**Структура психологического синдрома**

Как показал Л.С.Выготский, в каждом возрастном периоде имеется своя, специфичная для него *социальнаяситуация развития*. Она определяется тем местом, которое занимает в обществе ребенок данного возраста. В каждом отдельном случае социальная ситуацияразвития имеет свою специфику, зависящую от тех конкретных отношений, которые складываются у данного ребенка с окружающими его людьми (родителями, учителями,сверстниками). Эту конкретную систему отношений мы называем *межличностной ситуацией развития*.

В ходе развития у ребенка складываются те или иные устойчивые *психологические синдромы*.Общая схема психологического синдрома представлена на рис. 1.

*Источники синдрома* - это те факторы, которые существенны для его возникновения. Они могут иметь самую разнообразную природу- генетическую, социальную и т.п. В процессе развития синдрома они не претерпевают каких-либо закономерных изменений. Факторы, включенные в *ядропсихологического синдрома*, закономерно видоизменяются в ходе его развития. Специфика того или иного психологического синдрома определяется взаимодействиемтрех основных блоков:  
- *Психологический профиль* ребенка - это совокупность как его личностныххарактеристик, так и показателей, относящихся к познавательным процессам. Для разных синдромов основное значение могут иметь разные особенностипсихологического профиля.   
- *Особенности деятельности* ребенка зависят от его психологическогопрофиля. Они могут относиться к интенсивности и эффективности деятельности, ее успешности, степени ее соответствия социальным нормам и т.п.   
- Под *реакцией социального окружения* понимается ответ социальной среды (родителей, учителей, сверстников) на особенности деятельности ребенка. Этареакция может состоять в поощрении одних форм поведения и наказании за другие, в общей оценке ребенка, в интенсивности общения с ним и т.п.

Между описанными блоками существует кольцевая взаимосвязь: картина поведения ребенкасвязана (хотя и неоднозначно) с его психологическим профилем; она определяет (хотя, опять же, неоднозначно) реакцию окружающих; в свою очередь, эта реакцияобусловливает те или иные изменения психологических особенностей. Влияние социальных отношений на психологический профиль ребенка обеспечивает *обратнуюсвязь*. Психологический синдром формируется в том случае, когда обратная связь положительна, т.е. реакция окружения поддерживает те самые особенности,которые ее вызвали. Коррекционный подход основан на разрушении положительной обратной связи и замене ее на отрицательную, которая нормализует системуотношений ребенка с его социальным окружением.

**Психологические синдромы, связанные с высоким уровнем демонстративности**

### Негативноесамопредъявление и демонстративный нигилизм

В дошкольном или младшем школьном возрасте у детей с особенно высокой потребностью вовнимании к себе (т.е. с ярко выраженной демонстративностью) часто складывается психологический синдром ***негативного самопредъявления***. Его главноепроявление состоит в том, что ребенок привлекает к себе внимание окружающих с помощью *нарушения социальных норм*. В этом и состоит основная *особенностьего деятельности*. Негативное самопредъявление складывается вследствие невозможности найти другие способы удовлетворения особо высокой потребности вовнимании к себе.

Позиция младшего школьника с негативным самопредъявлением - это позиция "ужасногоребенка", которого окружающие замечают только постольку, поскольку он их раздражает и возмущает. Эта позиция и становится центральной чертой *психологическогопрофиля* ребенка с негативным самопредъявлением. Взрослые своим поведением поддерживают это представление, чем и обеспечивается *реакция социальногоокружения*, замыкающая положительную обратную связь.

Итак, вывод о том, что у ребенка сложился синдром негативного самопредъявления, может бытьсделан при сочетании следующих данных:   
- Жалобы на нарушение ребенком правил поведения.   
- Яркая демонстративность.   
- Отсутствие очевидных причин нарушения правил, таких как высокаяимпульсивность, низкий уровень самоконтроля, эксплозивность.

В подростковом возрасте у ребенка с негативным самопредъявлением, как правило, складываетсясамосознание "нигилиста", чья заметность в обществе достигается экстравагантностью и демонстративным противопоставлением себя окружающим.Отсюда и происходит название этого синдрома в его подростковом варианте - ***демонстративныйнигилизм***. Оно отражает как *психологический облик*, так и *особенности деятельности* подростка. *Реакция социального окружения*, незамечающего ничего, кроме эпатажных проявлений "нигилиста", способствует фиксации специфических особенностей его самосознания.

Для подростков с демонстративным нигилизмом типичны проблемы установления устойчивыхвзаимоотношений со сверстниками. Обычно для них самих эти проблемы гораздо более значимы, чем сложности во взаимоотношениях с взрослыми. Взрослых же(родителей, учителей), как правило, намного больше беспокоят внешние нигилистические проявления: курение, неуважительное отношение к старшим,вызывающий внешний вид подростка. О его переживаниях взрослые часто даже не догадываются, хотя беспокоящие их внешние проявления - это и есть выбранный ребенкомспособ решить свои внутренние проблемы (почти всегда неудачный).

Диагностика демонстративного нигилизма основана примерно на том же сочетании признаков, чтои диагностика негативного самопредъявления. Отличия, в основном, определяются наличием специфически подростковых проявлений. В качестве основных признаковможно назвать следующие:  
- Жалобы на вызывающее, экстравагантное поведение.   
- Яркая демонстративность.   
- Отсутствие подлинных антисоциальных или асоциальных установок.

### Позитивноесамопредъявление и гиперсоциальность

Синдром ***позитивного самопредъявления*** близок к синдрому негативного самопредъявления с темотличием, что в этом случае внимание привлекается не посредством нарушения правил, а, напротив, посредством их подчеркнутого соблюдения. Для младшегошкольника с позитивным самопредъявлением характерна позиция "образцового ученика". Такой ребенок не забывает говорить "спасибо" и"пожалуйста", вежливо здороваться и прощаться. Разумеется, формы внимания, получаемого при позитивном самопредъявлении, более привлекательны,чем при негативном, так как оно при этом проявляется в похвалах, восхищении и умилении взрослых.

Вполне возможно (и даже довольно распространено) парадоксальное сочетание у одного и того жеребенка элементов как негативного, так и позитивного самопредъявления. Эти психологические синдромы, несмотря на их внешнюю противоположность, оченьблизки между собой. Оба они характерны для детей с *особенно высокой потребностью во внимании к себе со стороны окружающих*. Они полярноразличаются по внешним формам поведения, но в их основе лежит один и тот же общий психологический склад. Центральным моментом в обоих этих синдромахявляется именно *самопредъявление*, то есть постоянное исполнение какой-либо роли, характерное для демонстративной личности.

Во многих случаях позиция "идеального ребенка" удерживается только в социальныхситуациях, тогда как в домашней жизни ребенок может быть совершенно невыносим. Причина того, что в домашней жизни ребенок перестает играть роль"образцового мальчика" или "образцовой девочки" состоит в том, что родители, привыкнув к хорошему поведению, начинают считать его нормойи перестают обращать на него внимание.

Основой для вывода о наличии синдрома позитивного самопредъявления (в сочетании сэлементами негативного) служит сочетание следующих показателей:  
- Жалобы на то, что поведение ребенка очень различно в разных ситуациях.   
- Демонстративность, проявляющаяся в материалах обследования (не обязательно столь яркая, как при негативном самопредъявлении).  
- Подчеркнуто "благовоспитанное" поведение во время обследования.

В подростковом возрасте психологический синдром позитивного самопредъявления имеет тенденциюсменяться ***гиперсоциальностью*.** Она характеризуется самосознанием "образцового члена общества" (основная особенность *психологическогопрофиля*) и внешне высоко конформным поведением (основная *особенность деятельности*). Вместе с тем, часто наблюдается парадоксальное вкрапление вэтот образ элементов демонстративного нигилизма.

Вывод о том, что у подростка имеется психологический синдром гиперсоциальности, делается присочетании следующих показателей:   
- Подчеркнутое следование общепринятым стандартам в одежде, поведении, образежизни.   
- Принятие установок и ценностей общества (конформность).   
- Повышенный уровень демонстративности (повышение может быть не особенносильным).

**Психологические синдромы, связанные с тревожностью и депрессивными тенденциями**

### Хроническаянеуспешность и тотальный регресс

Психологический синдром ***хронической неуспешности*** складывается в конце дошкольногоили в младшем школьном возрасте. *Межличностная ситуация развития* при этом синдроме характеризуется несовпадением между ожиданиями взрослых идостижениями ребенка. Основная особенность *психологического профиля* - резко повышенная тревожность, приводящая к дезорганизации действий и низкойрезультативности как основным *особенностям деятельности* ребенка. *Реакция социального окружения* - постоянная негативная оценка, поддерживающаявысокую тревогу. Позиция младшего школьника с хронической неуспешностью - это представление о себе как о безнадежно плохом ученике.

Так складывается порочный круг: тревожность, нарушая деятельность ребенка, ведет кнеуспеху, негативным оценкам со стороны окружающих. Неуспех порождает тревогу, способствуя закреплению неудач. Чем дальше, тем труднее становится разорватьэтот круг, поэтому неуспешность и становится "хронической". Чем более ответственную работу выполняет ребенок, тем больше он волнуется. Если уровеньтревоги и без того повышен, то его дополнительное повышение (волнение) еще больше понижает результаты работы. Из-за этого ответственные контрольные иэкзаменационные работы выполняются не лучше, а хуже повседневных заданий. Возникает зависимость, удивляющая многих родителей и педагогов: при повышениимотивации снижаются достижения.

Итак, основой для вывода о том, что у ребенка имеется хроническая неуспешность, служитсочетание следующих данных:  
- Жалобы на низкие достижения ребенка.   
- Высокий уровень тревоги. Это центральное собственно психологическое звенохронической неуспешности.   
- Нормальная социализированность, высокая конформность. При их отсутствиинегативная оценка окружающих не ведет к заметному повышению тревоги.

Постоянный неуспех со временем приводит к появлению пессимистического подхода кдействительности, а иногда и к развитию *депрессивного состояния*. Как правило, признаки депрессии появляются к концу начальной школы. В подростковомвозрасте у детей с хронической неуспешностью нередко совершается переход от позиции плохого ученика к самосознанию *безнадежно неуспешной личности*.Этим знаменуется формирование нового психологического синдрома - ***тотального регресса***. Среди особенностей *психологического профиля*центральную роль начинает играть депрессивный фон настроения. *Деятельность* характеризуется отказом от каких-либо проявлений активности, от общения как свзрослыми, так и со сверстниками. В ответ и *социальное окружение* "отворачивается" от подростка, что углубляет депрессию и усиливаетпредставление о своей никчемности.

Тотальный регресс - один из наиболее тяжелых психологических синдромов подросткового июношеского возраста. Для него типична не только остановка в развитии, но и утрата прежних достижений (чем и объясняется его название).

Вывод о том, что у подростка имеется тотальный регресс, может быть сделан при сочетанииследующих показателей:   
- Жалобы на пассивность подростка, утрату прежних увлечений и интересов,отсутствие контактов с взрослыми и сверстниками.   
- Депрессивный фон настроения, сниженная самооценка, пессимистическиепредставления о своем будущем.   
- Склонность окружающих оценивать состояние подростка как данность, неподдающуюся изменению, т.е. принятие ими его собственной оценки.

### Уходот деятельности и психологическая инкапсуляция

Развитие по типу ***ухода от деятельности*** происходит у детей, которые неполучают достаточного внимания со стороны взрослых. Такой ребенок как бы "отсутствует" на уроке, не слышит адресованных ему вопросов иуказаний учителя. И дело не в его повышенной отвлекаемости. Он не сосредоточен на чем-то постороннем, а погружен в свой внутренний мир, в фантазии и мечты.Фантазирование позволяет восполнить недостаток внимания ("Я - знаменитый охотник, путешественник, кинозвезда").

Гипертрофированное развитие защитного фантазирования составляет основную особенность *психологическогопрофиля* при этом синдроме. Погружаясь в мир своих защитных фантазий, ребенок "отключается" от внешней активности, что является основнойхарактеристикой его *деятельности* и обусловливает название синдрома. Позиция ребенка с уходом от деятельности является дошкольной, игровой, толькоигра совершается не во внешнем, а во внутреннем плане. *Реакция социального окружения*, пытающегося "вернуть" ребенка к скучной и неинтереснойдля него деятельности, дополнительно стимулирует его уход в замещающее фантазирование.

Повышенный уровень тревожности поддерживается конфликтом между стремлением получатьреальное (а не только воображаемое) внимание и его отсутствием. Так порождается замкнутый круг причин и следствий: фрустрация потребности во внимании порождаеттревогу, блокирующую те формы поведения, с помощью которых ребенок мог бы привлечь к себе внимание, Это, в свою очередь, поддерживает фрустрацию и т.д.

Уход от деятельности проявляется в сочетании следующих показателей:   
- Жалобы на пассивность ребенка. Они могут выступать в разных формах ("отсутствует на уроке", "витает в облаках","ленится").   
- Проявления демонстративности в мягких, социально приемлемых формах.   
- Склонность к фантазированию.   
- Некоторое повышение общего уровня тревожности, не приводящее, однако, ксущественным нарушениям деятельности.

В подростковом возрасте тенденция к уходу от деятельности порождает самосознание одиночки,непонятого окружающими и далекого от их интересов и устремлений. Оно и составляет сущность *психологического профиля* при складывающемся синдроме***психологической инкапсуляции***. Основной *особенностью деятельности* подростка становится отсутствие содержательного общения сосверстниками. *Социальное окружение* воспринимает подростка как"странного", поддерживая тем самым его специфическое самосознание.

У подростка с психологической инкапсуляцией потребность в общении со сверстниками столь жевысока, что и у любого другого подростка. Ее неудовлетворенность приводит к развитию *депрессивных тенденций*, хотя далеко не столь выраженных, какпри тотальном регрессе. Защитную роль продолжает играть компенсаторное фантазирование, которое, разумеется, не может заменить собой реальногоудовлетворения потребности, но все же снижает психотравмирующий эффект фрустрации.

Критерием для определения психологической инкапсуляции служит сочетание приблизительно тех жепризнаков, что и при уходе от деятельности:   
- Жалобы на пассивность подростка. Как правило, подчеркивается, прежде всего,пассивность в общении, отсутствие друзей и подруг.   
- Проявления демонстративности. При психологической инкапсуляции, как и приуходе от деятельности, она проявляется в мягких, социально приемлемых формах.   
- Склонность к фантазированию. При психологической инкапсуляции фантазированиечасто принимает формы мечты.   
- Тревожность, не приводящая, однако, к существенным нарушениям деятельности.

**Психологические синдромы, связанные с трудностями социализации**

### Социальнаядезориентация и отверженность

Психологический синдром ***социальной дезориентации*** возникает в результате резкогоизменения условий жизни ребенка. Наиболее частая причина такого изменения - поступление в школу. Иногда этот синдром складывается еще в дошкольномвозрасте, в связи с поступлением ребенка в детский сад. Нередко его возникновение бывает вызвано переездом в другой город или другую страну. Чемсильнее изменение условий жизни, тем вероятнее возникновение этого психологического синдрома.

Социальная дезориентация возникает отнюдь не у всех детей, чьи условия жизни резкоизменились. Она появляется в тех случаях, когда *понижена чувствительность ребенка к социальным нормам*. В отличие от этого, есть дети с высоким общимуровнем социализированности. Они достаточно легко встраиваются в новую жизнь, быстро начинают чувствовать новые требования, предъявляемые к ним, и новые ожиданияокружающих.

Основной особенностью *психологического профиля* детей с социальной дезориентациейявляется недостаточная иерархизация социальных норм. Из-за этого относительно часты нарушения весьма значимых норм (агрессивные проявления, мелкое воровство,вандализм и т.п.), что составляет основную *особенность деятельности* этих детей. *Реакция окружающих* исходит из их представления о сознательномнарушении норм. Это делает ее неадекватной реальности, что еще больше "запутывает" ребенка, усиливая его дезориентированность.

При социальной дезориентации детей обычно приводят к психологу с поведенческими жалобами. Приобследовании часто бросается в глаза несоблюдение дистанции, обычной для общения ребенка с посторонним взрослым. В отличие от детей с уже сформировавшейсяантисоциальной установкой, при социальной дезориентации почти никогда не встречается негативистическая позиция, враждебность к проверяющему.

При диагностике социальной дезориентации психолог опирается на сочетание следующих показателей:  
- Жалобы на нарушение ребенком социальных норм.   
- Низкий уровень социализированности.   
- Отсутствие антисоциальных установок. Этот признак отличает социальную дезориентацию от антисоциальной психопатии, представляющей собой значительноболее серьезное отклонение в развитии.

К подростковому возрасту у ребенка с социальной дезориентацией часто складывается представлениео враждебности и несправедливости окружающего мира. Ребенок видит, что нарушения, совершаемые другими детьми, часто оставляются без наказания. При этомон не понимает, что они гораздо более безобидны, чем его собственные, регулярно наказываемые. Из-за этого он проникается убежденностью в несправедливомотношении к себе со стороны взрослых. Такое убеждение ведет к представлению о том, что вся жизнь устроена несправедливо, что сами нормы общества неправильны,- то есть к сознательной асоциальной или даже антисоциальной установке.

Описанное отношение к миру приводит к тому, что важнейшей особенностью *психологическогопрофиля* подростка становится самосознание *изгоя, отвергаемого обществом*. Это дало нам основания назвать складывающийся синдром ***отверженностью***.На враждебность окружающего мира подросток реагирует агрессией и антисоциальными проявлениями, составляющими характерную *особенность егодеятельности*. Ответная враждебная *реакция социального окружения* подтверждает и поддерживает представления подростка о мире и о себе.

Для отверженности характерно следующее сочетание показателей:   
- Жалобы на поведенческие нарушения, негативизм.   
- Ярко выраженная фрустрированная потребность в общении.   
- Негативная установка по отношению к окружающей социальной действительности, восприятие ее как враждебной и несправедливой.   
- Низкая чувствительность к социальным нормам.

### Семейнаяи групповая изоляция

Психологический синдром ***семейной изоляции*** - это, по сути, "застревание"школьника в системе отношений, характерной для дошкольного возраста, когда основной сферой общения ребенка является его семья. Наиболее выраженные формысемейной изоляции наблюдаются в тех случаях, когда сама семья в целом представляет собой замкнутую единицу, изолированную от окружающего общества (впротивном случае сосредоточенность ребенка на семейных отношениях не особенно препятствует его вхождению в общество).

Частой основой этого становится принадлежность семьи к какому-либо меньшинству: религиознойсекте, этническому или национальному меньшинству, специфическому идеологическому, культурному или политическому движению (например, пацифизм илиантропософия). Таким образом, специфика *межличностной ситуации* развития при семейной изоляции состоит в том, что социокультурные ориентации семьи, вкоторой воспитывается ребенок, существенно отличаются от ориентаций окружающих.

*Психологические особенности*, характерные для ребенка с этим синдромом, - это его повышенная зависимость, низкий уровеньсамостоятельности, инфантильность. Позиция школьника формируется замедленно. Часта боязнь окружающего мира, приводящая к избеганию контактов сосверстниками. В результате у ребенка не формируются навыки общения и еще более углубляется его замкнутость в сфере семейных отношений, что и составляетглавную *особенность его деятельности*. *Реакция социального окружения* на инфантильность и несамостоятельность ребенка представлена, в первую очередь,гиперопекой со стороны родителей, которая поддерживает и закрепляет его психологические особенности.

Таким образом, основой для постановки этого "диагноза" служит сочетание следующихпоказателей:   
- Жалобы на трудности в общении со сверстниками.   
- Недостаточная самостоятельность ребенка, его повышенная зависимость отродителей.   
- Замкнутость ребенка в семье (а нередко также замкнутый образ жизни семьи вцелом).

В подростковом возрасте, который при семейной изоляции обычно начинается с запозданием,ребенку нередко удается найти группу сверстников со сходными социокультурными ориентациями. В такой группе он может успешно адаптироваться, сохраняя при этомустановки, существенно отличающие его от остальных сверстников, не входящих в эту группу. В этом случае складывается психологический синдром ***групповойизоляции***. По внешним проявлениям он очень далек от семейной изоляции (в чем-то почти противоположен ей), однако в действительности между этимисиндромами есть прямая связь.

Самосознание подростков с групповой изоляцией характеризуется особо высокой идентификациейсо своей группой и более или менее выраженным противопоставлением себя и группы остальному обществу. Это - важнейшая характеристика *психологического профиля*при данном синдроме. Высока зависимость подростка от мнения группы, подчиняемость. Основная *особенность деятельности* состоит в том, что самостоятельностьподростка в действиях и в принятии решений снижена. Жалобы родителей часто звучат противоположным образом: они порой жалуются на чрезмерную независимостьребенка. Однако в действительности речь идет лишь о том, что его поведение зависит не от них, а от группы сверстников. Такие дети являются не лидерамиподростковых групп, а представителями массы, следующей за лидером.

Вывод о том, что у подростка имеется групповая изоляция, делается при сочетании следующихпризнаков:   
- Жалобы на то, что ребенок не признает авторитет родителей и школы, проводиточень много времени в компании сверстников.   
- Высокая степень идентификации подростка с группой, к которой он принадлежит,принятие ее целей и норм.   
- Низкая степень критичности и самостоятельности в принятии решений, высокаяподчиняемость.

**Заключение**

Синдромный подход в психологии, как и в медицине, основан не на какой-либо универсальнойформальной классификации, а на конкретных наблюдениях. Вследствие этого выявляемые психологические синдромы отличаются один от другого по многимпараметрам, систематизация которых представляет собой отдельную задачу. В частности, одно из существенных различий связано с характером ***прогноза***.С этой точки зрения могут быть выделены синдромы *с относительно благоприятным прогнозом*, *невротизирующие* и *психопатизирующие*синдромы.

К синдромам ***с относительно благоприятным прогнозом*** относятся *уход от деятельности*,*психологическая инкапсуляция*, *позитивное самопредъявление*, *гиперсоциальность*.Разумеется, и эти психологические синдромы при их сильной выраженности и отсутствии коррекционных мер могут приводить к неврозу или психопатоподобнымпроявлениям. Однако в большинстве случаев дело ограничивается некоторыми психологическими проблемами, не достигающими степени заболевания и не требующими медицинскоговмешательства. С медицинской стороны синдромы *семейной и групповой изоляции* также имеют благоприятный прогноз. Однако их социальный прогноз принципиальнозависит от социальных ориентаций семьи (при семейной изоляции) или группы сверстников (при групповой изоляции), к которой принадлежит ребенок.

Ярко выраженный ***невротизирующий*** характер имеют *хроническая неуспешность* и *тотальныйрегресс*. Последний синдром, как правило, развивается на фоне уже имеющегося невроза. При обоих этих синдромах чисто медицинское вмешательство не может бытьдостаточно эффективным. Оно обязательно должно быть дополнено психокоррекционными воздействиями, направленными на нормализацию системы отношенийребенка с окружающими.

***Психопатизирующее*** воздействие оказывают *социальная дезориентация* и *отверженность*.Последняя часто развивается на фоне уже сложившихся психопатоподобных нарушений. Психопатоподобное поведение могут порождать также синдромы *негативногосамопредъявления* и *демонстративного нигилизма*. Как и в случае невротизирующих синдромов, для преодоления негативных психологическихпоследствий психопатизирующих синдромов необходима перестройка системы отношений ребенка с его социальным окружением.

Описанные выше психологические синдромы образуют естественные пары: вариант, характерный длястаршего дошкольного - младшего школьного возраста, и подростково-юношеский вариант. Для разных синдромов соотношения внутри такой пары различны. Внекоторых случаях подростковый вариант является прямым продолжением ранее сложившегося синдрома. Таковы пары *негативное самопредъявление -демонстративный нигилизм*, *позитивное самопредъявление - гиперсоциальность*, *уход от деятельности - психологическая инкапсуляция*.В других случаях это соотношение не столь однозначно. В парах *хроническая неуспешность - тотальный регресс*, *социальная дезориентация -отверженность*, *семейная изоляция - групповая изоляция* подростковый синдром является не прямым продолжением предшествующего варианта развития, атипичным (но не обязательным) "осложнением" предшествовавшего синдрома.

Во всех описанных случаях смена синдромов не является автоматическим следствиемповзросления ребенка. Иногда синдром, типичный, вообще говоря, для дошкольного или младшего школьного возраста, может сохраняться на протяжении подростковогои юношеского возрастов (или даже впервые возникнуть в одном из этих возрастных периодов). Иногда, напротив, "подростковый" синдром может сложитьсяуже в младшем школьном возрасте.

Вместе с тем, анализ приведенных описаний психологических синдромов показывает, что имеетсяобщее типологическое различие между синдромами младшего школьного и подросткового возрастов. Психологические синдромы младшего школьного возрастаопределяют специфику процесса учения и вхождения ребенка в школу как социальный институт. Психологические особенности, характерные для того или иного синдрома,воплощаются в *особенностях позиции* ребенка.

Психологические синдромы подросткового возраста представляют собой различные формы построениясистемы социальных отношений ребенка с другими людьми. Психологическая представленность разных синдромов определяется различиями в *самосознании*подростков. Вследствие этого, психологические синдромы в подростковом возрасте значительно более интегративны, чем в младшем школьном, и охватывают личность вцелом, во всем многообразии ее социальных связей и представлений о себе.

Подростковые и юношеские синдромы не обязательно складываются на основе имевшихся ранеесоответствующих синдромов младшего школьного возраста. Они могут (хотя это и не типично) возникнуть и на основе каких-либо других синдромов или же вообщепоявиться без предшествующего развития какого-либо психологического синдрома