

Нарушения поведения у детей

А.Г. Коняхин

Специфика современной общественно-экономической ситуации, ее сложность и напряженность создают условия, в которых ребенок довольно часто подвергается вредным воздействиям, вызывающим стойкие отклонения в его развитии. Эти отклонения, касающиеся как физической, так и психической сфер, могут привести к нарушению поведения ребенка в повседневной жизни.

Специалисты условно выделяют три вида «неправильного» поведения. Кратко остановимся на каждом из них.

1. Девиантное поведение («отклонение») – стереотип поведенческого реагирования, который связан с нарушениями определенных возрастных социальных норм и правил поведения, характерных для микросоциальных отношений (семейных, школьных) и малых половозрастных социальных групп, что приводит к социальной дезадаптации. Примеры поведения: срыв занятий, прогулы.

Одним из важнейших факторов, определяющих формирование и развитие «трудного» поведения у подростков, является собственно период полового развития (пубертат). В силу динамики анатомо-физиологических и психологических особенностей подростка именно в этот период формируются предпосылки становления девиантного поведения. В это время для подростков характерными являются поведенческие реакции группирования, оппозиции и т.д., которые служат основой «трудного» поведения.

2. Делинквентное поведение («правонарушение») – стереотип поведенческого реагирования, связанный с нарушениями правовых норм, не влекущими за собой уголовной ответственности из-за их ограниченной



общественной опасности или того обстоятельства, что делинквент не достиг возраста уголовной ответственности. Примеры поведения: мелкое хулиганство, драки без нанесения тяжких телесных повреждений.

3. Криминальное поведение («преступление») – поступки, подлежащие наказанию в уголовном порядке по статьям УК при условии достижения возраста уголовной ответственности. Криминальному поведению, как правило, предшествуют временные периоды, в течение которых проявляются различные формы девиантного и делинквентного поведения. Пример поведения: нанесение тяжких телесных повреждений.

Заметим, что практически в каждой группе детского сада есть дети, ведущие себя неадекватно. К подростковому возрасту количество «трудных» детей увеличивается в 3–5 раз. К сожалению, «трудные» дети продуцируют себе подобных «нарушителей» в 3 раза активнее, чем послушные дети. По данным ВНИИ МВД России, за истекшие 5 лет количество преступлений, связанных с вовлечением подростков в преступную деятельность, увеличилось на 165,5%.

К основным факторам, ведущим к формированию и развитию «трудного» поведения у ребенка, относятся: **фактор родительской семьи и биологические факторы**. В наибольшей степени влияет на становление девиантных форм поведения **фактор родительской семьи**, т.е. дезадаптированная, дисгармоничная семья, в которой растет ребенок. По наблюдениям специалистов

Центра «Пресненский», в формировании нарушений поведения у детей по степени значимости выделяются **три уровня семейной дезадаптации**. Это **неполная семья**, в которой представления ребенка об окружающем мире зачастую отражают чувство его собственной ненужности, незначимости; **конфликтная семья**, где формируется восприятие мира как жестокого, несправедливого, нестабильного; и, наконец, **семья с антисоциальной атмосферой**, семья, где, так сказать, вор вырастивает вора. Конечно, последний уровень семейной дисгармонии мы считаем наиболее патогенным как в формировании различных вариантов задержек развития с асоциальным поведением, так и полиморфных типов аномально-личностных реагирований.

Второе место среди причин и факторов, ведущих к формированию и развитию «трудного поведения» у ребенка, занимают **биологические факторы**: пре-, интра- и постнатальные вредности (токсикоз, патология родов, гипоксия плода, кесарево сечение и пр.), душевные заболевания, генетические предрасположенности.

Отметим, что в 95% случаев гиперактивные дети имели ранние органические поражения мозга, ведущие к мозговой истощаемости, снижению внимания, неусидчивости и т.п.

У многих из «трудных» детей исходными, базовыми нарушениями являются задержка темпов психомоторного развития, речевого, эмоционального и когнитивного развития, глубокая социально-педагогическая запущенность в сочетании с такими системными расстройствами, как энурез, тик, заикание. Достаточно высокий процент среди «трудных» детей составляют депрессивные расстройства. Все это свидетельствует о ранней церебрально-органической (мозговой) недостаточности, частота встречаемости которой у детей с девиантными формами поведения составляет 95%.

Типичными заболеваниями психической сферы являются шизофрения, МДП, эпилепсия.

К сожалению, на территории России в настоящее время намечается тенденция к росту целого ряда заболеваний, в том числе и психических, которые уже сами по себе приводят, по меньшей мере, к асоциальному поведению. За последние 20 лет количество олигофренов в РФ возросло в 10 раз. Увеличилось количество детей и подростков, употребляющих токсические вещества, алкоголь, наркотики. Ряд специалистов в области подростковой наркологии, психиатрии и педагогики рассматривают состояние детско-подросткового здоровья и образования в России уже не как проблему, а как катастрофу. Наш опыт показывает, что сплав разнообразных нервно-психических расстройств, отмечающихся значительно чаще у детей из неблагополучных семей, уже с раннего возраста создает предпосылки для формирования депрессивных расстройств, аномалий характера (патохарактерологическое развитие личности или психопатия у взрослых). Для этих аномалий характерны тотальность проявлений, стабильность, социальная дезадаптация.

Наиболее частыми нарушителями правил поведения являются дети с **аномальными чертами характера нескольких типов**. Рассмотрим их подробнее.

● **Возбудимый тип**

– Гипертимно-возбудимые дети: склонны к озорству, болтливости, воровству, конфликтам, снижению чувства дистанции, неусидчивости, отвлекаемости; у них постоянно преувеличенно хорошее настроение.

– Возбудимые с резидуально-органическими нарушениями дети: склонности те же, что и у возбудимых, но вдобавок имеют место проявления взрывчатости, агрессии, недержания аффекта.

● **Неустойчивый тип**. Ребенок ведет себя по принципу «куда ветер дует», нарушая правила «за компанию». Характерно снижение волевого потенциала и расторможение влечений.

● **Лабильный тип**. Характеризуется крайне изменчивым настроением, про-

являющимся в виде реакции «слезы-радость».

- **Истероидный тип.** Для ребенка характерны жажда признания, демонстративное поведение, аутоагрессия.

- **Эпилептоидный тип.** Типичными признаками являются возбудимость, злопамятство, гневливость, сексуальная распущенность. Представители этого типа очень жестоки, склонны к дисфориям (раздражительное настроение, злость).

- **Циклоидный тип.** У детей с таким типом аномалии нарушения поведения носят сезонный характер: при появлении плохого настроения возможны драки, воровство.

Кратко перечислим основные проявления нарушений поведения:

1. Расторможенное гипердинамическое: срывы занятий, утренников.

2. Агрессивное гипердинамическое: драки, жестокость по отношению к животным.

3. Нарушение влечений: уходы из дома и с прогулок (дромомания); воровство (клептомания); склонность к поджогам, петардам, кострам (пиромания); сексуальные девиации (излишний интерес к гениталиям); алкоголизм.

Специалистами выделяются следующие **типы девиантного поведения**: агрессивно-насильственное (драки, суицид), корыстное (кражи), ранняя алкоголизация, наркотизация (аддиктивное), антиобщественное сексуальное поведение.

Учителю, работающему с дезадаптированным («трудным») ребенком, необходимо учитывать его социальные и психологические особенности, а также особенности его семьи. Следует помнить, что пока еще не сформировалась стабильная система ценностей и ориентаций, велико значение микросредовых влияний. Негативное воздействие микросреды (в том числе отношение учителя, социального педагога, психолога, врача) может усиливать личностную дисгармонию и даже вызывать декомпенсацию пограничного расстройства, что обязательно приве-

дет к патологии поведенческой сферы. Педагогу необходимо знать, что существует одна из важнейших особенностей пубертата – пробирование способов взаимодействия в группах сверстников, когда происходит коррекция разных типов взаимоотношений, оформляются социальные установки, ценностные ориентации, самооценка, уровень притязаний. У подавляющего большинства детей, имеющих проблемы в поведении, отмечается не развитое в раннем детстве умение видеть и слышать, сопереживать и сочувствовать, что служит главным психологическим условием для формирования аномальной личности – «трудной» во дворе, школе и дома. Наш опыт показывает, что такой ребенок не умеет противиться отрицательным влияниям среды.

Делинквентное поведение, с одной стороны, связано с формированием асоциальных личностных установок и криминальных привычек, а с другой – внешними или внутренними конфликтами ребенка в его микросреде. Поэтому при констатации делинквентного поведения учителю (желательно совместно со школьным психологом) необходимо провести анализ его типологии и формы: ситуационно обусловленные случаи, стойкие проявления делинквентного поведения, обусловленные семейно-педагогической запущенностью и социально-личностной деформацией.

Учителю, работающему с дезадаптированными детьми и желающему помочь ученику и его семье, необходимо определиться в предпосылках девиации. Для этого совместно с коллегами-психологами и социальными работниками необходимо оценить состояние ребенка: уровень школьных знаний, мотивации к учебе, положение в семье и т.д. Далее в проведении анализа социально-психологических особенностей ребенка и его семьи желательно участие группы специалистов, в которую должны войти социальный педагог, школьный психолог, психиатр, ориентированный в погра-

ничной психиатрии и оказывании психотерапевтической помощи. Опираясь на результаты МППК, можно выделить главную причину дезадаптации. Первым этапом такого консультативно-диагностического заключения будет выделение ведущих проблем «трудного» ребенка и **отнесение девиации его поведения к одной из трех групп.**

Первая группа: «непатологический», или простой вариант девиантного поведения. Показаны меры социально-профилактической, психолого-педагогической помощи.

Вторая группа: «условно-патологический» вариант. Отклонения от нормы поведения с пограничными психологическими расстройствами. Показаны меры комплексной психолого-медицинской реабилитации.

Третья группа: «патологический» вариант. Поведение с выраженными психическими расстройствами (суицидальная и парасуицидальная настроенность, импульсивность, агрессия и т.п.). Показаны и необходимы виды психиатрической помощи, возможно, даже скорой и стационарной.

Опыт наших специалистов, динамическое наблюдение над дезадаптированными детьми позволяет **дать учителю несколько рекомендаций** с целью улучшения качества педагогической работы.

Следует относиться к «трудному» ребенку как к личности. Это определяет необходимость выделения по устойчивым критериям групп риска.

Необходима обязательность объективной оценки поведенческих расстройств с учетом степени тяжести, а также соблюдение этических норм в общении даже с самыми «трудными» детьми.

Должен осуществляться тесный профессиональный контакт с медико-психологическими службами города и района.

Накопленный нами опыт показывает целесообразность последовательной, направленной, комплексной лечебно-коррекционной работы с

детьми из группы высокого риска поведенческих нарушений. Дальнейшее выделение и изучение разного рода факторов, влияющих на ранних этапах развития на становление личности, на «правильное» и «неправильное» поведение, раскрытие механизмов их проявления, – это основа разработки комплексных мер первичной профилактики и ранней коррекции поведенческих нарушений.

Считаем целесообразным регулярное проведение психолого-педагогических семинаров, на которых учитель может почерпнуть необходимую теоретическую медицинскую и психологическую информацию, что значительно облегчит его работу и повысит качество педагогического процесса.

Мы также рекомендуем учителю в повседневной работе чаще обращаться к психологам и психотерапевтам медико-психологических служб города и района, имеющим в настоящее время возможность протестировать и обследовать ребенка на должном высоко-профессиональном уровне и при необходимости проконсультировать его в лучших психологических лабораториях и клиниках Москвы, работающих в тесном взаимодействии с Центром «Пресненский».

Аркадий Геннадьевич Коняхин – врач-психиатр Центра психологической профилактики и коррекции «Пресненский», г. Москва.