

**Т. М. Попова**  
Россия, Москва

**T. M. Popova**  
Russia, Moscow

**ДЕЗАДАПТАЦИЯ  
КАК ПРЕДПОСЫЛКА РАЗВИТИЯ  
ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ  
У ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ  
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

**MALADJUSTMENT AS A  
PREREQUISITE FOR THE  
DEVELOPMENT OF DEVIANT  
BEHAVIOR OF INDIVIDUALS  
WITH DISABILITIES**

**Аннотация.** Рассматриваются проблемы социальной адаптации лиц с нарушением развития. Описаны основные факторы, обуславливающие развитие девиантного поведения у лиц с ограниченными возможностями здоровья.

**Ключевые слова:** дезадаптация; девиантное поведение; факторы отклоняющегося поведения.

**Сведения об авторе:** Попова Татьяна Михайловна, кандидат психологических наук, старший преподаватель.

**Место работы:** кафедра психолого-педагогических основ специального образования Института специального образования и комплексной реабилитации ГБОУ ВПО «Московский городской педагогический университет».

**Abstract.** The article is devoted to the problems of social adaptation of persons with developmental disabilities. The main factors that contribute to the development of deviant behavior of individuals with disabilities are described.

**Key words:** maladjustment, deviant behavior, factors of deviant behavior.

**About the author:** Popova Tatiana Mikhailovna, Candidate of Psychology, Senior Lecturer.

**Place of employment:** Chair of Psychological and Pedagogical Foundations of Special Education of the Institute Special Education and the Comprehensive Rehabilitation of the Moscow City Pedagogical University.

**Контактная информация:** e-mail: popova\_opb@mail.ru

Широкое распространение отклонений в психическом развитии детей является для социума постоянным источником проблем, основными из которых можно считать наблюдающиеся у этих детей трудности социальной адаптации, приводящие к девиантному поведению, обуславливающему рост преступности и неполноценную интеграцию в социум. Девиантное поведение приобрело в последние годы массовый характер и превратилось в серьезную социальную, психологическую

и педагогическую проблему. Отклоняющееся поведение человека представляет собой совокупность действий, противоречащих принятым в обществе нормам и проявляющихся в виде агрессии, попыток суицида, алкоголизме и наркомании, нарушении пищевого поведения, аномалиях сексуального поведения, коммуникативных девиациях, патохарактерологических акцентуациях. Девиантное поведение обусловлено нарушением социальной адаптации. Различные трудности, возникающие

в процессе адаптации подрастающего поколения к современным жизненным условиям и социуму, порождают деформацию межличностных связей, разобщение поколений, утрату традиций. Наибольшие трудности в приспособлении к требованиям современной сложной экономической, политической, духовной жизни испытывают подростки с различными нарушениями развития [6; 11; 12]. Трудности приспособления к новым социальным условиям обусловлены как причинами, вызвавшими ту или иную девиацию, неправильными условиями воспитания подростков с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), так и следствием самого нарушенного развития. В связи с этим одной из актуальных задач специальной психологии является изучение факторов формирования девиантного поведения у детей и подростков с ОВЗ в целях их предупреждения и профилактики на основе учета типа дигногенеза.

Особенно интенсивно проблемы социальной адаптации проявляются у детей при изменении социальной ситуации развития, связанной с процессом вхождения в организованные группы сверстников с началом освоения ситуации школьного обучения. Этот период является критическим, т.к. проверяется на прочность сложившаяся к моменту обучения структура интеллектуального и личностного развития ребенка, отражающая особенности его предшествующей социальной адаптации и социализации. Подобные проблемы наблю-

даются у 15 %–40 % учащихся младших классов [6].

В категорию дезадаптированных, прежде всего, попадают дети с нарушениями развития, а симптомы школьной дезадаптации выступают у них как вторичные признаки нарушений. Однако проблемы адаптации к школе не всегда являются следствием какого-либо дефекта. К примеру, первичные симптомы психического недоразвития могут быть настолько слабо выраженными, что сами по себе не способны стать причиной трудностей адаптации к обучению в школе, но становятся ими при неадекватных педагогических воздействиях как со стороны школы, так и со стороны семьи.

Среди реальных причин, лежащих в основе нарушений школьной адаптации, фигурируют и недостаточная готовность ребенка к школе, социально-педагогическая запущенность; длительная психическая депривация; соматическая ослабленность ребенка; нарушение темпов и качества формирования отдельных психических функций; трудности, испытываемые при формировании учебных действий; двигательные нарушения; эмоциональные расстройства [3]. Перечисленные нарушения следует рассматривать как факторы риска, способные при определенных условиях стать причинами школьной дезадаптации. Влияние данных факторов на развитие дезадаптации зависит также от возможности компенсации нарушенных функций и позитивных изменений средовой ситуации. Тем не менее, все названные факторы пред-

ставляют угрозу для личностного благополучия ребенка.

Несостоятельность в учебной деятельности приводит к нарушениям школьной дисциплины, повышенной конфликтности с окружающими, что на фоне полной утраты интереса к школе нередко приводит к формированию асоциального поведения, а также может способствовать возникновению нервно-психических и психосоматических расстройств [3; 6]. Основой нарушения школьной дисциплины являются также отклонения в поведении, которые формируются в связи с синдромами гипервозбудимости или психомоторной заторможенности, причем психологические трудности дезадаптирующего характера чаще всего имеют вторичную обусловленность, возникая как следствие неверной интерпретации учителем индивидуально-психологических особенностей ребенка [6; 9].

Важную роль в успешной адаптации к школе играют личностные особенности детей. Несформированность у ребенка необходимых коммуникативных навыков или наличие отрицательных личностных черт часто приводят к его отвержению или пассивному игнорированию одноклассниками.

К числу важнейших внешних факторов, способных привести к быстрой и достаточно тяжелой дезадаптации ребенка, следует отнести демонстративно негативное отношение к нему со стороны учителя, формирующее аналогичное отношение и со стороны сверстников, результатом которого является ситуа-

ция травмирующей изоляции такого ребенка. Исследования данной проблемы показали, что отрицательный стиль отношения учителя к ученикам, недисциплинированным или плохо справляющимся с учебой, приводит к тому, что уже в первом классе они попадают в категорию «отвергаемых», что препятствует нормальному развитию их интеллектуальных способностей, формирует у них нежелательные черты характера и уже вторично усугубляет школьную неуспеваемость [9].

Устойчивые, вовремя не компенсированные формы школьной дезадаптации, усугубляя проявления отклонений в психическом развитии ребенка, нередко приводят к формированию устойчивых видов нарушения поведения, нередко достигающих уровня клинической и криминальной выраженности [3]. Развивается так называемое девиантное (отклоняющееся) поведение, понимаемое как нарушение правовых, нравственных и социальных норм поведения.

В зависимости от подходов к определению девиантного поведения выделяются причины его возникновения. С. А. Беличева считает основной причиной девиантного поведения неблагоприятное психосоциальное развитие и нарушения процесса социализации и социальной адаптации. Эти нарушения проявляются в форме детско-подростковой дезадаптации, которая может быть представлена в довольно сложном сочетании и возникает в достаточно раннем возрасте, причем на разных этапах фор-

мирования девиантного поведения мера патогенности каждого фактора и его место в общей структуре изменяются, вследствие чего выявление такого рода негативных влияний затруднено [1].

В. Н. Мясичев, занимавшийся проблемами трудновоспитуемости как формой проявления девиантного поведения, указывал на то, что девиантное поведение – это результат сложного сплетения комплекса социальных и биологических факторов. При этом «...мы подчеркиваем важность изучения личности ребенка в целом, роль отношения его к действительности и характеристики с точки зрения динамики этих отношений аномального детства...» [10, с. 67].

Е. В. Змановской выделено несколько групп факторов, приводящих к развитию девиантного поведения: индивидуально-типологическая ранимость; нарушение саморегуляции личности; дефицит ресурсов личности; дефицит социально-поддерживающих систем; социально-психологические условия, запускающие и поддерживающие девиантное поведение; отношение личности к отклоняющемуся поведению. Сочетание нескольких факторов определяет психологическую склонность ребенка или подростка к определенному виду девиантного поведения [5].

Отклоняющееся поведение имеет сложную природу, обусловленную разнообразными факторами, находящимися в сложном взаимодействии и взаимовлиянии. Развитие человека обусловлено

взаимодействием многих факторов: наследственности, среды, воспитания, собственной практической деятельности и т.д. Нами выделены следующие основные факторы, обуславливающие девиантное поведение лиц с ОВЗ:

**1. Биологические факторы**, к которым относят наличие у ребенка психофизиологических или анатомических нарушений, затрудняющих его социальную адаптацию. Причем здесь речь идет не о специальных генах, фатально влияющих на развитие девиантного поведения, а лишь о тех факторах, которые наряду с социально-педагогической коррекцией требуют также и медицинской. К ним относятся *генетические факторы*. Это могут быть наследственно обусловленные нарушения умственного развития, дефекты слуха и зрения, опорно-двигательного аппарата, повреждения нервной системы, а также влияния наследственных заболеваний, особенно наследственности, отягощенной алкоголизмом. Кроме того, данные нарушения возникают в результате влияния *эндо- или экзогенных патологических факторов* в период внутриутробного развития, еще во время беременности матери в силу неполноценного и неправильного питания, употребления ею алкогольных напитков, курения; заболеваний матери (физические и психические травмы во время беременности, хронические и соматические инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы, венерические заболевания).

Негативные воздействия на плод в дальнейшем способны привести к патологии регуляции аффективной, когнитивной и поведенческой сферы ребенка, что впоследствии может повлечь раннее начало потребления психоактивных веществ.

Следующая группа – *психофизиологические факторы*, связанные с влиянием на организм человека физических нагрузок, стрессов, конфликтных ситуаций, химического состава окружающей среды, новых видов энергии, приводящих к различным соматическим, аллергическим, токсическим заболеваниям.

*Физиологические факторы*, включающие в себя нарушения речи, внешнюю непривлекательность, нарушения опорно-двигательного аппарата человека, которые в большинстве случаев вызывают негативное отношение со стороны окружающих, что приводит к искажению системы межличностных отношений ребенка в среде сверстников, коллективе. К физиологическим факторам риска развития девиантного поведения относят наличие заболеваний с органической неполноценностью мозга (например, последствия черепно-мозговой травмы, эпилепсия). Эти проблемы влияют на функциональные возможности головного мозга, уменьшая его способность переносить интенсивные или продолжительные нагрузки как в интеллектуальной сфере, так и в эмоциональной. В результате, лица с подобными проблемами будут искать средство, помогающее им справиться с нагрузками. И эти-

ми средствами зачастую становятся психоактивные вещества.

2. К **психологическим факторам** следует отнести индивидуально-психологические особенности ребенка, усиливающие вероятность употребления психоактивных веществ, злоупотребления ими и развития зависимости. Это повышенная импульсивность, стремление к поискам новизны, синдром детской гиперактивности, нарушения поведения в детстве [8]. Психологическими факторами риска развития девиаций является также наличие у ребенка психопатии или акцентуации характера. Эти отклонения выражаются в нервно-психических заболеваниях, неврастении, пограничных состояниях, повышающих возбудимость нервной системы и обуславливающих неадекватные реакции подростка.

Дети с акцентуированными чертами характера, что является крайним вариантом психической нормы, чрезвычайно уязвимы для различных психологических воздействий и нуждаются, как правило, в социально-медицинской реабилитации наряду с мерами воспитательного характера.

В каждый период развития ребенка формируются некоторые психические качества, черты личности и характера. У подростка возможно два варианта развития адаптации: либо отчуждение от той социальной среды, где он живет, либо приобщение. Если в семье ребенок чувствует недостаток родительской ласки, любви, внимания, то защитным механизмом в этом

случае будет выступать отчуждение. Проявлениями такого отчуждения могут быть невротические реакции, нарушения общения с окружающими, эмоциональная неустойчивость и холодность, повышенная уязвимость, обусловленные психическими заболеваниями выраженного или пограничного характера, отставанием или задержкой психического развития, диспропорциональностью развития психики.

Одной из основных психологических причин многие исследователи называют низкую самооценку детей, особенно подростков. Расхождения между притязаниями подростка и его возможностями ведут к психологическим срывам, повышенной конфликтности, особенно со взрослыми. Подросткам в силу возрастных особенностей в некоторые периоды присуща неадекватная оценка своих возможностей и собственной ценности как личности. Кроме поведенческих и эмоциональных срывов такая ситуация может приводить к депрессии и, как следствие, нежеланию посещать школу, снижению успеваемости, поиску поддержки среди «сомнительных» друзей и иным отклонениям в поведении.

Эти факторы риска являются прежде всего инициальными побудителями к приему психоактивных веществ. Привычка к регулярному их употреблению развивается затем под действием подкрепляющих условий, которые заключаются как в социальном признании подростка референтной группой, так и в самом «поло-

жительном» действии употребляемого вещества. Активность подкрепляющих условий приводит к тому, что многообразные, особенно стрессовые, ситуации чаще вызывают потребность в аддикции.

Характерологические подростковые реакции, такие как отказ, протест, группирование, являются, как правило, следствием эмоционально зависимых, дисгармоничных семейных отношений.

**3. К социально-педагогическим факторам** можно отнести особенности семейного или общественного воспитания, социальный статус родителей, успешность освоения ребенком социальных ролей, положение в различных системах межличностных отношений, реакции окружающих на его поведение, на отклонения в развитии и т.д. [2].

Педагогическая запущенность в условиях семейного или общественного воспитания приводит к нарушениям ранней социализации ребенка в период детства с накоплением негативного опыта. Такие проявления социальной дезадаптации, как проблемное поведение, неуспеваемость в школе, сниженная ориентация на достижение успехов в школе, положительное отношение к потреблению наркотиков, осознание своей неполноценности, способствуют развитию фрустрации – состоянию психического дискомфорта при неудовлетворении тех или иных потребностей. Именно наличие низкого фрустрационного порога представляется важнейшим психологическим фактором развития психической зависимости.

Часто молодые люди, употребляющие психоактивные вещества, не могут объяснить причину своей зависимости. Они сводят все к непосредственным субъективным ощущениям, возникающим после приема психоактивных веществ: изменению сознания, эйфории, релаксации. Были установлены три типа личностных мотиваций употребления психоактивных веществ: 1) позитивная («для получения удовольствия»); 2) негативная («защита от тоски»); 3) нейтральная («для приспособления к окружающим», «по привычке»). Тем не менее, основным мотивом приема психоактивных веществ у подростков является именно утрата конформности со стремлением любой ценой быть «своим» в референтной микрогруппе, т. е. «нейтральная» мотивация приобретает первостепенное значение [4].

Важным фактором возникновения отклонений в психосоциальном развитии ребенка является неблагополучие семьи. Ближайшее окружение оказывает наиболее сильное влияние на приобщение детей и подростков к алкоголю и наркотикам. Половина детей до 10 лет и 90 % до 15 лет впервые попробовали алкоголь под воздействием ближайших родственников, друзей, знакомых [7; 8].

В семье же дети могут подвергаться жестокому обращению. Эти действия включают физическое, эмоциональное, сексуальное насилие, повторяющиеся неоправданные наказания или ограничения, влекущие физический ущерб для

ребенка. Дети, которые подвергались такому обращению, лишены чувства безопасности, необходимого для их нормального развития. Тип реагирования детей и подростков на жестокое обращение зависит от возраста ребенка, черт его личности, социального опыта. Наряду с психическими реакциями (страх, нарушение сна, аппетита и пр.), наблюдаются различные формы нарушений поведения: повышение агрессивности, жестокость или неуверенность в себе, робость, нарушения общения со сверстниками, снижение самооценки. У детей и подростков, подвергшихся сексуальному насилию (или посягательству), возникают также различные нарушения сексуального поведения, проявляющиеся в трудностях становления полоролевой идентификации, страхах перед любимыми видами проявления сексуальности и др. Важным представляется то, что большинство детей, переживших в детстве жестокое обращение (насилие) взрослых, склонны воспроизводить его, выступая в роли насильника и мучителя.

Анализ семьи и ее воздействий на психосоциальное развитие ребенка показывает, что у большой группы детей нарушены условия их ранней социализации. Часть из них пребывает в условиях стрессовых ситуаций с риском физического или психического насилия, ведущих к различным формам девиации; другие – вовлечены в преступную деятельность с формированием устойчивых форм делинквентного или криминального поведения.

**4. Социально-экономические факторы** включают социальное неравенство; расслоение общества на богатых и бедных; ограничение социально приемлемых способов получения достойного заработка; безработицу; инфляцию; а также низкий морально-нравственный уровень современного общества.

В прошлом считалось, что важнейший социальный фактор, способствующий распространению девиантных форм поведения, – уровень жизни, контраст распределения доходов в обществе. Действительно, наиболее широко химическая зависимость распространена среди малообеспеченных слоев. Но оказалось, что и повышение благосостояния жизни общества также способствует алкоголизации и наркотизации: урбанизация привела к большей доступности алкоголя и наркотиков. В 1990-2000-е гг. социальный статус аддиктов сместился от антисоциальных и маргинальных элементов к группе формально благополучных и материально обеспеченных людей [4]. В число зависимых начали вовлекаться широкие социальные группы. Следствием этого стало и изменение отношения общества к проблеме наркомании. Она стала восприниматься уже не как нечто экстраординарное, трагическое и пугающее. «Стиль жизни», мода на употребление алкоголя и наркотиков оказывают влияние, как на уровень потребления, так и на предпочтение определенного психоактивного вещества.

Подобная девиантная «субкультура» является следствием

низкого морально-нравственного уровня современного общества и нейтрального отношения к проявлениям отклоняющегося поведения, что в свою очередь приводит к количественному росту подростковых девиаций, достигающих уровня криминальной выраженности.

Наличие у подростков отклонений в развитии усугубляет риск развития девиаций, поскольку отрицательно влияет на развитие познавательной сферы и межличностного общения, приводит к существенным недостаткам в формировании представлений об окружающих людях и в установлении полноценных контактов с ними, а также к нарушениям поведения, проблемам в их социально-педагогической адаптации и реабилитации [6].

Одной из закономерностей психического развития лиц с ограниченными возможностями здоровья является своеобразие в становлении личности и самосознания, проявляющееся по-разному при разных вариантах дизонтогенеза. К ним относятся неадекватная самооценка, повышенная внушаемость в отношении асоциальных форм поведения и низкая критичность в общении с лицами, склонными к совершению противоправных действий, трудности регуляции эмоций в виде импульсивности и аффективной возбудимости со склонностью к агрессии, недостаточно сформированные коммуникативные навыки, приводящие к страхам контактов. Эти особенности приводят к формированию различных девиаций в поведении. Неадекватная самооцен-

ка приводит к проблемам в межличностном общении, попыткам суицида, развитию аддикций; повышенная внушаемость, распространяющаяся и на асоциальные формы поведения, способствует вовлечению в преступную деятельность; импульсивность может привести к агрессии; нарушения в коммуникативной сфере – к возникновению различных фобий. К примеру, дети с нарушением интеллекта в силу повышенной внушаемости особенно уязвимы перед физическим и сексуальным насилием, а синдром расторможенности влечений способствует формированию сексуальных девиаций. Подростки с нарушением слуха, вследствие изолированности их референтных групп и общения с помощью жестового языка, непонятного для большинства окружающих, могут быть вовлечены в криминальную деятельность. Для детей и подростков с психопатиями характерно проявление агрессии и аутоагрессии как способа добиться желаемого результата.

Таким образом, девиантное поведение у детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья часто является реакцией на неблагоприятные условия (социальные или микросоциальные), в которых они оказались, тогда как социально приемлемые способы поведения исчерпали себя или несформированы.

Подводя итог описанию признаков и факторов девиантного поведения, следует подчеркнуть следующие основные моменты, важные для верного понимания сущно-

сти этого феномена в контексте рассмотрения причин их возникновения у детей с ограниченными возможностями здоровья.

Во-первых, каждый из перечисленных факторов крайне редко встречается в «чистом», изолированном виде и, как правило, сочетается с действием других факторов, образуя сложную, иерархическую структуру нарушений поведения.

Во-вторых, действие любого фактора носит не прямой характер, а проявляется опосредованно, причем на разных этапах формирования девиантного поведения мера патогенности каждого фактора и его место в общей структуре не являются постоянными.

В-третьих, становление девиантного поведения у подростков с ОВЗ происходит не просто на фоне, а в неразрывной связи с симптомами психического дизонтогенеза, что не дает оснований для их отождествления, но обуславливает необходимость анализа их соотношения в каждом конкретном случае, поскольку именно такой анализ необходим для разработки системы профилактических мероприятий.

### Литература

1. Беличева, С. А. Социально-педагогическая поддержка детей и семей группы риска. Межведомственный подход / С. А. Беличева. – М. : Социальное здоровье России, 2006.
2. Богданова, Т. Г. Образ мира как результат системной и иерархической организации познавательной сферы лиц с особыми образовательными потребностями /

- Т. Г. Богданова // Специальная педагогика и специальная психология: современные проблемы теории, истории, методологии : мат-лы 4-го междунар. теоретико-методол. семинара, Москва, 4 апр. 2012 г. / МГПУ. – М., 2012.
3. Грибанова, Г. В. Подростки с нарушениями в аффективной сфере / Г. В. Грибанова, К. С. Лебединская, М. М. Райская. – М. : Педагогика, 1998.
  4. Демина, М. В. Очерки клинической наркологии (наркомании и токсикомании: клиника, течение, терапия) / М. В. Демина, В. В. Чирко. – М. : Медпрактика, 2002.
  5. Змановская, Е. В. Девиантология. Психология отклоняющегося поведения / Е. В. Змановская. – М. : Академия, 2008.
  6. Коробейников, И. А. Нарушения развития и социальная адаптация : моногр. – М. : ПЕР СЭ, 2002.
  7. Максимова, Н. Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних / Н. Ю. Максимова. – Ростов-н/Д.: Феникс, 2000.
  8. Москаленко В. Д. Семья как поле взаимодействия факторов риска и защиты при употреблении психоактивных веществ подростками / В. Д. Москаленко // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2004. – № 9.
  9. Мухина, В. С. Личность. Мифы и реальность / В. С. Мухина. – Екатеринбург : ИнтелФлай, 2007.
  10. Мясичев, В. Н. Психология отношений / В. Н. Мясичев. – М. : МПСИ : МОДЭК, 2011.
  11. Назарова, Н. М. Инклюзивное и специальное образование: препятствия и риски развития / Н. М. Назарова // Специальная педагогика и специальная психология: современные проблемы теории, истории, методологии : мат-лы 4-го междунар. теоретико-методол. семинара, Москва, 4 апр. 2012 г. – МГПУ. – М., 2012.
  12. Попова, Т. М. Теоретико-методологические проблемы изучения девиантного поведения подростков с нарушениями развития / Т. М. Попова // Специальная педагогика и специальная психология: современные проблемы теории, истории, методологии : мат-лы 4-го междунар. теоретико-методол. семинара, Москва, 4 апр. 2012 г. – МГПУ. – М., 2012.