

Демьянов Юрий Генрихович

канд. мед. наук, доцент

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

г. Санкт-Петербург

DOI 10.21661/r-117616

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ БАРЬЕРЫ ДЛЯ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПРОБЛЕМАМИ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ

***Аннотация:** в работе анализируются варианты психологических барьеров в адаптации детей к жизни в социальном окружении. Носителями таких препятствий являются дети с нарушениями в развитии и поведении. Источники проблем могут быть представлены в самом ребенке, в его семье или в микросоциальном окружении. Результаты исследования могут быть полезны для психологов, психиатров и педагогов.*

***Ключевые слова:** психологические барьеры, адаптация.*

В данной работе под барьером понимается стойкое препятствие для социально-психологической адаптации человека к жизни в обществе. Ребенок или подросток является носителем признаков дезадаптации и он же может быть источником проблемы, которые обусловлены особенностями его общих и частных интеллектуальных и эмоциональных возможностей, его характера, способности к саморегуляции в поведении, в его отношении к людям и к себе. Структура источника дезадаптации может быть связана с искаженным, поврежденным, неравномерным психическим развитием и недоразвитием, с психопатическим или невротическим развитием личности, с посттравматическим расстройством личности и др. В образовательной среде источником дезадаптации может являться низкая обучаемость ребенка, слабая мотивация к обучению, грубый дефицит внимания, неразвитость волевых качеств личности в плане преодоления трудностей [1–4].

Источником проблем с адаптацией может являться семья ребенка с ее деформирующим стилем воспитания, с искаженным и неадаптивным семейным укладом в ареале проживания.

Источником проблем с адаптацией ребенка к жизни в социальной среде может быть недостаточно развитая и дифференцированная система учреждений для абилитации и реабилитации, особенно для многочисленных и разнообразных пограничных вариантов и смешанных форм отклонений в психическом развитии детей. Проблемой для адаптации ребенка может являться попадание его в другую культурную среду или субкультуру.

Причинно-следственные отношения возникновения барьеров в адаптации, наблюдаемые прежде всего в самом ребенке, нередко проявляются, например, у детей с тяжелыми нарушениями речи (особенно с сенсорной алалией) при пограничном развитии невербальной стороны интеллекта; у детей с расстройством развития потребности во взаимодействии с окружающими людьми (дети с признаками расстройств аутистического спектра); у детей с резко выраженной неравномерностью развития вербального и невербального компонентов интеллекта; у детей с синдромом гиперактивности и дефицитом внимания; у детей с формирующейся психопатией и психопатоподобным поведением (эмоционально тупые, жестокие, анэтичные, диффузно агрессивные, сексуально расторможенные) или невротическими и неврозоподобными обсессивно-фобическими проявлениями с высокой тревожностью, боязливостью, страхами в широком диапазоне ситуаций. Подобного рода детям нередко оказывается длительная помощь в учреждениях лечебного профиля или в домашних условиях, однако попытки включения их в жизнь дошкольных и школьных учреждений общеобразовательного и коррекционного характера часто бывают в течение ряда лет мало результативными.

В качестве примера трудностей в адаптации, обусловленных прежде всего особенностями самого ребенка, кратко приведем следующие наблюдения:

Мальчик С.Т. 5 л. 6 мес. Поступил в Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина г. Санкт-Петербург для уточнения диагноза.

В анамнестических данных сведений о наследственной отягощенности психическими заболеваниями не содержится. Беременность матери протекала с токсикозом и урогенитальной инфекцией. Роды Кесаревым сечением в следствие гипоксии плода. На первом году жизни моторные функции развивались своевременно, но на речь матери почти не реагировал. В связи с отсутствием экспрессивной речи, плаксивостью, капризностью был в 4 года направлен психиатром с диагнозом «задержка психического и речевого развития» в коррекционный детский сад седьмого вида, где совершенно не вписывался в режимные моменты, не понимал речь взрослых и детей, бегал кругами по игровой комнате, с детьми не общался, в коллективные игры не вовлекался, бессодержательно перекладывал с места на место игровой материал. Проявлял кратковременный интерес к мультимедийным фильмам, лепил из пластилина фигурки, рисовал. Давал протестные реакции на ограничительные режимные моменты. Себя обслуживал полностью. Словесные инструкции логопеда и педагогов не выполнял.

В ЦВЛ при поступлении рисунок поведения соответствовал описанному выше. Почти не понимал обращенной к нему речи. Не общался с детьми. Был криклив, плаксив, негативистичен. Хорошо рисовал, лепил из пластилина фигурки животных. При обследовании психологом выявлена на невербальном материале неплохая способность мальчика к конструктивным операциям, к обобщениям, группировкам, к пониманию последовательности событий и действий. По тесту Векслера невербальный показатель интеллекта соответствует невысокой норме (92). Логопед диагностировал у мальчика сенсорную алалию.

Таким образом, из приведенных данных видно, что в основе стойкой дезадаптации мальчика лежит поздно диагностированная сенсорная алалия, которая в следствие непонимания ребенком речи окружающих не позволяла ему адек-

вато воспринимать инструкции, требования и правила поведения, что приводило к тяжелым расстройствам взаимоотношений с окружающими, к постоянным нарушениям поведения дома и в дошкольных детских учреждениях.

Мальчик Н.Н. 8 лет, находился на обследовании в ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина в связи с тяжелыми нарушениями поведения дома и в школе.

В анамнезе: Родители имеют высшее техническое образование. Мальчик родился от 2й беременности (1я прервана мед.абортом), протекавшей с уроплазмозом, преэклампсией. В родах длительный безводный период, гипоксия плода. В раннем возрасте невролог диагностировал минимальную мозговую дисфункцию. Отмечался гипердинамический синдром. Ребенок был криклив, капризен, упрям, непослушен, чрезмерно подвижен. С трех лет были попытки посещения детского сада, где проявлял агрессию к детям и воспитателям, не выполнял режимных требований, устраивал бурные протестные реакции в ответ на любые запреты и ограничения. Смена трех детских садов к желаемому результату не привела. Дома трудности поведения носили такой же характер, что привело к последовательной смене трех нянь. Мать занималась с ребенком у психолога, но безуспешно.

В общеобразовательной школе учится с семи лет. В школе конфликтен, бесшорможен, аффективен, драчлив, грубо бранится с детьми и педагогами. Преимущественно находится на домашнем обучении. Справляется с программой второго класса.

При поступлении в ЦВЛ стиль поведения соответствовал описанному выше. Не учитывает особенности отношений между людьми и различных ситуаций. Эгоцентричен. Многоречив. Ни к взрослым, ни к детям не проявляет добрых чувств, симпатий, интереса. При беседе с ним мрачно заявляет: «Меня никто не любит».

Психолог при обследовании мальчика по тесту Векслера регистрирует ВИП=103, НИП=106, ОИП=104.

Логопед выявил стертую дизартрию.

Невролог диагностирует энцефалопатию резидуально-органического характера.

Из приведенных наблюдений видно, что не смотря на усилия родителей, специалистов разных дошкольных и школьных учреждений, у мальчика отмечается стойкая дезадаптация в форме тяжелых нарушений формирования личности и поведения в силу врожденной органической недостаточности головного мозга.

Источником психологического барьера для адаптации ребенка с проблемами в развитии могут быть дисфункциональные взаимоотношения в его семье. Это и постоянные скандалы между мужем и женой, когда им «не до ребенка», и патологизирующие стили воспитания, и неадекватные оценки, ожидания и требования родителей к ребенку, и негативное отношение родителей к специалистам и лечебно-коррекционным учреждениям, к необходимым ребенку лекарственным препаратам. Либо родители проводят бесконечные разнообразные консультации и обследования у специалистов, но не выполняют никаких рекомендаций и не прилагают необходимых для ребенка собственных усилий и действий воспитательного, развивающего и коррекционного характера.

Примером дезадаптации ребенка в следствие негативной роли семейного воспитания служит следующее наблюдение:

Мальчик М.Е. 10 лет, поступил в ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина для уточнения диагноза и лечебно-коррекционных мероприятий по поводу стойких нарушений поведения и трудностей в школьном обучении.

Мальчик родился от внебрачной связи у матери, страдающей алкоголизмом. Подробных сведений о родителях не имеется. На первом году жизни из-за асоциального поведения матери и отсутствия заботы о ребенке был помещен в детский дом, где жил до 2 лет. Был усыновлен, но в приемной семье проявлял непослушание, упрямство, двигательную расторможенность, в связи с чем мальчика постоянно жестоко физически наказывали и через год вернули в детский дом. В возрасте 4 лет был взят под опеку семьей полицейских. В новой семье и в дошкольных детских учреждениях был криклив, драчлив, проявлял агрессивность к детям и взрослым. С 6 лет наблюдался психиатром и с диагнозом «задержка

психического развития» обучался в коррекционной школе 7 вида, где проявлял аналогичные нарушения поведения, манкировал занятиями, постоянно срывал уроки, хамил и дерзил учителям, дрался с одноклассниками. В 4 классе отказывается учиться, занят просмотром телевизионных передач и компьютерными играми. Дома в ответ на предъявляемые к нему требования воспитательного характера проявляет непослушание, вербальную и физическую агрессию.

В ЦВЛ раздражителен, криклив, плаксив, эмоционально напряжен, постоянно нарушает режимные моменты, конфликтует с детьми и персоналом, на школьных занятиях не выполняет требований педагогов.

Психологом по тесту Векслера получены показатели: ВИП=85, НИП=90, ОИП= 86

Логопедическое обследование выявило дизартрию, дислексию и дисграфию.

Неврологическое обследование выявило признаки резидуального органического поражения головного мозга.

Таким образом, из приведенных о мальчике данных видно, что носителем признаков социальной дезадаптации безусловно является ребенок, но источником этой дезадаптации является преимущественно отсутствие любви, заботы, гармоничного, адекватного семейного воспитания его с раннего возраста.

Особые трудности с социально-психологической адаптацией возникают у детей, имеющих комплекс расстройств, касающийся состояния у ребенка мышления, речи, эмоций, поведения, а в семье ребенка при этом происходят деструктивные взаимоотношения. Необходимый для оказания длительной лечебно-коррекционной помощи бригадно работающий психолого-медико- педагогически-социальный комплекс в существующих разнопрофильных учреждениях встречается далеко не часто.

Приводим краткие сведения о мальчике О.А. 6 лет. Поступил в ЦВЛ для уточнения диагноза в связи с речевым недоразвитием, нарушениями общения и расстройствами поведения.

Отец мальчика в школьные годы страдал дислексией и дисграфией. По характеру замкнутый, молчаливый, без друзей. Окончил ПТУ.

Мать мальчика актриса, старше мужа на 10 лет. Лживая, претенциозная, демонстративная.

Мальчик родился от 2-й беременности (1я была прервана мед. абортom), протекавшей с тяжелым токсикозом, вирусной инфекцией, пиелонефритом, миомой матки. Роды Кесаревым сечением. На первом году диагностирована ПЭП ишемически-гипоксического характера. Мальчик не лечился, так как мать была категорически против медицинского вмешательства. К концу первого года жизни младенец был криклив, мало и беспокойно спал, бился головой о стены и мебель. На обращенную к нему речь не реагировал. Первые слова у него появились с 2 лет, первые фразы – с 4 лет. Отличался моторной неловкостью. Манипулировал неигровым материалом. Был привязан к маршрутам следования. Проявлял избирательность в одежде и еде. Соблюдал жесткий стереотипный порядок действий дома. При посещении детского сада в 3 года не адаптировался к режиму, не общался с детьми и персоналом, бегал по кругу, стереотипно тряс кистями рук, подпрыгивал. От обследования и лечения мать отказывалась, считая, что у ребенка все наладится само по себе. Применяет попустительский стиль воспитания сына. Решением ПМПК был рекомендован коррекционный детский сад 8 вида, а в 5 лет – детский сад 7 вида, где не отмечено положительной динамики в психическом и речевом развитии.

В ЦВЛ к контакту с детьми и персоналом не стремится. Избегает тактильного контакта, но зрительный контакт возможен. Избирателен в еде и одежде. Наблюдаются двигательные и речевые стереотипии, эхолалии. На индивидуальных занятиях с психологом и логопедом проявляется высокой степени истощаемость внимания и пресыщаемость деятельностью. На невербальном материале справляется с операциями группировок, классификаций, обобщений, определения последовательности событий и причинно-следственных отношений. Фон настроения с оттенком дурашливости.

По тесту Векслера психолог получил следующие результаты: ВИП=79, НИП=111, ОИП=93.

Логопед оценивает состояние речи мальчика как дизартрию и общее недоразвитие речи 2-го уровня речевого развития.

Неврологическая симптоматика свидетельствует о признаках энцефалопатии резидуального характера.

Таким образом, у мальчика наблюдается резидуальное органическое поражение головного мозга с аутистическим синдромом, задержкой психического развития по неравномерному типу. Дизартрия. Общее недоразвитие речи 2 уровня развития. Следовательно, мальчик нуждается в медикаментозном лечении, в психологических и педагогических коррекционных, развивающих и тренинговых занятиях. Кроме того, необходимо проведение семейной психокоррекционной и психотерапевтической работы.

Выполнение такого объема работы комплексом специалистов, взаимодействующих друг с другом и планомерно реализующих интегративную цель по социально-психологической реабилитации мальчика, является необходимой, но в практическом отношении непростой задачей.

Список литературы

1. Демьянов Ю.Г. Основы психиатрии: Учебник. – М.: Юрайт, 2016.
2. Емельянова Т.П. Социальные представления. История, теория и эмпирические исследования / Институт психологии РАН. – М., 2016.
3. Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения / Институт психологии РАН. – М., 2007.
4. Нартова-Бочавер С.К. Жизненное пространство семьи: объединение и разъединение / С.К. Нартова-Бочавер, К.А. Бочавер, С.Ю. Бочавер // Генезис. – М., 2011.