лет, плакал, с трудом расставался с матерью. Переведен в круглосуточный детский сад, с детьми играл, но в сад ходил с неохотой. После того как его «забыли» в детском саду, сопротивлялся, плакал, когда его там оставляли. В 4,5 года был стационирован в больницу с диагнозом «двусторонний гнойный отит». После выписки резко изменился в поведении, стал подавленным, «невменяемым», при приходе матери убегал от нее, прятался, стал замкнутым, отгороженным, молчаливым, очень упрямым, порой и агрессивным. С трудом засыпал, спал беспокойно, боялся темноты, одиночества, не оставался один в комнате. После смерти бабушки был особенно подавленным, появился страх смерти, задавал много вопросов о смерти: «Я умру? Что будет после смерти?». Предпочитал игры в одиночестве. В возрасте 6 лет стал более контактным и самостоятельным, исчезли страхи. В школу пошел в 7 лет, к этому времени умел читать и считать, но на протяжении 1 класса сопротивлялся школьному обучению, не хотел выполнять требования учителя, не выполнял заданий, говорил, что ему «скучно», неинтересно в школе. В этом возрасте стал много фантазировать, придумывал сказки, увлекся музыкой, рисованием, был одинок, друзей не было. После перевода в другую школу к 3 классу стал лидером, пользовался авторитетом среди детей, много с ними проводил времени, проявлял повышенное чувство справедливости, легко общался со сверстниками, хорошо и без напряжения учился. В 7 классе был переведен в школу с физико-математическим уклоном. Учился отлично, друзей близких не было, но сохранял приятельские отношения почти со всеми одноклассниками. Когда мальчик учился в 8 классе, в семье сложилась конфликтная ситуация, родители ссорились, откровенно при детях говорили о возможности развода. В середине 8 класса, зимой, после перенесенного острого респираторного заболевания, на протяжении 3 месяцев сохранялась почти постоянно повышенная температура: 37о—37,2о. В конце 8 класса стал жаловаться на слабость, вялость, разбитость, с трудом вставал утром, неохотно занимался, был подавлен, молчалив, озабочен семейными проблемами. Стал пропускать занятия в школе, ссылаясь на плохое самочувствие, головную боль. Первую половину дня предпочитал лежать, не выполнял домашних заданий, резко снизилась успеваемость, вплоть до двоек по истории и географии. Вечером уходил из дома, познакомился с компанией подростков, проводивших время на дискотеке, несколько раз приходил домой пьяным, стал много курить. С трудом был аттестован за 8 класс. В 9 классе в течение 2-х четвертей посещал школу эпизодически, едва успевал на «3», конфликтовал с учителями, ежедневно ссорился с родителями, не терпел замечаний в свой адрес. В основном был угрюм, отгорожен, молчалив, груб с матерью и особенно отцом, жесток по отношению к младшей сестре. Заявлял, что не хочет больше учиться, что станет лесником или будет работать на маяке. Перестал читать, совсем не занимался некогда любимой математикой. В конце 9 класса был отчислен из школы за регулярное непосещение занятий. Почти не выходил из своей комнаты, не разговаривал с родителями, никого не пускал в свою комнату. В мае выпил две упаковки седуксена, был стационирован в институт им. Склифосовского, откуда после консультации психиатра переведен в подростковое отделение психиатрической больницы.*

***Психический статус при поступлении:*** *Пониженного питания, астенического телосложения. Бледен, синева под глазами, понурая поза. В начале беседы насторожен, напряжен, на вопросы отвечает неохотно, односложно. В процессе беседы стал более откровенным, делится своими переживаниями, ищет помощи. Рассказал, что на протяжении 2 лет его состояние постепенно ухудшалось: испытывал слабость, вялость, вставал утром разбитым, усталым. Не мог заснуть до 3—4 часов ночи, а утром и в 11—12 часов оставался вялым, хотелось лежать, трудно было собраться, одеться, умыться. К вечеру состояние значительно улучшалось, хотелось уйти из дома, где никто его не понимает, облегчить свое состояние, поэтому стремился в «веселую» компанию, где не говорят об учебе и поступлении в институт. Появились сильные и частые головные боли, задыхался в метро, иногда возникали обморочные состояния. На протяжении нескольких месяцев почти не выходил из дома из-за утренних поносов. Не мог сосредоточиться, ощущал, будто у него ухудшилась память, читая, не мог уловить смысл прочитанного, изредка появлялось ощущение «обрывов» мысли. Почти весь день спал, но не чувствовал себя отдохнувшим, ночью не мог заснуть. Был недоволен собой, недоволен окружающими, стал неуверенным, страшился будущего, появились чувство безысходности, мысли о бессмысленности жизни, обдумывал, как легче покончить с собой.*

*После выписки из больницы в удовлетворительном состоянии получал поддерживающую терапию антидепрессантами и ноотропными препаратами. На протяжение года состояние значительно улучшилось, повысилась продуктивность в учебе, оценки — «4» и «5», редко «3» (учился в 9 классе специальной коррекционной школы), исчезли обморочные состояния, стал активнее, бодрее, общительнее, хотя до сих пор сохраняются молчаливость, неудовлетворенность, неуверенность в своих силах, изредка возникают кратковременные головные боли и необоснованные повышения температуры на 2—3 дня.*

В данном случае речь идет о повторном (первое ребенок перенес в 4-летнем возрасте) затяжном депрессивном состоянии с преобладающими астеническими и волевыми расстройствами и поведенческими нарушениями. Это состояние осталось незамеченным ни родителями, ни учителями в школе, и подросток, страдающий от собственной несостоятельности, непонятый, отвергнутый, оказался в ситуации глубокой школьной дизадаптации. Только суицидальная попытка, неожиданная для окружающих и, к счастью, незавершенная, впервые привела подростка на консультацию к психиатру, где достаточно очевидные депрессивные расстройства были выявлены сразу. Несмотря на несомненное психическое заболевание, прогноз болезни и социальный прогноз в данном случае благоприятны при условии регулярного наблюдения психиатром, правильно подобранного лечения и адекватного выбора профилактической терапии.

Психические нарушения могут выступать и как причина, и как следствие школьной дизадаптации. Если в конце 1980-х—начале 1990-х годов преобладали психические расстройства, составляющие основную причину школьной дизадаптации, то в последние годы наметился определенный перевес в сторону психической патологии, возникающей в процессе нарастающей школьной дизадаптации или являющейся ее следствием. Среди этих нарушений наиболее частыми являются школьные неврозы, в том числе различной степени выраженности «школьная фобия», генерализованные тики, заикание, элективный мутизм (избирательный отказ от общения), массивные психосоматические расстройства; «дидактогенные» депрессии, поведенческие нарушения, нередко приводящие к злоупотреблению алкоголем, наркотиками или противоправным действиям. Причиной этих нарушений чаще всего является школьный фактор, который, по-видимому, было бы правомернее назвать «фактором учителя». Не остаются в стороне и родители. Практика показывает, что с течением времени даже в самых благополучных семьях усиливаются гиперопека, контроль, требование положительных оценок, чрезмерная загруженность детей дополнительными занятиями при отсутствии представлений об истинных способностях и возможностях ребенка. Нередко ребенок оказывается в ловушке под двойным прессингом семьи и школы, а иногда и собственного гиперсоциального характера и, отчаявшийся, непонятый, чувствующий себя несостоятельным, не соответствующим родительским и собственным идеалам, «уходит в болезнь». При этом в доболезненном периоде у таких детей чаще всего не выявляется никакой психической патологии, за исключением акцентуаций характера психастенического, шизотимического, истеровозбудимого круга. При наступлении дизадаптации и болезненных психических расстройств, ею порожденных, ребенок уже нуждается не только в психотропном и психотерапевтическом вмешательстве, но и в кардинальном изменении ситуации обучения и семейного воспитания, без чего многолетние усилия специалистов могут остаться безрезультатными. Следовательно, одной из важнейших задач в данном случае является разъяснительная и психотерапевтическая работа с семьей дизадаптированного ребенка.

Еще одним существенным аспектом школьной дизадаптации в настоящее время является ее «омоложение», что сказывается прежде всего в раннем — уже в начальных классах — проявлении учебной несостоятельности. Этот факт, по-видимому, объясняется несомненным увеличением количества детей с остаточными явлениями резидуально-органического поражения ЦНС, что обусловлено множеством объективных причин: неблагополучным экологическим фоном, разнообразными стрессогенными ситуациями, злоупотреблением лицами фертильного (детородного) возраста алкоголем и психоактивными веществами, нарастанием болезненности девочек-будущих матерей, многими ошибками и нарушениями в тактике ведения беременных и родовспоможении и т. д. У преобладающего числа детей с остаточными явлениями резидуально-органического поражения ЦНС отмечаются минимальные, крайне незначительные психоневрологические симптомы, остающиеся либо незамеченными, либо проигнорированными невропатологами и психоневрологами. В дошкольном возрасте у такого ребенка незамеченной остается и неравномерность познавательных процессов, которая в отсутствие своевременного коррекционно-педагогического вмешательства и приводит к учебной неуспеваемости. Такие дети нуждаются не столько в медикаментозном лечении и психотерапии, сколько в дефектологической коррекционной работе. Ребенок попадает в неразрешимую ситуацию, итогом которой является в лучшем случае помещение в коррекционную школу, школу для детей с задержками психического развития, классы коррекционно-развивающего обучения, в худшем (особенно при сопутствующем нарушении поведения) — на домашнее обучение или во вспомогательную школу. Стоит ли говорить, что во всех случаях такой перевод для ребенка с нормальным интеллектом является чрезвычайно серьезным психотравмирующим фактором, никак не способствующим его любви к школе и обучению в целом.

Как становится очевидным из сказанного выше, коррекционная работа с дизадаптированными детьми и подростками требует применения усилий различных специалистов: психологов, педагогов, психиатров, педиатров, наркологов, психотерапевтов, семейных терапевтов, коррекционных и социальных педагогов, социальных работников, юристов.

В заключение хотелось бы еще раз подчеркнуть основные принципы работы с дизадаптированными детьми и подростками, к которым относятся междисциплинарность, приоритетность комплексной работы с семьей, профилактическая направленность, интегративность и без соблюдения которых все наши усилия оказываются безрезультатными.

***РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:***

*1. I Международный конгресс по детской психиатрии. - М., 2001.*

*2. II Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». - Минск, 2003.*

*3. Актуальные вопросы неврологии и психиатрии детского возраста. - Ташкент, 1984.*

*4. Вопросы психического здоровья детей и подростков (научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин). - 2001-2004 гг.*

*5. Дети России: насилие и защита. – М., 1997.*

*6. Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Материалы семинара «Организация службы социально-психологической помощи детям с острой школьной дезадаптацией и их семьям». – М., 1998.*

*7. Особый ребенок и его окружение. – М., 1994.*

*8. А. А. Северный, Ю. С. Шевченко, Н. М. Иовчук. Современные проблемы охраны психического здоровья детей и подростков // Независимый психиатрический журнал – 1998, вып. II. - С. 34-36.*

*9. Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. – М., 1996.*

*10. Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи; защита, помощь, возвращение в жизнь. – М., 1998.*

*11. Школьная дезаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства. – М., 1995*