

Психосоциальная реабилитация подростков со школьной дезадаптацией в форме систематических пропусков занятий

В.Ю. Андреюк¹, А.Б. Холмогорова²

¹Государственное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Консультативно – диагностический центр по охране психического здоровья детей и подростков», Нижний Новгород

²Лаборатория клинической психологии и психотерапии ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

РЕЗЮМЕ

Приводятся данные комплексного исследования факторов возникновения и развития школьной дезадаптации в форме систематических пропусков занятий. У 76 % подростков, уклоняющихся от учёбы, выявлены психопатологические расстройства; у всех пропускающих занятия отмечена достоверно худшая успеваемость. Описана программа психосоциальной реабилитации, разработанная с учётом выявленных факторов. Приводится оценка эффективности проведённой программы на основе динамического анализа выявленных нарушений. После проведения психопрофилактической программы констатированы уменьшение количества прогулов, снижение эмоциональных расстройств.

Ключевые слова: школьная дезадаптация; систематические пропуски занятий, «истинные прогульщики», «группа риска»; программа психосоциальной реабилитации.

Школьная дезадаптация в форме уклонения от учёбы и систематических пропусков занятий, вплоть до полного отказа от посещения школы, значительно распространена во всём мире [13–15]. Как показывает практический опыт работы с такими подростками и данные исследований отечественных и зарубежных авторов, большинство из этих подростков отличаются определёнными психологическими особенностями и имеют психические отклонения, которые при отсутствии адекватных психопрофилактических и лечебно-коррекционных мероприятий часто приводят к психическим расстройствам и нарушению социальной адаптации [1–8, 10, 12]. Между тем в отечественной литературе практически отсутствуют работы по методам профилактики и коррекции такой уже достаточно выраженной формы школьной дезадаптации, как школьные прогулы. Таким образом, изучение психопатологических особенностей, разработка и внедрение принципиально новой программы психосоциальной реабилитации пропускающих занятия школьников, с учётом рекомендаций зарубежных специалистов и особенностей микросоциальных условий и системы образования нашей страны, представляет важную практическую и теоретическую значимость.

Цель исследования: комплексный анализ факторов возникновения и развития школьной дезадаптации в форме систематических пропусков занятий; разработка программы психосоциальной реабилитации с учётом выявленных факторов; оценка эффективности проведённой программы

на основе динамического анализа выявленных нарушений.

Задачи исследования:

1. Клинико-психологический анализ особенностей психического состояния подростков, уклоняющихся от учёбы.
2. Изучение микросоциальных (средовых) и психологических (особенностей личности, поведения и эмоционального состояния подростков) факторов школьной дезадаптации в форме систематических пропусков занятий.
3. Сравнительный анализ группы подростков с систематическими прогулами и контрольной группы учащихся, регулярно посещающих школу.
4. Апробация программы психосоциальной реабилитации, построенной с учётом выявленных особенностей подросткового контингента.
5. Изучение динамики показателей школьной дезадаптации в ходе реализации программы психосоциальной реабилитации и оценка её эффективности.

Объект исследования: учащиеся среднего звена общеобразовательной школы со школьной дезадаптацией в виде систематических пропусков занятий; динамика школьной адаптации в ходе проведения программы психосоциальной реабилитации.

Критерии отбора детей и подростков для исследования:

- наличие пропусков занятий без уважительных причин продолжительностью три и более дней подряд;
- возраст от 11 до 15 лет.

Были обследованы учащиеся среднего звена двух общеобразовательных школ г. Нижнего Новгорода.

В экспериментальной школе обследованы 621 человек – 310 мальчиков, 311 девочек; средний возраст обследованных $13,04 \pm 1,65$ лет. В результате обследования выявлено 83 человека (13,36 % от общего количества учащихся), систематически уклоняющихся от учёбы. В зависимости от количества пропущенных занятий подростки разделены на две группы:

- «Истинные прогульщики»: 37 человек (44,58 % от общего количества пропускающих занятия), средний возраст $14,14 \pm 1,2$ года, 21 мальчик, 16 девочек. Из них отсутствовали в школе 4 недели подряд 3 человека, 3 недели подряд – 7 человек, 2 недели подряд – 10 человек, от 7 до 13 дней подряд – 17 человек. Большинство обследуемых пропускали занятия от одного до нескольких раз в год, продолжительностью не менее 7 дней подряд. Сред-

- нее число дней прогулов в год составило 24,5 дня.
- Группа риска: 46 человек (55,42 % от общего количества пропускающих занятия), средний возраст $13,25 \pm 1,6$ года, 31 мальчик, 15 девочек. Подростки отсутствовали на занятиях больше двух, но меньше семи дней подряд. Число дней прогулов в год составило в среднем 5,41 день.
- Контрольная группа: 117 человек, регулярно посещающих школу, средний возраст $13,08 \pm 1,8$ лет, 59 мальчиков, 58 девочек.

В контрольной школе обследованы 415 человек – 211 мальчиков, 204 девочки; средний возраст обследованных $13,25 \pm 1,35$ лет. В результате обследования выявлено 48 подростков, пропускающих занятия (11,56 % от общего количества учащихся). Средний возраст $13,05 \pm 1,6$ лет, 22 девочки, 26 мальчиков. Среднее число дней отсутствия в школе за 2004 год составило 15,2 дня. Подростки контрольной школы, где программа психосоциальной реабилитации, клиническое обследование и комплексное тестирование не проводились, были включены в исследование с целью сравнительного изучения динамики систематических пропусков занятий и социальной адаптации в ходе катamnестического исследования через 2 года (в 2007 году). При предварительном сравнительном изучении показателей успеваемости, социального статуса и уровня благополучия школьной ситуации пропускающих занятия подростков обеих школ статистических различий выявлено не было.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинико-психопатологический метод: беседы и консультации психиатра с подростками, родителями и педагогами до и после проведения программы психосоциальной реабилитации; занятия по программе психосоциальной реабилитации с подростками, пропускающими занятия, психообразовательные семинары для родителей и педагогов.

1. Клинико-психологический метод: комплекс психологических тестов для определения личностных и микросоциальных особенностей – факторов риска возникновения и развития школьной дезадаптации, а также мишеней дальнейшей психопрофилактической работы:
 - опросник «Strengths and Difficulties Questionnaire» (SDQ) – «Сильные стороны и трудности» Goodman (1997);
 - социо-демографическая анкета для подростков и опросник для учителей («Questionnaire for Assessment of the Family and School Situation (QAFSS)», разработанные Т.Н. Дмитриевой и Seif El Din (2003) специально для данного исследования;
 - шкала депрессии Т.И. Балашовой (1992 г);
 - опросник депрессии у детей (CDI), разработанный Maria Kovacs (1992);
 - шкала тревожности, разработанная А.М. Прихожан (1989);
 - патохарактерологический диагностический опросник для подростков А.Е. Личко (1970) с целью диагностики наличия и типа акцентуации характера у подростков;
 - тест Тулуз – Пьерона (1983) – один из вариантов «корректурной пробы», разработанной Бурдоном в 1895 году;
 - опросник для исследования качества жизни подростков ILK (das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen), разработанный F. Matthejat и H. Remschmidt (1998);
 - опросник «Школьная ситуация», разработанный В.К. Зарецким и А.Б. Холмогоровой спе-

циально для данного исследования;

- опросник «Стили эмоциональной коммуникации в семье», разработанный А.Б. Холмогоровой (2006).
2. Клинико-катamnестический метод: сравнительное динамическое исследование социальной адаптации подростков обеих школ с целью оценки отдаленных результатов программы психосоциальной реабилитации и вариантов динамики школьной дезадаптации, проведенное через два года после завершения психопрофилактической программы (в 2007 году).
 3. Статистические методы: при сравнении групп использовались критерий Манна–Уитни для независимых выборок и Т-критерий Вилкоксона для зависимых выборок. Программный пакет SPSS for Windows, Standart Version 11.5, Copyright © SPSS Inc. 2002.

При клинико-психопатологическом анализе нарушений у пропускающих занятия подростков мы пользовались понятием донозологического нервно-психического расстройства [9], отражающего «психические и поведенческие расстройства, не отвечающие в полной мере диагностическому алгоритму принятой классификации психических и поведенческих расстройств». Личность, страдающая подобным расстройством, часто входит «в противоречие с социально-средовыми условиями, требованиями, следствием которых являются различные варианты дезадаптации с феноменами психогенных расстройств» [9]. Донозологические формы нервно-психических расстройств широко выявлялись при диагностике гиперкинетических расстройств и расстройств поведения. Допороговыми являлись такие состояния, когда присутствовала недостаточность критериев гиперактивности, дефицита внимания или нарушений поведения, или они выявлялись лишь в единственной ситуации (дома или в школе).

По результатам клинического исследования, в группе «истинных прогульщиков» 43,40 % подростков имеют следующие психопатологические отклонения: гиперкинетические расстройства (наиболее часто встречающиеся), органические астенические расстройства (сопутствующий диагноз), расстройства поведения, адаптации и социального функционирования, лёгкие депрессивные расстройства; а 21,6 % – донозологические формы данных расстройств или поведенческие и соматические депрессивные эквиваленты. В группе риска таких подростков соответственно 43,50 % и 47,80 %.

Подростки без гиперактивности и нарушений поведения, страдающие в основном расстройством адаптации и социального функционирования, чаще имеют сопутствующие соматоформные вегетативные дисфункции (от 4 до 9,5 %). Можно предположить, что у этих подростков депрессивное настроение, тревога и беспокойство тесно связаны с жизненными событиями, трудностями и конфликтами и проявляются как в виде эмоционально-поведенческих нарушений, так и в форме соматических симптомов.

В результате клинико-психопатологического анализа групп пропускающих занятия подростков констатированы донозологические проявления следующих расстройств (табл. 1).

Были выявлены следующие поведенческие и соматические эквиваленты депрессии (табл. 2).

Изучение личностных особенностей подростков проводилось с использованием патохарактерологического диагностического опросника А.Е. Личко (1994). Как известно, акцентуации характера являются одним из факторов, способствующих раз-

Таблица 1. Доноврологические расстройства		
Формы доноврологических расстройств	«Истинные прогульщики» (n = 37)	Группа риска (n = 46)
Гиперкинетическое расстройство		5 (10,86 %)
Несоциализированное расстройство поведения		2 (4,35 %)
Социализированное расстройство поведения	3 (8,11 %)	4 (8,70 %)

Таблица 2. Поведенческие и соматические эквиваленты депрессии		
Формы депрессивных эквивалентов	«Истинные прогульщики» (n = 37)	Группа риска (n = 46)
Гиперкинетическое расстройство	1 (2,70 %)	5 (10,86 %)
Расстройство адаптации	2 (5,40 %)	2 (4,35 %)
Расстройство социального функционирования	1 (2,70 %)	1 (2,17 %)
Оппозиционно-вызывающее расстройство поведения		3 (6,50 %)

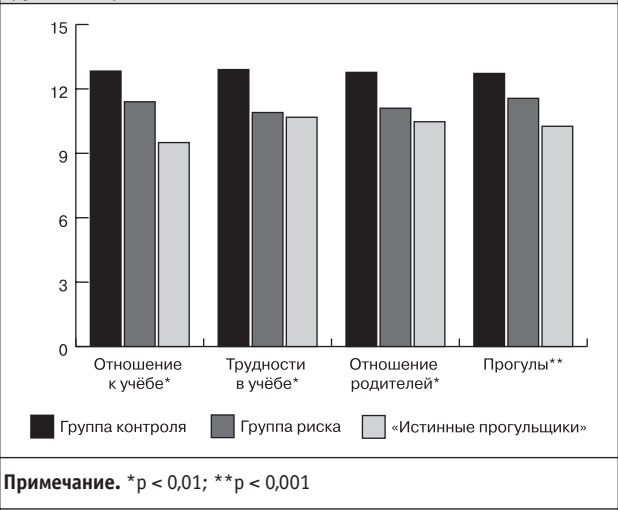
витию психопатологических расстройств. В контрольной группе выявлено 21,35 % подростков с акцентуациями характера; наиболее часто встречающаяся акцентуация – эпилептоидная. В группе «истинных прогульщиков» 37,82 % подростков имеют следующие основные акцентуации характера: гипертимная, эпилептоидная и шизоидная. В группе риска акцентуации характера выявлены у 30,44 % подростков; основные из них: эпилептоидная, гипертимная, психастеническая, неустойчивая и истероидная. В группах пропускающих занятия обнаружен большой разброс типов акцентуаций характера, чем в группе контроля: кроме отмеченных выше, встречаются астено-невротический, неустойчивый и лабильный типы.

Здоровые подростки – таких было выявлено 35,13 % в группе «истинных прогульщиков» и 8,70 % в группе риска – объясняли свои прогулы отсутствием интереса к школьным предметам, усталостью, нарушением контактов с педагогами вследствие их некорректного отношения к учащимся, наличием интересов и увлечений вне школы. У некоторых подростков имелись реальные планы на будущее: учёба и работа по интересующей их специальности. Эмоциональные отношения в семьях этих ребят были достаточно тёплыми и доверительными, родители понимали сложившуюся ситуацию.

В группе «истинных прогульщиков» 90 % подростков имели оценки «удовлетворительно» и «неудовлетворительно». В группе риска таких подростков выявлено 84,77 %, тогда как в контрольной группе 36,75 % подростков имели оценку «удовлетворительно»; подростков с оценкой «неудовлетворительно» выявлено не было.

Достоверно больший процент пропускающих занятия подростков по сравнению с контрольной группой проявляли агрессию по отношению к сверстникам (24,33 % в группе «истинных прогульщиков» и 17,40 % в группе риска; в основном это были дети, страдающие гиперкинетическими расстройствами, расстройствами поведения и органическим расстройством личности), а также сами являлись объектами агрессии (18,92 % в группе «истинных прогульщиков» и 26,08 % в группе риска); это были дети с гиперкинетическим, и оппозиционно-вызывающим расстройствами, расстройствами адаптации и социального функционирования, истерическим расстройством личности. В контрольной группе таких детей было соответственно 0 и 4,30 %.

Рис. 1. Показатели опросника «Школьная ситуация» в разных группах подростков



У пропускающих занятия, особенно у «истинных прогульщиков», мы выявили достоверно более отрицательное отношение к учёбе, больше трудностей в учёбе, связанных с непониманием пропущенного учебного материала, который трудно освоить самостоятельно. Они не получали помощи ни от родителей, ни от педагогов, с большинством из которых у прогульщиков сложились плохие отношения (рис. 1).

В семьях пропускающих занятия выявлены эмоциональная напряженность и негативизм детско-родительских отношений в сочетании с желанием сохранить видимость внешнего благополучия. Детям предъявляются требования без учёта и понимания природы их психопатологических нарушений. Подростки испытывают тревогу, фиксируются на собственных проблемах, не имея реальной возможности справиться с ними. Возможно, прогулы являются способом пассивного протеста или ухода от сложившейся в школе и семье тяжёлой ситуации и связанных с ней отрицательных эмоций.

У «истинных прогульщиков» и детей группы риска выявлены достоверно более высокие показатели поведенческих нарушений и низкие показатели просоциального поведения, что свидетельствует о трудностях социальной адаптации. Эти подростки реже и менее охотно участвовали в классных мероприятиях, чем дети из группы контроля, им не нравилась организация досуга в школе.

В целом, для пропускающих занятия характерны нарушения поведения, повышенная гиперактивность, нарушения внимания, снижение успеваемости, нарушения отношений с педагогами. Поведенческие нарушения и снижение успеваемости могут являться как причиной, так и следствием пропусков занятий.

На основании проведённого исследования были выделены следующие мишени психотерапевтической работы:

- эмоциональные нарушения у подростков;
- отсутствие у них навыков эмоциональной саморегуляции;
- отсутствие у родителей и педагогов понимания эмоциональных проблем подростков;
- незнание родителями и педагогами методов позитивного воспитательного воздействия.

В настоящей работе использовался международный опыт психосоциальной реабилитации (в частности – рекомендации бразильского детского психиатра Л. Роде [16] и американского психолога П. Йенсена [15]). Внимание педагогов и родителей

акцентировалось на таких проблемах, как синдром дефицита внимания с гиперактивностью, расстройства поведения, расстройства социального функционирования. Подчёркивалась частая связь эмоциональных проблем, тревоги, депрессии и нарушений поведения у детей и подростков.

Мероприятия, проводимые в экспериментальной школе в рамках программы психосоциальной реабилитации, подразделялись на две группы:

- а) общие (психообразовательные беседы по проблемам тревоги и депрессии, гиперактивности и расстройств поведения) – для родителей всех учащихся среднего звена;
- б) целенаправленно ориентированные на родителей пропускающих занятия и педагогов.

В рамках первой группы мероприятий были проведены три лекции для родителей учащихся среднего звена по проблемам тревоги и депрессии в детско-подростковом возрасте и основным позитивным воспитательным техникам.

Вторая группа мероприятий была ориентирована на пропускающих занятия подростков, их родителей и педагогов. Были проведены два семинара с педагогами, распространены шесть информационных писем для родителей по основным признакам тревоги и депрессии, осуществлялись регулярные встречи и телефонные контакты родителей прогульщиков со специалистами.

Родителям и педагогам подробно разъяснялись симптомы тревоги и депрессии у детей и подростков, их причины и связанные с ними поведенческие нарушения. Среди признаков депрессивного состояния назывались такие, как нарушение настроения (грусть, раздражительность), потеря предшествующих интересов и увлечений, нарушение сна и аппетита, снижение активности, чувство вины, ощущение бессмысленности и безнадежности, суицидальные мысли. Подчёркивалось, что признаками повышенной тревожности у подростков могут быть вегетативные нарушения (сердцебиение, одышка, головные боли, слабость, неприятные ощущения в животе, затруднения при глотании), раздражительность, ухудшение памяти и внимания, страх смерти. Родителям предлагалось отслеживать наличие подобных признаков у детей. В индивидуальных беседах с родителями прогульщиков мы старались прицельно изучить причины пропусков занятий и разработать конкретные психопрофилактические мероприятия на уровне семьи.

Перед педагогами и родителями были поставлены следующие задачи с формулированием соответствующих рекомендаций:

1. Установление контакта с подростком с целью лучшего понимания его трудностей, слабых сторон и причин поведенческих нарушений.
2. Использование при общении с подростками чётких и ясных положительных (без употребления частицы «не») формулировок, доброжелательных интонаций, установление зрительного контакта.
3. Игнорирование нежелательного поведения и подкрепление желательного с помощью определённых методов поощрения: например, уделять ребёнку больше внимания, проводить с ним свободное время, что-то позволять ему в качестве дополнительных привилегий.
4. Обязательное подчеркивание реальных положительных качеств, сильных сторон личности подростка.

Родителям давались конкретные рекомендации о том, как в семье следует реагировать на проблемы ребенка. Предлагалось выслушивать проблему, заявленную ребёнком, не перебивая его и не вме-

шиваясь попутно с собственными комментариями. Родителям предлагалось помогать детям в определении возникающих у них «отрицательных» мыслей и возникающих вслед за ними чувств, с последующей заменой их на «положительные», конструктивные, более реалистичные и адаптивные. Далее предполагалось коллективное обсуждение сути проблемы и способов её решения с использованием приёмов «активного слушания».

Мы напоминали родителям о том, что подростки предпочли бы услышать не совет или готовую рекомендацию, а быть услышанными и понятыми. Этим родители могли бы дать понять своим детям, что с ними всё в порядке, что они (подростки) в состоянии сами справиться со своими проблемами и управлять собственным поведением, что в семье их считают состоявшимися личностями, любимыми и достойными [11].

Педагогов, помимо аналогичного обучения позитивным воспитательным техникам, мы ориентировали на то, что они могут довести до сведения родителей информацию о причинах проблемного поведения подростков и рекомендовать им обратиться к специалистам – психиатрам и психологам – для ранней коррекции поведенческих нарушений и профилактики дальнейшей школьной дезадаптации.

В работе с подростками использовались методы когнитивно-бихевиоральной психотерапии. Занятия проводились с группами от трёх до пяти подростков (обычно из одного класса) два раза в неделю в течение трёх месяцев (с перерывом на весенние каникулы). Всего было проведено двадцать занятий, длительность одного занятия составляла 45 минут (урок). Мы обучали подростков способам распознавания и отслеживания собственных эмоций и мыслей – позитивных и негативных. Акцент делался на «отрицательных» мыслях и их влиянии на чувства и поступки. Целью обучения подростков являлось не только отслеживание негативных мыслей, но и умение менять их на позитивные с целью уменьшения симптомов тревоги и депрессии и коррекции собственного поведения. Согласно центральному положению когнитивной психотерапии симптомы ситуационной тревоги и депрессии являются следствием «отрицательных» автоматических (плохо осознаваемых) мыслей о себе и дефицита навыков их активного устранения. Поэтому основная задача работы заключалась в развитии навыков эмоциональной саморегуляции на основе развития способности фиксировать, оценивать и перестраивать автоматические мысли негативного содержания. Подобные навыки призваны также улучшить социальные отношения подростков.

После первичного знакомства подростков с основными симптомами тревоги и депрессии и объяснения им того факта, что в подростковом возрасте подобные состояния часто сопровождаются поведенческими нарушениями, мы предлагали участникам занятий дома в течении семи дней вести дневник, где они отмечали бы основные негативные и позитивные мысли, возникающие в течение дня, а также эмоции и поступки, которые следуют за этими мыслями. Подростки отслеживали, как реагирует их тело, какие изменения в самочувствии вызываются «отрицательными» мыслями и как меняются телесные ощущения при переходе к позитивным мыслям.

Далее подросткам предлагалось при появлении неконструктивных «отрицательных» мыслей («у меня ничего не получится», «я хуже всех» и т. п.) перестраивать их в опоре на положительный опыт, то есть находить в себе реальные «хорошие» черты, поступки, вспоминать радостные ситуации и «переживать» их ещё раз. При появлении пробле-

Таблица 3. Сравнительная характеристика социализации пропускающих занятия подростков школ № 7 (проводилась программа реабилитации) и № 47 (программа реабилитации не проводилась)		
Показатели социализации	Прогульщики, абс. (%)	
	школа № 7 (n = 83)	школа № 47 (n = 48)
Учатся в:		
техникуме, ПТУ	14 (16,86 %)**	14 (29,16 %)**
институте	8 (9,64 %)**	***
школе	46 (55,40 %)*	17 (35,42 %)*
Работают на неквалифицированной работе	2 (2,41 %)**	3 (6,25 %)**
Служат в армии	7 (8,43 %)	4 (8,33 %)
Не работают, не учатся	1 (1,20 %)**	3 (6,25 %)**
Осуждены, под следствием	2 (2,41 %)**	7 (14,60 %)**
Наблюдаются у психиатра	5 (6,00 %)*	2 (4,16 %)*
Примечание. * – p < 0,05; ** – p < 0,01; *** – p < 0,001		

мы нужно было, прежде всего, признать её наличие и изучить её: когда, как и почему возникла проблема, в чем её суть, зависит ли её решение от самого подростка. Далее подростку предлагалось разработать несколько планов её решения (не менее пяти вариантов) и выбрать наиболее подходящий, по его мнению, вариант, воплотить его в жизнь и оценить результат. Если проблема не разрешилась, ему предлагалось попробовать следующий вариант. В любом случае подросток должен сказать себе: «Я проделал хорошую работу»; «Я попробовал этот вариант и должен попробовать что-то ещё». Так мы учили подростков более гибко реагировать на жизненные ситуации и брать на себя ответственность за свои решения и поведение.

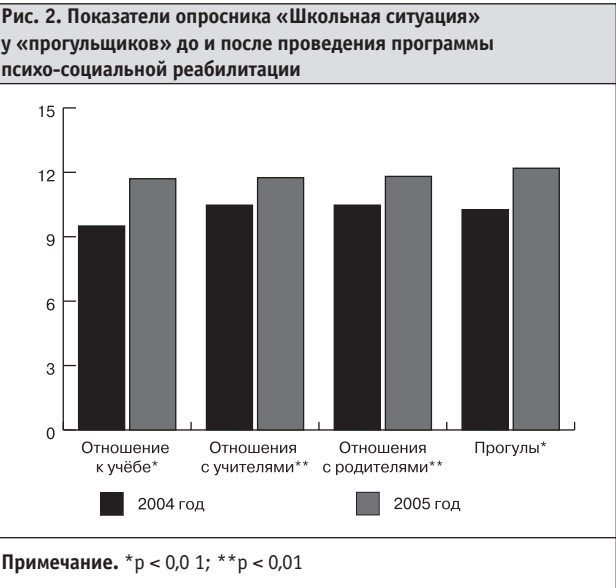
Таким образом, программа психосоциальной реабилитации носила комплексный характер и была направлена:

1. На изменение социальной ситуации развития подростков путём изменения отношения к ним родителей и педагогов в направлении большего понимания и поддержки.
2. На коррекцию эмоционального состояния самих подростков и развитие у них навыков эмоциональной саморегуляции.

Результаты контрольного тестирования в 2005 году (через год после проведения программы) показали, что у 75,70 % «истинных прогульщиков» и у 74,00 % подростков с донозологическими формами расстройств, а также имеющих соматические и поведенческие депрессивные эквиваленты, при условии активного участия родителей в программе значительно снизились уровни тревоги и депрессии, произошла коррекция поведенческих расстройств и появилась критика к ним, улучшилось эмоциональное состояние родителей. Практически произошла редукция донозологических расстройств. В обеих группах пропускающих занятия снизилась частота нарушений настроения, сопровождающихся повышенной школьной и самооценочной тревожностью.

По сравнению с контрольной школой, где программа психосоциальной реабилитации не проводилась, достоверно большее число бывших прогульщиков успешно осваивают школьную программу, поступили в техникумы и высшие учебные заведения, реже заняты на неквалифицированных работах; меньшее число их осуждены, но несколько большее – наблюдается у психиатра (табл. 3).

В группе «истинных прогульщиков» число прогулов сократилось в 2 раза. В школе, где програм-



ма реабилитации не проводилась, напротив, частота пропусков занятий возросла с 15,2 дня до 17,5 дня. В обеих группах пропускающих занятия несколько улучшилась успеваемость: увеличилось количество подростков, успевающих на «хорошо» (46 % «истинных прогульщиков» и 39,13 % подростков группы риска); подростки стали проводить больше времени в школе, улучшились отношения с педагогами, родители стали больше помогать подросткам в учёбе. Указанные позитивные изменения можно увидеть на основе данных динамического исследования с помощью опросника «Школьная ситуация» (рис. 2, 3).

В семьях пропускающих занятия произошло снижение эмоциональной напряженности в детско-родительских отношениях как за счёт понимания родителями природы психопатологических нарушений подростков и возможностей их коррекции, так и за счёт коррекции эмоциональных и поведенческих расстройств самих подростков. В обеих группах пропускающих занятия произошла «переоценка» подростками своих прежних дружеских связей, появилось более критичное отношение к своему окружению. Улучшились отношения с педагогами, повысился уровень просоциального поведения – как за счёт изменения социальных ориентиров самих подростков, так и благодаря коррекции требований и отношения взрослых.

ВЫВОДЫ

1. В основе возникновения и развития школьной дезадаптации в форме систематических пропусков занятий лежат различные индивидуальные и средовые факторы: комплекс психопатологических расстройств, определённые психологические качества личности подростков (повышенный уровень тревожности, снижение учебной мотивации, неспособность адекватной оценки себя в учебной деятельности), а также особенности реагирования на эти проблемы учителей и родителей.

2. Разработанный методический комплекс позволяет проводить диагностику факторов школьной дезадаптации и своевременно наметить задачи психосоциальной реабилитации. В качестве надёжно выявляющего группу подростков со школьной дезадаптацией и особенно чувствительного к позитивным изменениям в процессе психосоциальной реабилитации зарекомендовал себя опросник «Школьная ситуация», разработанный В.К. Зарецким и А.Б. Холмогоровой.

3. Разработанная программа психосоциальной реабилитации привела к существенному снижению проявлений школьной дезадаптации: возрос уровень критики пропускающих занятия к своим поведенческим и эмоциональным нарушениям, уменьшилось число прогулов, повысилась успеваемость и просоциальная направленность поведения, снизился уровень эмоциональных нарушений. Динамика клинической симптоматики характеризуется редукцией донозологических и существенным снижением выраженности психопатологических расстройств.

Литература

1. Батыгина Г.З. Школьная дезадаптация как этап формирования социальной дезадаптации у подростков с депрессивными расстройствами. Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. Материалы Российской научно-практической конференции. М.: 1996: 42–43.
2. Иовчук Н.М., Северный А.А. Что такое школьная дезадаптация? Социальная дезадаптация детей и подростков: причины, проявления, преодоление. М.: 1995; 22 – 30.
3. Каган В.Е. Психогенные формы школьной дезадаптации // Вопросы психологии. 1984; 4: 89–95.
4. Казьмин С.А. Взаимосвязь нарушений поведения и стойкой неуспеваемости в массовой школе. Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. Материалы Российской научно-практической конференции. М.: 1996; 51–52.
5. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Акцентуации характера у подростков как причина школьной дезадаптации. Актуальные вопросы неврологии и психиатрии детского возраста. Тезисы докладов. Ташкент: Медицина, 1984; 181–183.
6. Новикова Е.В. Зависимость школьной адаптации подростка от субъективного отражения отношения к нему в семье. Семья и личность. В 2-х т. / Под ред. А.А. Бодалева. М.: МГУ, 1985; 2.
7. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: Московский психологический институт; Воронеж: Издательство НПО «Модек», 2000; 304. Психология развивающейся личности. / Под ред. А.В. Петровского. М.: Педагогика, 1987; 240.
8. Сухотина Н.К. Нервно-психическое здоровье детей в аспекте школьной адаптации // Социальная и клиническая психиатрия. 1999; 9; 4: 34–38.
9. Сухотина Н.К. Типология донозологических форм нервно-психических расстройств у детей. М.: 2006.
10. Шац И.К. Клинико-психологические, социально-педагогические и коррекционные аспекты школьной дезадаптации при психических расстройствах у детей // Социальная и клиническая психиатрия. М.: 2003; 13: 2: 47–50.
11. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. М.: 1997.
12. Astone N.M., McLanahan S.S. Family structure, residential mobility, and school dropout: a research note // Demography. 1994; 31: 575–584.
13. Dixon B.J. Peer acceptance and peer rejection outcomes of adolescents at risk for school dropout. Dissertation-Abstracts-International-Section-A: Humanities-and-Social-Sciences. 1999; 59: 12-A: 4357.
14. Ensminger M.E., Slusarcick A.L. Paths to high school graduation or dropout: a longitudinal study of a first-grade cohort // Sociological Education 1992; 65: 95–113.
15. Jensen P., Bauermeister J., So C., et al. Helping Children and Youth with Behavioral and Emotional Problems/. Treatment Manuals, Task Force on Prevention of the Presidential WPA Program on Global Child Mental Health. 2004.
16. Soledade Graeff-Martins A., Oswald S., Comassetto J.O., Kieling Ch., Concalves R.R., Rohde L.A. A Comprehensive Intervention for the Prevention of School Dropout in Brazil. The Mental Heals of Children and Adolescents. An area of global neglect. A report from the World Psychiatric Association Presidential Programme on Child Mental Heals. Wiley: 2007; 195–200.