**«Школьная и социальная**

**дезадаптация»**

Никто не будет оспаривать банальную истину, что детское благополучие напрямую зависит от состояния его общего здоровья. Никто также не будет оспаривать и то, что душевное здоровье ребенка играет прямую роль в его развитии и становлении как успешной личности.

Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения (далее Фонда) бьет тревогу: распространенность пограничных психических расстройств у детей в дошкольном возрасте достигает 50%, а среди школьников старших классов – 70-80%.

Неутешительный прогноз Третьего конгресса психиатров России к 2020 году о негативных последствиях психического нездоровья нации на экономику страны уже заставляет наше общество обратить пристальное внимание на душевное здоровье детей и подростков.

Социально-экономическая поляризация населения современной российской действительности: безработица, миграция населения, распространенность социального сиротства, семейное неблагополучие с букетом социальных болезней общества (алкоголизм, наркомания и т.п.), отражается, в первую очередь, на здоровье ребенка. Результатом душевного нездоровья детей и подростков является их социальная дезадаптация.

Между тем, как показывает жизнь, большинство родителей и многие специалисты, работающие во благо детей, крайне мало осведомлены о состоянии и проблемах душевного здоровья подрастающего поколения. Об этом свидетельствуют факторы роста аутоагрессивного поведения подростков, рост правонарушений и совершаемых преступлений несовершеннолетних граждан против личности в обществе.

В связи с неправильной оценкой общего состояния ребенка как лени, избалованности, интеллектуальной несостоятельности, физического заболевания, дурного характера, отрицательного влияния друзей, улиц и др., психическое нездоровье детей и подростков часто длительно не распознается.

Ребенок или подросток не только не получает помощи, но и подвергается неадекватным мерам воспитательного воздействия, в том числе физического и психологического насилия. Длительно нераспознанные стертые психические расстройства, как правило, ведут к тяжелым устойчивым формам школьной и социальной дезадаптации, требующих специальных методов коррекции.

Родители и специалисты целенаправленно занимаются развитием и воспитанием способности у подрастающего поколения исполнять позитивную социальную роль, соответствующую его возможностям и запросам. Вот почему основным условием правильного или успешного развития любого ребенка является его адаптированность в детской социальной среде: будь то дошкольное или школьное образовательное учреждение.

Обычно школьная дезадаптация выступает в 3-х формах: нарушении обучения, нарушении поведения, нарушении контактов или одновременно в сочетании всех проявлений одновременно. В начальной стадии наиболее часто дезадаптация школьников проявляется в виде неуспешности ребенка в школе. Поэтому родители должны своевременно обратить внимание на то, что у ребенка, прежде успешного, появились неудовлетворительные оценки, что более удлинилось время подготовки домашних заданий, появился страх перед школой и возникла потребность в репетиторах. Родители и педагоги обязаны приложить совместные усилия по недопущению у школьников второгодничества.

Педагоги обязаны вовремя заметить и известить родителей об утрате ребенком интереса к учебе, его отказах отвечать у доски. Глубокие формы школьной дезадаптации могут проявиться у подростка не только в срывах уроков и прогулах занятий, но и в полном отказе ребенка или подростка от посещения школы. Тяжелые формы школьной дезадаптации так или иначе приводят к дезадаптации социальной.

Социальная дезадаптация ребенка или подростка может проявиться в нарушении его адекватного взаимодействия с существующим окружением. Она может принять формы аддиктивного поведения подростка в виде драк, побегов и воровства, употребления психоактивных веществ, ранних сексуальных связях, что также может привести к постановке подростка на учет в комиссии по делам несовершеннолетних. Далее может проявиться проблема пребывания подростка в учебном заведении. Его результатом зачастую становятся низкий образовательный и профессиональный уровень, незанятость и безработица молодого человека, алкоголизм, наркомания, правонарушения, проституция, раннее материнство и депривация (отторжение) матерью новорожденного ребенка, распространение явлений социального сиротства.

В связи с возникновением проблемы социальной и школьной дезадаптации ребенка главной задачей родителей и педагогов становится ее предотвращение (профилактика) или коррекция (исправление).

**В чем особенность детской дезадаптации?**

Первое, ретроспективный анализ показал, что признаки школьной дезадаптации не являются внезапными, а нарастают постепенно в течение 1-5 лет. Всего 3-6% учащихся реабилитационных учреждений не обнаруживали психической патологии. В 94-97% случаев у школьников отмечались остаточные явления резидуально-органического поражения центральной нервной системы;

Второе, семьи подростков с выраженной социальной дезадаптацией в основном являлись крайне неблагополучными. В 64% случаев эти семьи были “неполными”, 8% детей были полными сиротами. Более чем в ¾ “полных” семей родитель или оба употребляют психоактивные вещества, они отличаются безразличием или крайне жестоким обращением с детьми.

5% семьи отличаются крайней бедностью: 20% случаев один из родителей страдал душевным заболеванием. В 90% случаев в школе, из которой был выведен подросток, отсутствовали психологи и социальные педагоги или о них ничего не было известно родителям учащихся;

Третье, благополучные семьи, обучающие ребенка в продвинутых учебных заведениях, не являются гарантией психического здоровья детей в связи с наличием пограничных психических патологий.

Таким образом, школьная дезадаптация ребенка /подростка развивается благодаря сочетанию многих факторов, ведущими из которых является психический и семейный факторы.

**Существует целый комплекс факторов, создающих предпосылки для возникновения социальной дезадаптации личности ребенка:**

1. Школьный фактор: отсутствие индивидуального подхода к ребенку,

неадекватность воспитательных мер, несправедливое отношение к ребенку, психическое, физическое и иные виды насилия по отношению к ребенку со стороны ближайшего и школьного окружения;

1. Семейный фактор: бедность, неблагополучные жилищные условия,

неполная семья, дисгармоничная семья с тяжелым эмоциональным фоном, безработица, аддиктивное поведение родителей, употребление ими психоактивных веществ (алкоголь, наркомания), хронические заболевания членов семьи, искаженный способ воспитания. По различным данным Фонда не менее 50% детей испытывают различные виды насилия со стороны родителей, членов семьи и родственников;

1. Средовой фактор: влияние асоциальной среды: групп сверстников,

"улицы", незанятости, искаженного образа лидера, широкая доступность психоактивных веществ, правовой нигилизм сообщества;

1. Социально-психологический фактор: нестабильность в общественных

отношениях, утрата прежних идеалов и безнравственность, социально-экономическая поляризация общества в условиях дикого капитализма, безнаказанность за экономические преступления, циничность и сексуальная распущенность;

1. Соматический (физический) фактор: тяжелые заболевания, в том числе

инфекционные, хронические заболевания органов, врожденные и приобретенные уродства;

1. Психический фактор: инвалидизация ребенка или подростка,

резидуально-органические поражения центральной нервной системы со всеми вытекающими последствиями. По данным Фонда дети уже в возрасте до 3-х лет 9,6% имеют явную психическую патологию; среди дошкольников лишь у 45% отсутствуют признаки болезненных отклонений в психике; среди школьников распространенность нервно-психических расстройств достигает 70-80%. У учащихся старших классов (от 14 до 17 лет) депрессивные расстройства выявляются в среднем в 19,5%. Дети, ведущие бродячий образ жизни, могут быть признаны здоровыми не более 6%. Дети, проживающие длительное время в детских домах, могут достичь 100% психических отклонений. Среди девиантных детей до 80% требует срочной психокоррекционной помощи. При этом, только 10% всех нуждающихся в психиатрической помощи получают ее в медицинских учреждениях;

1. Возрастной фактор: даже психически здоровый подросток в

пубертатном возрасте может войти в зону риска аутоагрессивного поведения.

1. Коррекционно-профилактический фактор, к которому относятся:

а) наличие или отсутствие медико-социально-психологические службы в

системе образования, способная своевременно диагностировать признаки декомпенсации и предотвратить наступление тяжелых форм социальной дезадаптации у школьников;

б) квалификация специалистов такой же службы и уровень междисциплинарного действия с ней.

**Школьная и социальная дезадаптация**

Также, по мнению психиатров, в отличие от 80-90-х годов, когда основной причиной школьной дезадаптации были психические расстройства, то в последующие годы ребенок чаще может ее получить как следствие школьного фактора, в котором немаловажную роль играет личность учителя и потому создание в учебном заведении правового пространства является насущной проблемой школы.

Не остаются в стороне и родители детей. Нередко ребенок оказывается под двойным прессингом семьи и школы, а иногда и собственного гиперсоциального характера и тогда ребенок “уходит в болезнь”.

То означает необходимость обучения профилактике школьной дезадаптации как работников образовательного учреждения, так и родителей учащихся.

Другим аспектом школьной дезадаптации в настоящее время является ее “омоложение”, так как стало больше детей с остаточными явлениями резидуально-органического центральной нервной системы, обусловленных объективными причинами (экология, стрессы, употребление психоактивных веществ родителями, различными заболеваниями молодых матерей и т.п.). Поэтому требуется коррекционная работа с дезадаптированными детьми и подростками с применением усилий различных специалистов: психологов, педагогов, психиатров, педиатров, наркологов, психотерапевтов, коррекционных и социальных педагогов, социальных работников, юристов.