

## Школьная дизадаптация. Современный взгляд с позиций социальной психиатрии детского возраста

**Пережогин Л.О.** д.м.н., ведущий научный сотрудник

**Казаковцев Б.А.** д.м.н., профессор, руководитель Отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России  
119991, Москва, Кропоткинский пер. 23.

С различных позиций рассматривается проблема школьной дизадаптации, как полиэтиологического нарушения взаимодействия ребенка (подростка) со школой, как формы внешней среды, препятствующей реализации и развитию его индивидуальных личностных, социальных, когнитивных, учебных, творческих и духовных задатков. Анализируются причины, динамика школьной дизадаптации и подходы к ее коррекции.

**Ключевые слова:** социальная психиатрия, дети, подростки, школа, школьная дизадаптация, психические расстройства.

**Для цитирования:** Пережогин Л.О., Казаковцев Б.А. Школьная дизадаптация. Современный взгляд с позиций социальной психиатрии детского возраста. *Психическое здоровье* 2019; (8): 31-36.

**DOI:** 10.25557/2074-014X.2019.08.31-36

**Автор для корреспонденции.** Пережогин Лев Олегович; **e-mail:** drlev.ru@yandex.ru.

**Финансирование:** исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Поступила:** 17.07.2019.

### School disadaptation. Modern look from the position of social child psychiatry

**Perezhogin L.O., Kazakovtsev B.A.**

National Medical Research Centre of Psychiatry and Addiction n.a. V.P. Serbsky  
Moscow, Russia

The article deals with the problem of school disadaptation as a polyethyological violation of the interaction of a child (teenager) with the school, as a form of the environment that prevents the implementation and development of his individual personal, social, cognitive, educational, creative and spiritual inclinations. The reasons, dynamics of school disadaptation and approaches to its correction are analyzed.

**Keywords:** social psychiatry, children, adolescents, school, school disadaptation, mental disorders.

**For citation:** Perezhogin L.O., Kazakovtsev B.A. School disadaptation. Modern look from the position of social child psychiatry. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental health]* 2019; (8): 31-36. (In Russ.).

**DOI:** 10.25557/2074-014X.2019.08.31-36

**For correspondence:** *Perezhogin Lev*; **e-mail:** drlev.ru@yandex.ru.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Funding.** The study had no sponsorship.

**Accepted:** 17.07.2019.

### Введение

Социальная психиатрия детского возраста — особое направление клинической психиатрии, главной задачей которого является выявление связи между психическими расстройствами у детей и социальными факторами, определяющими их возникновение, развитие, динамику, характер течения и исход. Как следствие, социальная психиатрия ставит перед собой

и задачи профилактики, коррекции и терапии психических расстройств, в том числе — социальными средствами [4]. Развитие направления социальной психиатрии детского возраста в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России неразрывно связано с отделением социальной психиатрии детей и подростков, которым с 2003 по 2012 гг. руководил профессор Николай

Васильевич Вострокнутов, а с 2012 по 2019 гг. — его ученик и последователь профессор Валерий Федорович Шалимов. Их светлой памяти посвящается эта работа.

Одним из ключевых направлений исследований социальной психиатрии детского возраста является проблема адаптации и дизадаптации детей и подростков. Дизадаптация может быть связана как с внутренними (личность несовершеннолетнего или психическое расстройство), так и внешними условиями — общественными, микросоциальными, средовыми. Школьная дизадаптация как частный вариант дизадаптации социальной, представляет собой нарушение взаимодействия ребенка (подростка) со школой как формой внешней среды, препятствующее реализации и развитию его индивидуальных личностных, социальных, когнитивных, учебных, творческих и духовных задатков. Школьная дизадаптация может быть следствием и причиной психических расстройств. Этим и определяется ее значимость в контексте социальной психиатрии.

### **Проблема школьной дизадаптации с позиций анализа факторов социального воздействия**

Рассмотрение явления школьной дизадаптации невозможно без понимания, как соотносятся процессы развития ребенка, психическая патология детского возраста и школа как особая социальная среда ребенка.

В развитии ребенка как члена социума взаимодействуют несколько основных определяющих факторов, которые можно рассматривать с принципиально различных (порой непримиримых) позиций. Фактор времени, фактор хронологического развития позволяет воспринимать школу в качестве возрастного периода, когда ребенка следует рассматривать как в контексте соответствия нормам развития (клинический подход), так и в контексте прохождения им последовательного или дисгармоничного этапа развития. По мере прохождения ребенком этапов развития (смена которых сопровождается кризисами с нарушениями привычных алгоритмов поведения) происходит коррекция и усложнение поведенческих схем, что позволяет достигать адаптации на более высоком уровне (подход когнитивной психологии и социально-психиатрический подход) психического развития в целом и развития личности в особенности. Фактор личности, индивидуальный фактор можно воспринимать формально как набор приобретенных поведенческих реакций, стереотипов (поведенческий подход), а можно рассматривать в рамках сложной системы личностных идентификаций, позволяющих выбирать вектор раз-

вития (развитие успеха, конфликт эго и суперэго в аналитической психологии), формировать систему сдержек и противовесов, позволяющих достигать сугубо индивидуальных целей (по Ж. Пиаже). Фактор взаимодействия позволяет воспринимать ребенка как часть многочисленных систем взаимодействия (семья, сверстники, школа, общество в целом) (системный, кибернетический подход).

Биологические факторы позволяют рассматривать ребенка с позиции наиболее распространенной и привычной для специалистов, работающих с детьми, медицинской модели, ориентирующейся на дихотомическую модель противостояния «нормы» и «патологии». Медицинская модель эффективна в понимании дизадаптации, обусловленной выраженной патологией развития (умственная отсталость, расстройства аутистического спектра) или тяжелыми психическими расстройствами (шизофрения, органическая патология, зависимости), но значительно менее эффективна в отношении детей с непсихотическими психическими расстройствами или в отношении здоровых. Но именно восприятие ребенка с позиций медицинской модели позволяет с высокой вероятностью предсказывать развитие психических расстройств и расстройств поведения (патологическая почва, группы риска, психический диатез) и осуществлять профилактику этих состояний, нивелируя триггерные факторы. Наконец, неотъемлемой частью развития и функционирования ребенка являются собственно социальные факторы — этнические, культурные, экономические.

Таким образом, основной предпосылкой школьной дизадаптации является несоответствие развития ребенка (в широком смысле) предъявляемым со стороны школы (социальной среды) требованиям. В зависимости от выбранной точки зрения, можно придавать большее или меньшее значение отдельным факторам, но в любом случае невозможно игнорировать: факторы психического и соматического здоровья; социально-средовые факторы (семейные, групповые, идеологические, культурные); собственно фактор школы. Во всех трех случаях возникает искушение идти путем клинического, биологического, психологического, социального, педагогического детерминизма. Анализ клинических наблюдений рано или поздно дает возможность рассматривать череду отдельных случаев как проявлений закономерности, прослеживая «траектории развития», «жизненные пути» и создавая удобные модели пациента [7], включающие предикторы развития, отражающие текущее состояние: симптомы и синдромы, и предикторы прогноза. Подобные модели являются, выражаясь математически, «геометрическим местом точек», где каждая точка — укладываемое в описываемую мо-

дель наблюдение. Если же рассматривать каждый случай как уникальный набор событий, то итоговый уровень адаптации (или дизадаптации) будет зависеть от сочетания факторов риска или условий, повышающих шанс аномального развития. Диапазон факторов риска — от родовых травм и плохого питания до бедности или проживания в эмиграции — соответствует диапазону факторов уязвимости, т.е. условиям, позволяющим факторам риска оказывать максимальное влияние, а также диапазону предохраняющих факторов, снижающих риск и уязвимость.

Анализ тяжелых психических и соматических расстройств показывает, что они в силу их относительно малой представленности играют в формировании школьной дизадаптации относительно небольшую роль. В качестве дизадаптивного фактора основная роль принадлежит непсихотическим психическим расстройствам. К ним относятся резидуально-органические и невротические расстройства [6]. Ситуация осложняется плохой осведомленностью об этих психических расстройствах родителей и врачей общей практики, избеганием обращения к врачам психиатрам и психотерапевтам из-за страха перед приемом психотропных препаратов или стигматизацией. В случаях соматической патологии к школьной дизадаптации чаще всего приводят неврологические расстройства, особенно с вегетативно-сосудистым компонентом, расстройства желудочно-кишечного тракта, эндокринная патология.

Среди социально-средовых факторов ведущая роль в формировании школьной дизадаптации принадлежит дисфункциональной семье (в том числе — неполной), аномальным стилям воспитания, включая гиперопеку и отвержение, насилию в семье, тяжелой семейной атмосфере в целом [5]. Значительный вклад вносят подростковые группы — в окружающем ребенка реальном и виртуальном мире, травля со стороны сверстников, доступность алкоголя и наркотиков, бедность. Важное значение приобретает государственная идеология и пропаганда.

И наконец, особая роль принадлежит собственному фактору школы, которая, предъявляя к ребенку серьезные требования, часто создает вокруг него жестокую и недоброжелательную во всех аспектах среду, формируя порочный круг дизадаптации. Школа, являясь мощным стрессором, провоцирует формирование непсихотических психических расстройств, часто у школьников прогрессирует и обостряется соматическая патология, в условиях школы возможны тяжелые психосоциальные ситуации, включая физическое, психическое и сексуальное насилие. Современная школа, ориентированная на «предоставление образовательных услуг» практически утратила присущий ей в про-

шлом реабилитирующий потенциал в отношении легкой когнитивной патологии, расстройств поведения, формирующихся личностных расстройств.

Таким образом, при наличии факторов риска и факторов уязвимости, школьная дизадаптация формируется как закономерное проявление нарушенного развития и сопутствующих ему психических расстройств, формирующих в итоге порочный круг, прорывающий барьер психической адаптации [2]. Основными направлениями развития нарушений адаптации, формирующими патогенетические оси, являются: когнитивные факторы, обеспечивающие формирование школьных навыков и предпосылок к успешному освоению программы; личностные факторы и социальные навыки, обеспечивающие взаимодействие в коллективе сверстников и с педагогами; факторы, обуславливающие характер поведения. Следует учитывать, что формирование школьной дизадаптации по любому из трех направлений (или по всем вместе — обучение, контакты, поведение) возможно на любом этапе обучения в школе — с первого по одиннадцатый класс. В психопатологическом контексте ребенок проходит за это время четыре периода, когда формирование психических расстройств может привести к школьной дизадаптации различной степени тяжести.

В возрасте от 0 до 3 лет формируются органическая патология ЦНС, как тяжелая, так и неглубокая, расстройства аутистического спектра, становятся очевидными последствия хромосомной и генетической патологии, умственная отсталость. Эти состояния должны быть своевременно диагностированы, должно быть начато их лечение. Лишь в этом случае возможно достижение компенсации (резидуальная органическая патология, высокофункциональный аутизм) и адаптации. Основным фактором дизадаптации на данном этапе является когнитивный. Именно он определяет (лимитирует) возможности успешной адаптации к школьной среде. В случае невозможности достижения компенсации ребенку должен быть предложен индивидуальный образовательный маршрут.

В возрасте от 3 до 7 лет наиболее типичными являются гиперкинетические расстройства, энурез, тики, фобические расстройства. Прогноз лечения перечисленных состояний, как правило, благоприятный, главным условием успеха является своевременная диагностика и вовремя начатое комплексное (включая психотерапевтическое) лечение. Когнитивные способности у детей данной группы полностью сохранены, и ведущим фактором дизадаптации здесь является поведенческий. Нарушения поведения могут усугубляться низкой учебной мотивацией, эмоционально-волевыми нарушениями.

В возрасте от 7 до 12 лет, уже на фоне сформированной адаптации к школе, основными провоцирующими дизадаптацию формами психических расстройств являются депрессии, тревожные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, посттравматические стрессовые расстройства. Основным действующим фактором на данном этапе оказывается фактор конфликта со сверстниками и педагогами (эмоционально-личностный фактор).

И наконец, в более старшем возрасте от 12 до 18 лет может формироваться эндогенная патология, расстройства личности, зависимости, обладающие комплексным, и, как правило, грубым дизадаптирующим воздействием.

Патогенетический порочный круг формируется, как правило, следующим образом: стартовым звеном может являться любой стрессор (конфликт со сверстниками или педагогами, ожидание контрольной работы, боязнь провала на экзамене и др.). На первом этапе он приводит к острым реакциям, краткосрочным состояниям, в подавляющем большинстве случаев завершающимся выходом в психическое здоровье и восстановлением адаптации. Но если стрессор становится хроническим, то он ведет к формированию депрессий, невротических реакций, тревожных, панических расстройств, что формирует предпосылки к гиперкомпенсаторному поведению (фактор поведения), аномальной компенсации и, как следствие, срыву адаптации. Дизадаптация увеличивает стрессовую нагрузку, что ведет к снижению успеваемости (фактор обучения), конфликтам (фактор контактов, эмоционально-личностный фактор), что в свою очередь провоцирует новый виток патологической активности. Со временем у ребенка происходит патохарактерологическая трансформация, и дефект личности сохраняется, как правило, всю жизнь.

### **Школьная дизадаптация: оценка с позиций степени нарушений поведения**

Школьная дизадаптация – это социально детерминированное явление неуспешности ребенка в сфере обучения, связанное с субъективно неразрешимым для него конфликтом между требованиями образовательной среды и его психофизическими возможностями, способностями, соответствующими возрастному психическому развитию [4]. Она непосредственно связана с психическим здоровьем, но в то же время не является диагностической категорией, а только оценочной. Наличие у ребенка психического расстройства с высокой вероятностью может (но совершенно не должно) приводить к школьной дизадаптации. Многие де-

ты с психическими расстройствами сохраняют адаптацию к школе на достаточном уровне. В то же время психически здоровые дети могут обнаруживать школьную дизадаптацию в форме:

- неуспешности в обучении по программам, соответствующим возрасту и способностям ребенка, включая такие формальные признаки, как стойкая неуспеваемость и качественные признаки в виде недостаточности общеобразовательных знаний и навыков (когнитивный компонент школьной дизадаптации);

- аномального эмоционально-личностного отношения к обучению, к учителям, школьным товарищам, жизненной перспективе, связанной с учебой: пассивно-безучастное, негативно-протестное, демонстративно-пренебрежительное и другие значимые, активно проявляемые ребенком формы отношения к школе и учебе (эмоционально-личностный фактор школьной дизадаптации);

- нарушений поведения (отказные реакции; стойкое поведение с активным противопоставлением себя соученикам и учителям и грубым нарушением дисциплины; демонстративное пренебрежение правилами школьной жизни, школьный «вандализм»).

Ни один из этих признаков не является диагностически значимым в клиническом смысле.

Современная медицинская оценка состояния ребенка, способствующего школьной дизадаптации, с позиций МКБ-10, строится на многоосевой векторной системе классификации, в которой 1 ось отражает клинические психопатологические синдромы, 2 ось – особенности психического развития, 3 ось – расстройства интеллекта, 4 ось – соматическую патологию, 5 ось – аномальные психосоциальные ситуации, 6 ось (интегративная) – общий уровень психосоциальной продуктивности. Подходя к оценке по многоосевой системе с позиций МКБ, следует понимать, что МКБ не пытается оценить тяжесть психических и соматических расстройств, их вклад в дизадаптацию.

Вместе с тем, с общепсихопатологической позиции, психические расстройства иерархичны. В частности, аффективные и невротические расстройства (наиболее часто встречающиеся у детей) имеют лучший прогноз и меньшее влияние на уровень адаптации, чем галлюцинаторно-бредовые, кататонические или выраженные психоорганические расстройства (круг позитивных расстройств), а личностная патология существенно уступает в своих дизадаптирующих проявлениях слабоумию (круг негативных расстройств) (по А.В. Снежневскому). Проведение комплексного исследования в данной сфере позволило бы ранжировать психопатологические и соматические расстройства в соответствии с долей их вклада в дизадаптацию

[8]. Подобные работы, основанные на бихевиоральном подходе, выполнялись за рубежом.

В 1990-е годы в США в противовес категориальному подходу, заложенному в DSM, и во многом схожему с многоосевой оценкой МКБ-10, стал развиваться параметрический способ оценки, суть которого — оценка непрерывного континуума «норма-патология» с позиций многомерного статистического исследования. В итоге был создан Контрольный перечень поведения ребенка (Child behavior checklist, CBCL) [1], проведены масштабные исследования, и созданы контрольные профили, описывающие нормативные показатели для детей различного возраста и пола (а позднее — отдельных этнических, социальных, культурных групп). Поведение ребенка оценивалось по восьми осям — замкнутость, соматическая патология, тревога/депрессия, социальные проблемы, мышление, внимание, делинквентное поведение и агрессия. В результате на графических индивидуальных профилях появлялись «звездочки», каждый из 8 лучей которых либо укладывался, либо превосходил расчетные показатели, определенные для пола и возраста ребенка. Это существенным образом помогало в составлении индивидуальных планов реабилитации — определении необходимости лечения, психотерапевтической работы, социально-педагогической коррекции. К сожалению, в России CBCL не адаптирован.

### **Школьная дизадаптация: психотерапевтическая коррекция**

При реализации ключевого направления психотерапевтической работы — снятие последствий дизадаптирующих факторов — приоритетная роль принадлежит квалифицированному психологу или психотерапевту. Усилия направляются на то, чтобы снять у ребенка психическое напряжение, уменьшить тревожность, чувство страха; ослабить чувство вины, которое свойственно детям, испытывающим неуспешность; помочь «вынести вовне» переживания, которые являются источником психоэмоционального напряжения.

Первая ключевая задача — проработка типовых проблемных ситуаций и конфликтов:

а) актуализация конфликтных ситуаций (на моделях социальных ситуаций по тесту Розенцвейга или личных историях); б) диагностика особенностей поведения ребенка в конфликтных ситуациях; в) выявление негативных аспектов реагирования в игре и общении; г) эмоциональное отреагирование ребенком чувств и переживаний, связанных с негативным опытом.

Тактика проведения психокоррекционной работы: директивная: развертывание разработанного сце-

нария игры, активное собственное участие в игре «по правилам» с интерпретацией особенностей реагирования и поведения; недирективная: предоставление ребенку свободы в выборе реагирования (подвижные игры, эмпатическое слушание, проективные рисунки).

Вторая ключевая задача — осознание и формирование адекватных форм реагирования и связанных с ними стереотипов поведения:

а) осознание себя и своих эмоциональных переживаний (тревога-страх, грусть-подавленность, обида-злость, удивление, радость, удовлетворение — покой);

б) осознание собственных чувств и чувств сверстников, эмоционально значимых родных, воспитателей;

в) дистанцирование от тревожных и конфликтных ситуаций;

г) осознание своих возможностей.

Тактика психокоррекционной работы: директивная: активный подбор игр, упражнений, тематики рисунков, игровых предметов, собственное участие в игре (направленные сюжетно-ролевые игры по типам эмоций, игры-драматизации с проигрыванием заданных проблемных ситуаций; подвижные игры с правилами, тренинг успешных поведенческих действий); обсуждение и обобщение с детьми результатов работы; не директивная: предоставление ребенку свободы в выборе реагирования (эмпатическое слушание, осознание чувств и «Азбуки эмоций», упражнения на развитие релаксации, игры на осознание своего «Я», проективные рисунки).

Третья ключевая задача — закрепление сформированных успешных способов реагирования и поведения:

а) обобщение сформированных на группе способов деятельности и перенос позитивного опыта в реальные отношения ребенка в семье, в коллективе;

б) привлечение ближайшего окружения ребенка (родителей, воспитателей) к поддержке выработанных форм реагирования;

в) оценка эффективности психокоррекционной работы, составление психологических рекомендаций для родителей.

Тактика проведения психокоррекционной работы: директивная: обсуждение и обобщение с родителями и воспитателями результатов работы; подбор игр и проигрывание реальных условных ситуаций, тренинг успешных поведенческих действий, расширение круга «домашних занятий»; не директивная: развитие у ребенка свободы в выборе реагирования (игры на осознание своего «Я», упражнения на закрепление навыков релаксации и использование их в реальной ситуации).

При решении каждой поставленной задачи выбор техник, игр, методов остается за психотерапевтом [2].

### Заключение

Независимо от того, следствием какого стечения обстоятельств является школьная дизадаптация, при выработке стратегии помощи ребенку должны учитываться:

- состояние его психического здоровья; особенно его поведения в различных ситуациях, включая учебную;
- совокупность социальных факторов, влияющих прямо или косвенно на его поведение;
- последствия школьной дизадаптации;
- факторы, с опорой на которые становится возможным проводить психотерапевтическую коррекцию.

Эта сложная задача решается в условиях помощи, обеспечиваемой полипрофессиональной группой специалистов: врачом-психотерапевтом, психологом, педагогом, работником социальной службы.

Это принципиальная позиция и ключевая парадигма социальной психиатрии детей и подростков [9].

### Список литературы

1. Achenbach T.M., Edeibrok C. Manual for the young self-report and profile. Burlington, University of Vermont, 1991. 458 p.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 1993. 400 с.
3. Шалимов В.Ф. Программа психокоррекции тревожности у младших школьников с нарушениями развития в форме расстройств формирования школьных навыков: Психокоррекционная программа. М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2009. 28 с.
4. Гурьева В.А., Макушкин Е.В., Вострокнутов Н.В. Социальные факторы и психические расстройства у детей и подростков. Руководство по социальной психиатрии. М.: «МИА», 2009. С. 158-173.
5. Девятова О.Е. Семейная депривация и психические расстройства у детей. М.: Барс, 2004. 114 с.
6. Заваденко Н.Н., Петрухин А.С. Клинико-психологическое исследование школьной дизадаптации: ее основные причи-

ны и подходы к диагностике. Неврологический журнал, 1998; 6: 13-17.

7. Пережогин Л.О. Систематика и коррекция психических расстройств у несовершеннолетних правонарушителей и беспризорных: монография. М.: ФГНУ «ЦПВ и СППДМ», 2010. 260 с.
8. Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В. Асоциальное поведение детей и подростков. Профилактика и коррекция ассоциированных психических расстройств. М.: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2013. 234 с.
9. Шалимов В.Ф. Медико-социальная помощь детям младшего школьного возраста с пограничными психическими расстройствами. Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. М., 2007. 300 с.

### References

1. Achenbach T.M., Edeibrok C. Manual for the young self-report and profile. Burlington, University of Vermont, 1991. 458 p.
2. Alexandrovsky Yu.A. Bordreline psychiatric disorders. Moscow: Medicine, 1993. 400 p. (In Russ.)
3. Vostroknutov N.V., Perezhogin L.O., Pekonidi A.V., Shalimov V.F. Program psychotherapy of anxiety among primary school children with disabilities in the form of disorders in the formation of school skills: Psychological intervention program. Moscow: FGU "GNTzSSP Roszdava", 2009. 28 p. (In Russ.)
4. Gur'eva V.A., Makushkin E.V., Vostroknutov N.V. Social factors and mental disorders in children and adolescents. Guide to social psychiatry. Moscow: MIA, 2009. 158-173. (In Russ)
5. Devyatova O.E. Family deprivation and mental disorders in children. Moscow: Bars, 2004. 114 p. (In Russ)
6. Zavadenko N.N., Petrushin A.S. Clinical and psychological study of school maladjustment: its main causes and approaches to diagnosis. *Nevrologicheskii zhurnal [Neurologic J.]* 1998; 6: 13-17. (In Russ)
7. Perezhogin L.O. Clinical and psychological study of school maladjustment: its main causes and approaches to diagnosis. М.: FGNU «CPV i SPPDM», 2010. 260 p. (In Russ)
8. Perezhogin L.O., Vostroknutov N.V. Antisocial behavior of children and adolescents. Prevention and correction of associated mental disorders. М.: FGBU «GNC SSP im. V.P. Serbskogo», 2013. 234 p. (In Russ)
9. Shalimov V.F. Medical and social assistance to children of primary school age with borderline mental disorders. Doctoral thesis. М., 2007. 300 p. (In Russ)