**Школьная дезадаптация. Причины и методы предупреждения**

**Введение**

Широко распространенный сегодня феномен школьной дезадаптации самым неблагоприятным образом влияет как на детей, так и на взрослых. У детей отмечаются такие проявления как негативизм, трудности общения со сверстниками или взрослыми, школьные прогулы, страхи, повышенная возбудимость и др. А у родителей - повышенная напряженность по этому поводу, тревожность, эмоциональный дискомфорт, осознание семейного неблагополучия, неправильное взаимодействие с ребенком.

К причинам школьной дезадаптации можно отнести:

- характерное для современной России социальное расслоение (часто внутри одного класса дети из столь различных семей с трудом находят общий язык, плохо понимают друг друга и не умеют общаться);

- увеличение количества детей с задержкой психического развития (ЗПР);

- увеличение количества детей, имеющих невротические и серьезные соматические расстройства.

Психологи отмечают, что трудности общения с окружающими (как взрослыми, так и сверстниками) - весьма существенный компонент дезадаптации школьников.

Но, какие же факторы приводят к дезадаптации? В группе учащихся младших классов психологами были выявлены некоторые предпосылки школьной дезадаптации:

- низкий социальный статус ребенка; проблемы взаимоотношений в семье;

- низкая готовность прийти на помощь другу;

- плохие отношения со сверстниками;

- низкие познавательные способности;

- неадекватная самооценка.

Целью нашего реферата является рассмотрение определения понятия школьной дезадаптации (ШД), выявление причин и проявлений школьной дезадаптации, изучение проблем профилактики и коррекции школьной дезадаптации учащихся с легкими патологиями ЦНС.

**1. Определение понятия школьной дезадаптации (ШД).**

Для большей части детей начало обучения в школе во многих отношениях представляет собой стрессовую ситуацию, так как ведет к кардинальным изменениям в жизни ребенка. Школа предъявляет новый, усложненный круг требований к психической деятельности: необходимость длительно концентрировать внимание, способность к смысловому запоминанию, умение руководить эмоциями, желаниями и интересами, подчинять их школьным дисциплинарным требованиям.

Переход от условий воспитания в семье и дошкольных учреждениях к качественно иной атмосфере школьного обучения, складывающейся из совокупности умственных, эмоциональных и физических нагрузок, предъявляет новые, более сложные требования к личности ребенка и его интеллектуальным возможностям.

Дети, испытывающие трудности в выполнении школьных требований, составляют так называемую "группу риска" возникновения школьной дезадаптации.

Школьная дезадаптация - это социально-психологический процесс отклонений в развитии способностей ребенка к успешному овладению знаниями и умениями, навыками активного общения и взаимодействия в продуктивной коллективной учебной деятельности, т.е. это нарушение системы отношений ребенка с собой, с другими и с миром.

В формировании и развитии школьной дезадаптации играют роль социально-средовые, психологические и медицинские факторы.

Изначальную причину дезадаптации надо искать в соматическом и психическом здоровье ребенка, то есть в органическом состоянии ЦНС, нейробиологических закономерностях формирования мозговых систем. Это надо делать не только когда ребенок приходит в школу, но и в дошкольном возрасте.

Очень сложно разделить генетические и социальные факторы риска, но изначально в основе возникновения дезадаптации в любых ее проявлениях лежит биологическая предопределенность, которая проявляется в особенностях онтогенетического развития ребенка. Но это практически не учитывается ни в программах дошкольного образования, ни в программах школьного обучения.

Поэтому медики, физиологи и валеологи открыто заявляют о том, что здоровье детей ухудшается (есть данные о том, что здоровье ребенка за время учебы ухудшается чуть ли не в 1,5-2 раза по сравнению с моментом поступления в колу).

**2. Причины и проявления школьной дезадаптации.**

Наиболее распространенной причиной дезадаптации являются минимальные мозговые дисфункции (ММД). В настоящее время ММД рассматриваются как особые формы дизонтогенеза, характеризующиеся возрастной незрелостью отдельных высших психических функций и их дисгармоничным развитием.

При этом необходимо иметь в виду то, что высшие психические функции, как сложные системы, не могут быть локализованы в узких зонах мозговой коры или в изолированных клеточных группах, а должны охватывать сложные системы совместно работающих зон, каждая из которых вносит свой вклад в осуществление сложных психических процессов и которые могут располагаться в совершенно различных, иногда далеко отстоящих друг от друга участках мозга.

При ММД наблюдается задержка в темпах развития тех или иных функциональных систем мозга, обеспечивающих такие сложные интегративные функции, как поведение, речь, внимание, память, восприятие и другие виды высшей психической деятельности. По общему интеллектуальному развитию дети с ММД находятся на уровне нормы или в отдельных случаях субнормы, но при этом испытывают значительные трудности в школьном обучении.

Вследствие дефицитарности отдельных высших психических функций, ММД проявляются в виде нарушений формирования навыков письма (дисграфия), чтения (дислексия), счета (дискалькулия). Лишь в единичных случаях дисграфия, дислексия и дискалькулия проявляются в изолированном, "чистом" виде, значительно чаще их признаки сочетаются между собой, а также с нарушениями развития устной речи.

Среди детей с ММД выделяются учащиеся с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ). Этот синдром характеризуется несвойственными для нормальных возрастных показателей избыточной двигательной активностью, дефектами концентрации внимания, отвлекаемостью, импульсивностью поведения, проблемами во взаимоотношениях с окружающими и трудностями в обучении. Вместе с тем дети с СДВГ часто выделяются своей неловкостью, неуклюжестью, которые часто обозначаются как минимальная статико-локомоторная недостаточность.

Второй по распространенности причиной школьной дезадаптации являются неврозы и невротические реакции. Ведущей причиной невротических страхов, различных форм навязчивостей, сомато-вегетативных нарушений, истеро-невротических состояний являются острые или хронические психотравмирующие ситуации, неблагоприятная обстановка в семье, неправильные подходы к воспитанию ребенка, а также трудности во взаимоотношениях с педагогом и одноклассниками.

Важным предрасполагающим фактором к формированию неврозов и невротических реакций могут служить личностные особенности детей, в частности тревожно-мнительные черты, повышенная истощаемость, склонность к страхам, демонстративному поведению. В категорию школьников - "дезадаптантов" попадают дети, имеющие определенные отклонения в психосоматическом развитии, которое характеризуется следующими признаками:

1.Отмечаются отклонения в соматическом здоровье детей.

2.Фиксируется недостаточный уровень социальной и психолого-педагогической готовности учащихся к учебному процессу в школе.

3.Наблюдается несформированность психологических и психофизиологических предпосылок к направленной учебной деятельности учащихся.

Обычно рассматриваются 3 основных типа проявлений школьной дезадаптации (ШД):

1) неуспешность в обучении по программам, выражающаяся в хронической неуспеваемости, а также в недостаточности и отрывочности общеобразовательных сведений без системных знаний и учебных навыков (когнитивный компонент ШД);

2) постоянные нарушения эмоционально-личностного отношения к отдельным предметам, обучению в целом, педагогам, а также к перспективам, связанным с учебой (эмоционально-оценочный, личностный компонент ШД);

3) систематически повторяющиеся нарушения поведения в процессе обучения и в школьной среде (поведенческий компонент ШД).

У большинства детей, имеющих ШД, довольно часто могут быть прослежены все 3 приведенных компонента. Однако преобладание среди проявлений ШД того или иного компонента зависит, с одной стороны, от возраста и этапа личностного развития, а с другой - от причин, лежащих в основе формирования ШД.

3. Проблема профилактики и коррекции школьной дезадаптации учащихся с легкими патологиями ЦНС.

Школьная дезадаптация это некоторая совокупность признаков, свидетельствующих о несоответствии социо - и психофизиологического статуса ребенка требованиям ситуации школьного обучения, овладение которой по ряду причин становится затруднительным, а в крайних случаях невозможным и др. Фактически, школьная дезадаптация это термин, определяющий любые затруднения, возникающие в процессе обучения.

К числу первичных, внешних признаков школьной дезадаптации относят затруднения в учебе и нарушения поведения. Одной из причин, вызывающих названные проявления, является наличие легких форм патологий ЦНС. К таким патологиям относятся патология шейного отдела позвоночника и минимальные мозговые дисфункции.

Актуальность изучения особенностей школьной адаптации учащихся с ПШОП и ММД определяется возрастающим количеством таких детей. По ряду исследований оно составляет до 70- среди учащихся. По данным исследований, проведенных в московских общеобразовательных школах, среди учащихся со школьной дезадаптацией ММД были выявлены более чем у половины учащихся (52,2%). При этом частота ММД среди мальчиков оказалась в 2,3 раза выше, а синдром двигательной гиперактивности в 4,5 раза выше, чем у девочек.

К особенностям детей с такими патологиями относятся быстрая утомляемость, сложности в формировании произвольного внимания (неустойчивость, отвлекаемость, трудности концентрации, замедленная скорость переключения внимания), двигательная гиперактивность, сниженные возможности самоуправления и произвольности в любых видах деятельности, снижение объема оперативных памяти, внимания, мышления. Обычно эти особенности проявляются еще в дошкольном возрасте, но в силу ряда причин, не становятся предметом внимания педагогов и психологов. Как правило, родители и педагоги обращают внимание на проблемы ребенка только с началом школьного обучения.

Школа, с ежедневной, интенсивной интеллектуальной нагрузкой, требует от ребенка реализации всех тех функций, которые у него нарушены. Первой большой проблемой для ребенка с ПШОП, ММД является продолжительность урока. Максимальная продолжительность работоспособности у такого ребенка - 1 5 минут. Затем ребенок не в состоянии контролировать свою умственную активность. Мозг ребенка нуждается в отдыхе, поэтому ребенок непроизвольно отключается от интеллектуальной деятельности. Пропуски учебной информации, суммируясь за все периоды во время урока, приводят к тому, что ребенок усваивает материал не полностью или со значительными искажениями, иногда вовсе теряет суть, а в отдельных случаях усвоенная ребенком информация приобретает неузнаваемый вид.

В дальнейшем ребенок пользуется ошибочными сведениями, что приводит к сложностям в усвоении последующего материала. У ребенка образуются существенные пробелы в знаниях. Поскольку внимание детей с ПШОП, ММД крайне неустойчиво, а отвлекаемость высока, работа в классе, где находятся еще 20, а то и 30 детей уже сама по себе представляет для ребенка большую сложность. Их отвлекают любые движения, звуки.

Такие дети выполняют проверочные или контрольные работы лучше, если учитель проводит их один на один с ребенком. Родители отмечают, что дома ребенок справляется с такими заданиями, которые не смог выполнить в классе. Объясняется это тем, что дома ребенку создают более комфортные условия: тишина, не ограничено время на выполнение заданий, в привычной обстановке ребенок чувствует себя спокойнее и увереннее. Родители оказывают ребенку помощь, направляют работу ребенка.

Успешность учебной деятельности ребенка во многом зависит и от умения строить бесконфликтные отношения со сверстниками, контролировать свое поведение. Многие современные педагогические технологии предполагают работу детей на уроках в парах, четверках, требующую умения организовывать взаимодействие со сверстниками. Здесь ребенок с ММД может встретиться с трудностями, так как он легко отвлекается от поставленной учебной задачи, поддается влиянию других детей.

Поскольку учебная мотивация у детей с ПШОП, ММД слабо выражена, они чаще всего подстраиваются под тех детей, которые настроены на игру. Дети с ПШОП, ММД охотно включаются в игры, которые могут предложить им соседи по парте на уроке. Кроме того сложности в самоуправлении часто проявляются в несдержанности, резкости по отношению к одноклассникам.

Свойственная, многим детям с ПШОП, ММД двигательная гиперактивность является серьезной помехой в учебе только для самого ребенка, но и для других детей и приводит к отказу от совместной работы с таким ребенком. Повышенная эмоциональная возбудимость, двигательная гиперактивность, свойственные многим из детей данной группы делают непригодными привычные способы организации внеклассных мероприятий. Особенно насущным становится поиск новых методов организации внеурочной деятельности детей в тех классах, где количество учащихся с ПШОП, ММД составляет более 40%.

Следует отметить, что, несмотря на то, что перечисленные выше проблемы ребенка в значительной степени затрудняют его познавательную деятельность, далеко не всегда психологи и педагоги понимают взаимосвязь между состоянием здоровья ребенка и его проблемами в учебной деятельности.

Анкетирование, проведенное среди психологов образовательных учреждений, показало, что большинство из них не имеет четких представлений о сути таких нарушений, как ПШОП и ММД. Чаще всего, осведомленность психологов и педагогов проявляется в информированности о распространенности таких патологий.

Определенная часть психологов школ знакома с теми сложностями, которые могут испытывать дети с ПШОП, ММД при познавательной деятельности, но не знают, как организовать работу для оказания эффективной помощи детям и педагогам, не умеют диагностировать наличие нарушений в развитии ребенка. Большинство опрошенных не знает об особенностях личностного развития детей с ПШОП, ММД. Литература, посвященная проблемам детей с ПШОП, ММД мало доступна и чаще всего посвящена особенностям познавательного развития этих детей.

Между тем, личностное становление таких детей, как правило, затягивается. Дети инфантильны, склонны к иррациональным поведенческим стратегиям, несамостоятельны, легко поддаются чужому влиянию, склонны ко лжи. Они не ощущают свою ответственность за собственные действия и поступки, для многих из них характерна мотивация избегания неудач, не выражена мотивация достижений, отсутствует учебная мотивация, нет интересов и серьезных увлечений. Ограниченные возможности в самоорганизации приводят к тому, что ребенок не умеет структурировать свое свободное время.

Нетрудно заметить, что именно такие личностные качества в значительной степени способствуют склонности ребенка к зависимым формам поведения. Особенно наглядной становится эта склонность в подростковом возрасте. К этому возрасту, ребенок с названными патологиями чаще всего подходит с массой проблем: серьезные пробелы в базовых знаниях, низкий социальный статус, конфликтные отношения с некоторыми одноклассниками (в некоторых случаях с большинством из них), напряженные отношения с учителями.

Эмоционально - незрелость толкает ребенка к выбору наиболее простых путей решения проблем: уход с уроков, ложь, поиски референтной группы вне школы. Многие из таких детей пополняют ряды, отличающихся девиантным поведением. Они проходят путь, начинающийся со сложностей в учебе, прогулов и лжи до правонарушений, преступлений, наркотиков. Очевидна в этой связи актуальность организации психопрофилактической и психокоррекционной работы с учащимися с ПШОП, ММД.

Обращает на себя внимание тот факт, что психологи во многих школах не осознают связь между наличием в анамнезе ребенка ПШОП, ММД и нарушениями в его личностном развитии. Так, многие психологи на вопрос о том, есть ли в их школе дети с ПШОП, ММД могли лишь ответить, что слышали о наличии таких диагнозов у учащихся школы. При этом они не смогли назвать ни количество учащихся с данной патологией, ни вспомнить кого - из них. Психологи пояснили, что не работают с такими учащимися из - загруженности другой работой.

Таким образом, уделяя внимание детям, пытаясь решать проблемы школьной дезадаптации, школьный психолог часто не обеспечивает устранение или коррекцию первичного дефекта.

Организация эффективной психологической работы невозможна без определения первопричины школьной дезадаптации ребенка любого возраста, четкого выделения причины и следствия. В связи с тем, что первопричиной школьной дезадаптации в ее различных проявлениях является нарушение состояния здоровья ребенка, необходим комплексный подход к организации работы с ребенком с ПШОП, ММД.

Работа с ребенком особенно сложна, поскольку включает в себя социальный, медицинский, психологический и педагогический аспекты. Реализация программы комплексной психолого - реабилитации детей с ПШОП, ММД выявила ряд наиболее остро стоящих проблем, среди которых:

1. Низкая информированность медиков, психологов, педагогов и родителей о сути проблемы, психологических - последствиях особенностей состояния здоровья ребенка.

2. Низкая информированность психологов, педагогов, родителей о возможности получения квалифицированной медицинской и психологической помощи.

3. Отсутствие педагогических технологий воспитания и обучения детей с проявлениями легких патологий ЦНС.

4. Увеличивающийся разрыв между растущими учебными требованиями к ребенку и ухудшающимся состоянием здоровья детей.

5. Низкая информированность медиков, психологов образования и педагогов как о проблемах, так и о достижениях каждой профессиональной группы по проблемам работы с детьми с ПШОП, ММД.

5.Психологическая и организационная неготовность медицинских учреждений и психологов образования к координации деятельности по реабилитации детей с ПШОП, ММД.

6. Сложившееся негативное отношение населения к обращению за помощью к врачам психотерапевтам, психиатрам.

7. Пассивная позиция родителей в отношении организации лечения детей, непоследовательность, нерегулярность, а, следовательно, и неэффективность лечения детей.

Все перечисленные проблемы взаимосвязаны и в значительной мере осложняют осуществление необходимой комплексной психологической - реабилитации учащихся с ПШОП, ММД. Отсутствие взаимосвязи между медицинскими и образовательными учреждениями в решении проблемы реабилитации детей с ПШОП, ММД приводят к снижению эффективности, а иногда, к сожалению, к невозможности оказания помощи ребенку и семье.

Зачастую врач и психолог, педагог общаются лишь через посредника, каковым является родитель. От психологической компетентности родителей во многом зависит возможность получения ребенком необходимой и целенаправленной медицинской, психологической и педагогической помощи. Однако, как уже было отмечено, многие родители не осознают всей важности оказания медицинской помощи ребенку.

В силу различных причин родители сознательно или неосознанно искажают информацию, передаваемую как медицинскому учреждению (в лице врача), так и школе (в лице психолога, педагога, администрации). Умалчивая об истинной причине рекомендованной школой консультации у невропатолога, психиатра (как правило, это ярко выраженная школьная дезадаптация), родители называют лишь самые безобидные проявления нарушений состояния здоровья ребенка. Если при этом врач ограничится поверхностной диагностикой, ребенок останется без столь необходимого ему лечения.

Бывают и такие случаи, когда родители, получая от врача назначения на обследование и лечение, не выполняют их и скрывают от школы сам факт необходимости лечения, утверждая, что врач никакой патологии не выявил. Разобщенность медицинских и образовательных учреждений в осуществлении реабилитации детей с легкими патологиями ЦНС служит почвой для взаимных разочарований в предлагаемых друг другу и родителям требованиях или рекомендациях. Отсутствие у врача четких представлений о реальном положении вещей в современной школе обусловливает появление таких рекомендаций, не учитывающих школьную действительность.

То, что кажется врачу панацеей, на самом деле не дает эффекта. Так, например, почти нереально осуществить рекомендацию о предоставлении гиперактивному ребенку возможности походить по классу, выполнить какое - поручение или просто ненадолго выйти из класса. Ведь в настоящее время в каждом классе таких детей не один и не два. Количество детей с синдромом гиперактивности может доходить до 50% и выше. Кроме того, некоторые дети с гиперактивностью при предоставлении им возможности походить по классу ведут себя таким образом, что могут дезорганизовать не только свой класс, но и соседние.

**Заключение**

Педагогика нуждается в поиске новых технологий работы, учитывающих особенности состояния здоровья детей. Необходима, таким образом, организация обмена опытом и обозначения сложностей в рамках данной проблемы, выработка взаимопонимания, единого видения проблемы, единой позиции и согласованности действий медицинских и образовательных учреждений. Такая необходимость остро ощущается психологами, врачами, занимающимися реабилитацией детей с ПШОП, ММД.

Подводя итог, следует выделить задачи реализации программы комплексной реабилитации учащихся с ПШОП, ММД:

Организация работы по повышению психологической - компетентности психологов, педагогов.

Организация работы по повышению уровня психологической - компетентности родителей, населения в целом.

Повышение уровня информированности педагогических работников, родителей о возможностях получения квалифицированной помощи по реабилитации детей с ПШОП, ММД.

Способствование разработке новых педагогических технологий, учитывающих особенности состояния здоровья детей с ПШОП, ММД.

Координация деятельности медицинских и образовательных учреждений по осуществлению комплексной психологической реабилитации детей с ПШОП, ММД.