



## Школьная дезадаптация: взгляд на проблему с позиции детской психиатрии

**О**бучение в школе является одним из ведущих видов деятельности в детском возрасте. Школьное образование предъявляет к психической деятельности ребенка ряд специфических требований. Неспособность детей овладевать школьными дисциплинами в соответствии с учебной программой и/или соблюдать требования, предусмотренные школьным распорядком, вопреки своим психофизиологическим возможностям и способностям, в русскоязычной литературе обозначается как «школьная дезадаптация» [1]. В англоязычной литературе более употребляемыми являются понятия «школьная неуспеваемость» (school failure) и «учебная несостоятельность» (learning disabilities) [2-4]. О школьной неуспеваемости чаще говорят в тех случаях, когда академические успехи ребенка не соответствуют психофизиологическим – мотивированным ожиданиям учителей и родителей. Под учебной несостоятельностью понимают несоответствие психофизиологических возможностей и способностей ребенка требованиям учебной программы.

В качестве проявлений школьной дезадаптации выделяют:

- невыполнение в процессе обучения требований программ, академических нормативов (когнитивный компонент);
- нарушение отношения к учебе и педагогам (безразличное, пассивное или активно негативистичное), нарушение восприятия перспектив, связанных с обучением (личностный компонент);
- неконтактность, демонстративность, импульсивность, поведение избегания или зависимости в процессе обучения или в школьной среде (поведенческий компонент).

Преобладание среди проявлений школьной дезадаптации того или иного из этих компонентов зависит от возраста и этапов личностного развития ребенка и указывает на причины, лежащие в основе его формирования [1].

Учебная несостоятельность обычно отождествляется с врожденной или приобретенной недостаточностью познавательных функций и школьных навыков ребенка. Школьная неуспеваемость чаще рассматривается как следствие определенного функционального состояния или психической дезадаптации, подлежащей коррекции. Категории школьной успеваемости и школьной адаптации близки между

собой и тесно связаны с состоянием психического здоровья учащихся. Возникает естественный вопрос: как соотносятся категории школьной неуспеваемости и психической дезадаптации в психологической и педагогической литературе с медицинской категорией психического нездоровья (расстройства)? Если признать наличие определенного соответствия между указанными категориями, встает вопрос о том, в какой степени формы школьной дезадаптации соответствуют клинической типологии расстройств психики и поведения, которые их вызвали?

Согласно данным литературы, проблемы школьной дезадаптации в России имеют от 31,7 до 76,9% учащихся [5-6]. В Украине 25-30% детей в начальной школе не справляются с освоением социальной роли ученика; в подростковом возрасте 21% учащихся имеют низкий, 61% – средний и 18% – высокий уровень адаптивного поведения [7, 8]. Уровень школьной неуспеваемости в Европе и США существенно ниже; в США лишь 5-10% детей имеют трудности в обучении [9].

Тем не менее, около 5% всех обращений к педиатру и, как минимум, 50% посещений психиатра в США связаны с жалобами на школьную неуспеваемость, поведенческие и эмоциональные проблемы в отношениях с одноклассниками и учителями [9]. В Великобритании около 71% детей с диагнозами эмоциональных и поведенческих расстройств испытывают трудности в учебе, а 57% учеников с школьной неуспеваемостью отвечают диагностическим критериям тех или иных психических расстройств [10].

В англо- и русскоязычных публикациях школьную дезадаптацию нередко связывают с различными психическими заболеваниями. Некоторые специфические школьные проблемы дали названия расстройствам психики и поведения детского возраста, таким как специфические расстройства чтения, орфографии, счета, школьных навыков, социализированное и оппозиционно-вызывающее расстройства поведения, нарушение активности и внимания, социальное тревожное расстройство, расстройство социального функционирования, нарушения адаптации.

Наиболее распространенными причинами школьной дезадаптации по Н.Н. Заваденко являются минимальные мозговые дисфункции, астенический и церебрастенический синдромы [11]. Невнимательность, гиперактивность, импульсивность рассматриваются

Таблица 1. Частота встречаемости РДВГ по DSM-IV-TR и ГКР по МКБ-10 у учащихся ООШ и СПШ

Расстройства по МКБ-10 и DSM-IV-TR	ООШ			СПШ			$\chi^2$	p
	мальчики n = 218 % ± m	девочки n = 264 % ± m	всего n = 482 % ± m	мальчики n = 120 % ± m	девочки n = 44 % ± m	всего n = 164 % ± m		
ГКР	5,5 ± 1,5	3,0 ± 1,0	4,1 ± 0,9	19,2 ± 3,6	4,5 ± 3,1	15,2 ± 2,8	21,8	***
РДВГ-Н	10,6 ± 2,1	6,8 ± 1,5	8,5 ± 1,3	12,5 ± 3,0	9,1 ± 4,3	11,6 ± 2,5	1,3	
РДВГ-Г/И	2,3 ± 1,0	1,5 ± 0,7	1,9 ± 0,6	13,3 ± 3,1	2,3 ± 2,2	10,4 ± 2,4	22,1	***
РДВГ-К	2,7 ± 1,1	1,1 ± 0,6	1,9 ± 0,6	6,7 ± 5,2	2,3 ± 2,2	5,5 ± 1,8	5,9	*
РДВГ (Н+Г/И+К)	15,6 ± 2,4	9,5 ± 1,8	12,2 ± 1,5	32,5 ± 2,3	13,6 ± 5,2	27,4 ± 3,5	17,5	***

Примечания:  $\chi^2$  – точные значения критерия соответствия между вычисленными и ожидаемыми частотами распространенности расстройства по К. Пирсону (1990); p – уровень значимости, при котором нулевая гипотеза может быть отвергнута (\* – при p = 0,95; \*\* – при p = 0,99; \*\*\* – при p = 0,999).

Таблица 2. Гендерные различия частот встречаемости РДВГ по DSM-IV-TR и ГКР по МКБ-10 у учащихся украинских школ

Расстройства по МКБ-10 и DSM-IV-TR	Дети школьного возраста n = 646	Мальчики, n = 338			Девочки, n = 308			$\chi^2$	p
		ООШ n = 218 % ± m	СПШ n = 120 % ± m	Всего n = 338 % ± m	ООШ n = 264 % ± m	СПШ n = 44 % ± m	Всего n = 308 % ± m		
ГКР	7,0 ± 1,0	5,5 ± 1,5	19,2 ± 3,6	23,5 ± 2,3	3,0 ± 1,0	4,5 ± 3,1	21,5 ± 2,3	11,8	***
РДВГ-Н	9,3 ± 1,1	10,6 ± 2,1	12,5 ± 3,0	31,4 ± 2,5	6,8 ± 1,5	9,1 ± 4,3	28,6 ± 2,6	2,9	
РДВГ-Г/И	4,0 ± 0,8	2,3 ± 1,0	13,3 ± 3,1	13,6 ± 1,9	1,5 ± 0,7	2,3 ± 2,2	12,4 ± 1,9	8,4	**
РДВГ-К	2,8 ± 0,6	2,7 ± 1,1	6,7 ± 5,2	9,4 ± 1,6	1,1 ± 0,6	2,3 ± 2,2	8,6 ± 1,6	4,7	*
РДВГ (Н+Г/И+К)	16,1 ± 1,4	15,6 ± 2,4	32,5 ± 2,3	54,4 ± 2,7	9,5 ± 1,8	13,6 ± 5,2	49,5 ± 2,8	13,3	***

Примечания:  $\chi^2$  – точные значения критерия соответствия между вычисленными и ожидаемыми частотами распространенности расстройства по К. Пирсону (1990); p – уровень значимости, при котором нулевая гипотеза может быть отвергнута (\* – при p = 0,95; \*\* – при p = 0,99; \*\*\* – при p = 0,999).

российскими психиатрами как симптомы, связанные с резидуальными признаками органического поражения мозга. Нарушение активности и внимания, гиперкинетическое расстройство поведения (синдром с дефицитом внимания и гиперактивностью [СДВГ]) нередко трактуются ими как варианты течения минимальных мозговых дисфункций. В популяции русских школьников распространенность СДВГ не превышает 7,6%, тогда как среди детей с минимальной мозговой дисфункцией его доля достигает 46% [12].

В англоязычной литературе школьную неуспеваемость не связывают с повреждением или дисфункцией головного мозга. По результатам ряда исследований, среди психических расстройств, ассоциированных с школьной несостоятельностью, преобладают расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ) и связанные с ними нарушения поведения [13]. Школьная неуспеваемость имеет место у 92% детей с РДВГ [14-15]. Ученики с РДВГ получают худшие оценки, имеют более низкую самооценку, плохо интегрируются в школьных коллективах [16, 17]. Более чем у половины детей с РДВГ, обучающихся в общеобразовательных школах (ООШ), высокий риск быть отчисленными в связи с академической неуспеваемостью или асоциальным поведением [18]. В качестве причин РДВГ зачастую рассматривают ассоциированные с геномным полиморфизмом нарушения нейроразвития [17-18].

### Типология психических нарушений у детей с школьной дезадаптацией

Было проведено исследование, цель которого – изучение клинической типологии психических и поведенческих расстройств у детей с школьной дезадаптацией (неуспеваемостью). Особое внимание уделялось нарушениям активности, внимания и поведения. Также изучалась вероятность адаптивного поведения учащихся в ООШ и специальных школах (СПШ).

В ходе исследования были рандомизированы 646 киевских детей школьного возраста. Первую группу составили 482 детей (218 мальчиков, 264 девочки) из ООШ,

вторую – 164 (120 мальчиков, 44 девочки) из СПШ (для детей с проблемами школьной адаптации без умственной отсталости).

Обследование включало:

- скрининг родителей детей при помощи русскоязычной версии опросника детских симптомов (CSI-4) и опросника детского поведения (CBCL) [19-21];
- скрининг классных руководителей учащихся при помощи учительского варианта русскоязычной версии шкалы Вандербиля, разработанной в Национальном институте качества жизни детей США [22].

Категория признаков РДВГ в CSI-4 включает 18 пунктов: 9 – для диагностики клинического подтипа с преобладанием невнимательности (РДВГ-Н), 9 – гиперактивности и импульсивности (РДВГ-Г/И). Для выявления комбинированного подтипа РДВГ (РДВГ-К) учитывалась оценка по всем 18 пунктам шкалы.

CBCL содержит 19 пунктов для выявления поведенческих расстройств: 8 – оппозиционно-демонстративного (ОДР), 11 – антисоциального (кондуктивного) расстройства (АСР). Взаимоотношения ребенка с другими детьми оценивались по 4 пунктам CBCL. Сумма баллов по этим пунктам использовалась для определения тяжести социальных проблем учащегося.

При помощи шкалы Вандербиля выявляли и оценивали признаки школьной адаптации и академической успеваемости. Кроме того, учитывались данные по 8 пунктам: общая оценка учителями успеваемости в школе, чтение, письмо, математика, выполнение указаний учителя, поведение на уроке, взаимоотношения с одноклассниками, самоорганизованность.

### Распространенность РДВГ и гиперкинетического расстройства

По данным Европейской научной сети по изучению РДВГ (EUNETHYDIS), проблемы, связанные с дефицитом внимания, гиперактивностью и импульсивностью, наблюдаются у 6-19% школьников, у мальчиков в

Таблица 3. Гендерные различия частот встречаемости расстройств поведения у учащихся ООШ и СПШ

Расстройства по МКБ-10 и DSM-IV-TR	Дети школьного возраста n = 646	Мальчики, n = 338			Девочки, n = 308			χ <sup>2</sup>	p
		ООШ n = 218 % ± m	СПШ n = 120 % ± m	Всего n = 338 % ± m	ООШ n = 264 % ± m	СПШ n = 44 % ± m	Всего n = 308 % ± m		
РДВГ (Н+Г/И+К)	16,09 ± 1,4	15,6 ± 2,4	32,5 ± 4,3	21,59 ± 2,2	9,5 ± 1,8	13,6 ± 5,2	10,06 ± 1,7	13,26	***
РДВГ и ОДР	5,10 ± 0,9	8,3 ± 1,9	8,3 ± 2,5	8,28 ± 1,5	1,1 ± 0,6	4,5 ± 3,1	1,62 ± 0,7	13,90	***
ОДР	8,20 ± 1,1	11,5 ± 2,2	13,3 ± 3,1	12,13 ± 1,8	1,9 ± 0,8	15,9 ± 5,5	3,89 ± 1,1	13,37	***
РДВГ и АСР	6,34 ± 0,9	6,4 ± 1,7	20,0 ± 3,6	11,24 ± 1,7	0,7 ± 0,5	2,3 ± 2,2	0,97 ± 0,5	19,86	***
АСР	8,20 ± 1,1	7,8 ± 1,8	24,2 ± 3,9	13,60 ± 1,9	1,1 ± 0,6	9,1 ± 4,3	2,27 ± 0,8	25,32	***
РДВГ и ПР (ОДР+АСР)	10,90 ± 1,2	14,7 ± 2,4	28,3 ± 4,1	19,52 ± 2,2	1,9 ± 0,8	6,8 ± 3,8	2,59 ± 0,9	40,36	***
ПР (ОДР+АСР)	16,40 ± 1,4	19,3 ± 2,7	37,5 ± 4,4	25,73 ± 2,4	3,0 ± 1,1	25,0 ± 6,5	6,16 ± 1,4	37,75	***

Примечания: ПР – расстройства поведения; РДВГ и АСР, РДВГ и ОДР, РДВГ и ПР (ОДР + АСР) – коморбидные расстройства; χ<sup>2</sup> – точные значения критерия соответствия между вычисленными и ожидаемыми частотами распространенности расстройства по К. Пирсону (1990); p – уровень значимости, при котором нулевая гипотеза может быть отвергнута (\* – при p = 0,95; \*\* – при p = 0,99; \*\*\* – при p = 0,999).

Таблица 4. Показатели школьной адаптации и академической успеваемости по шкале Вандербильта у учащихся с РДВГ по DSM-IV-TR в ООШ и СПШ

Показатели шкалы Вандербильта	РДВГ-Н		РДВГ-ГИ		РДВГ-К		Без РДВГ		F <sub>Σ</sub>	Статистически значимые различия между дисперсиями субтипов РДВГ
	ООШ	СШ	ООШ	СШ	ООШ	СШ	ООШ	СШ		
Общая оценка учителями успеваемости в школе	3,5	4,3	4,2	4,5	4,5	4,8	2,4	3,8	4,61**	РДВГ-ГИ, РДВГ-К > РДВГ-Н, без РДВГ
Чтение	3,7	3,9	4,3	4,5	4,6	4,8	2,3	4,2	5,08**	РДВГ-ГИ, РДВГ-К > РДВГ-Н, без РДВГ; РДВГ СШ > РДВГ ООШ
Письмо	3,2	4,8	3,8	4,3	4,2	4,4	2,5	3,2	5,31**	РДВГ-Н > РДВГ-ГИ, РДВГ-К; РДВГ-Н, РДВГ-ГИ, РДВГ-К > без РДВГ; РДВГ СШ > РДВГ ООШ
Математика	3,8	4,1	4,4	4,6	4,6	4,9	2,5	4,3	4,95**	РДВГ-ГИ, РДВГ-К > РДВГ-Н, без РДВГ; РДВГ СШ > РДВГ ООШ
Выполнение указаний учителя	2,8	3,1	4,2	4,3	4,8	4,7	2,1	2,4	4,74**	РДВГ-ГИ, РДВГ-К > РДВГ-Н, без РДВГ
Поведение на уроке	2,4	2,2	3,8	3,9	4,5	4,3	1,8	2,2	5,28**	РДВГ-ГИ, РДВГ-К > РДВГ-Н, без РДВГ
Взаимоотношения с одноклассниками	1,7	1,8	3,6	4,1	3,9	4,4	1,5	1,9	5,46**	РДВГ-ГИ, РДВГ-К > РДВГ-Н, без РДВГ
Самоорганизованность	2,2	2,2	4,1	4,2	4,5	4,5	1,9	2,3	4,89**	РДВГ-ГИ, РДВГ-К > РДВГ-Н, без РДВГ

Примечания: F<sub>Σ</sub> – эмпирические значения критерия Фишера для общей дисперсии учащихся с РДВГ; p – уровни значимости расхождений между дисперсиями (\* – p = 0,05; \*\* – p = 0,01).

четыре раза чаще, чем у девочек [23]. Такие дети имеют те или иные признаки семейной и школьной дезадаптации. Количество школьников, у которых выполняются критерии РДВГ по DSM-IV-R, в 2-3 раза меньше, и варьирует от 3 до 7% [24-25].

Результаты исследования распространенности РДВГ у киевских учащихся представлены в таблице 1. Расстройство диагностировано у 12,2% школьников одной из ООШ. В СПШ РДВГ встречалось в 2,24 раза чаще – у 27,4% детей. Обращают на себя внимание различные соотношения частот встречаемости отдельных подтипов РДВГ у учащихся СПШ и ООШ: для РДВГ-Н – 1,36 : 1, РДВГ-Г/И – 5,63 : 1, РДВГ-К – 2,89 : 1.

В МКБ-10 применяются более жесткие, чем в DSM-IV-R, критерии: для диагностики гиперкинетического расстройства (ГКР) требуется обязательное наличие патологических уровней – как невнимательности, так и гиперактивности и импульсивности, которые проявляются при широком спектре разнообразных ситуаций и устойчиво сохраняются во времени. В настоящем исследовании ГКР диагностировано у 4,1% учащихся ООШ. В СПШ расстройство встречалось в 3,7 раза чаще, у 15,2% детей.

### Гендерные различия в распространенности РДВГ и ГКР

Как в ООШ, так и в СПШ ГКР и РДВГ у мальчиков встречались чаще, чем у девочек (табл. 2). В СПШ отмечалось значительное накопление случаев ГКР и РДВГ среди мальчиков, о чем свидетельствовали гендерные соотношения в выборках (для ГКР – 4,26 : 1 и 1,83 : 1, для

РДВГ – 2,57 : 1 и 1,64 : 1 соответственно). Обращают на себя внимание и гендерные различия в накоплении в СПШ детей с различными подтипами РДВГ: мальчиков с РДВГ-Г/И и девочек с РДВГ-Н. Гендерные соотношения для этих детей в ООШ и СПШ соответственно составляли: для подтипа РДВГ-Г/И – 1,53 : 1 и 5,34 : 1, для подтипа РДВГ-Н – 1,58 : 1 и 1,37 : 1, при гендерных различиях генеральных совокупностей 1,64 : 1 и 2,39 : 1.

### Распространенность поведенческих расстройств

В таблице 3 представлена распространенность нарушений поведения у киевских школьников. Отдельно приведены данные о встречаемости РДВГ с коморбидными поведенческими расстройствами.

В целом, расстройства поведения были диагностированы у 10,4% детей ООШ и 34,1% – СПШ. В ООШ ОДР и АСР наблюдались практически исключительно у мальчиков. В СПШ гендерные различия частично нивелировались. В ООШ ОДР имело место у 11,5% мальчиков и 1,9% девочек, АСР – у 7,8 и 1,1% соответственно. В СПШ ОДР диагностировано у 13,3% мальчиков и 15,9% девочек, АСР – у 24,2 и 9,1% соответственно.

### Сочетание РДВГ с расстройствами поведения

Как следует из результатов исследования, 31,7% киевских учащихся из числа страдающих РДВГ имели коморбидное ОДР, 39,4% – АСР (табл. 3). В ООШ коморбидность между РДВГ и ОДР наблюдалась у 35,6%, между

РДВГ и АСР – у 27,1% детей. В СПШ коморбидное ОДР и АСР имели 51,1 и 55,6% школьников соответственно. У мальчиков с РДВГ, обучающихся в ООШ, коморбидное ОДР диагностировано у 52,9%, АСР – у 50,0%, среди девочек – у 12,0 и 8,0% соответственно. В СПШ коморбидность между ГКР и ОДР, а также ГКР и АСР наблюдалась у мальчиков в 25,6 и 61,5%, у девочек – в 33,3 и 16,6% случаев соответственно. С меньшей вероятностью диагностики АСР у детей с РДВГ коррелировали женский пол и обучение в ООШ ( $p < 0,001$ ). Мужской пол и обучение в СПШ у детей с РДВГ были связаны с вероятностью диагностики АСР ( $p < 0,001$ ). Мужской пол у ребенка с РДВГ и обучение его в СПШ снижали вероятность диагностики у него ОДР ( $p < 0,05$ ).

### **Академическая успеваемость детей с нарушениями внимания, активности и импульс-контроля**

Все дети ООШ и СПШ имели нормальный уровень развития интеллекта, но многие учащиеся с РДВГ испытывали серьезные академические трудности (табл. 4). Последние имели место вне зависимости от того, были ли у учащихся специфические расстройства развития школьных навыков или нет, и проявлялись в том, что дети не могли использовать свои когнитивные навыки в повседневной жизни в полной мере.

При сравнении успеваемости в ООШ у детей с РДВГ-Г/И и РДВГ-К интегральные оценки учителей были хуже ( $p < 0,001$ ), чем у детей с РДВГ-Н и учащихся без РДВГ. В СПШ дети испытывали большие проблемы, чем в ООШ, при этом нивелировались различия в успеваемости обучения между отдельными подтипами РДВГ (табл. 3).

У многих учащихся с РДВГ присутствовали и специфические расстройства развития школьных навыков. Наиболее часто возникали проблемы, связанные с чтением и счетом. Также отмечались трудности с каллиграфией (техникой письма и плохой двигательной координацией). У детей со всеми подтипами РДВГ проблемы, связанные с чтением, письмом и математикой, были выражены в большей мере, чем у детей без РДВГ. Чтение и математика в большей степени страдали у школьников с РДВГ-К и с РДВГ-Г/И. Проблемы с орфографией были более выражены при РДВГ-Н. Таким образом, описанные закономерности специфических расстройств развития школьных навыков характерны как для ООШ, так и для СПШ (рис. 3).

Если обучение рассматривать широко, предполагая в качестве его нарушений любые случаи выполнения заданий ниже ожидаемого уровня, то 80% детей с РДВГ, вероятно, можно оценить как нуждающихся в специальной педагогической коррекции. Однако, если определить эти расстройства более узко, как значительные затруднения в чтении, счете или письме, в сравнении с общей интеллектуальной деятельностью ребенка или достижениями в той или иной из этих сфер деятельности, их доля не превышает 26,9% (13,6% – в ООШ, 44,4% – в СПШ).

У детей с РДВГ-К и РДВГ-Г/И, наряду с академическими проблемами, имели место более тяжелые, чем у детей с РДВГ-Н и учащихся без РДВГ нарушения школьной адаптации, связанные с поведением на уроке и

выполнением указаний учителя. Самоорганизованность страдала при всех подтипах РДВГ, но при невнимательности – несколько меньше, чем при других подтипах расстройства.

Расстройства развития школьных навыков (письма, чтения, счета) и двигательных функций, прежде всего мелкой моторики, встречаются у детей с РДВГ в 3-5 раз чаще, чем обычно. Те или иные перинатальные нарушения у обследованных школьников могут быть установлены у 20% детей общей популяции, 30% учащихся с РДВГ, 50% – с РДВГ-К. Из результатов факторного анализа следует, что вероятность наличия у ребенка одного из расстройств развития школьных навыков, двигательных функций или речи коррелирует с положительной диагностикой РДВГ. Тяжесть РДВГ (вероятность диагностики РДВГ-К [ГКР], а не РДВГ-Н и/или РДВГ-Г/И) напротив значительным образом связана с наличием в анамнезе перинатальной патологии.

### **Школьная адаптация детей с нарушениями активности, внимания и поведения**

Обсуждая полученные результаты, можно констатировать, что различия в количестве детей с разными подтипами РДВГ, обучающихся в ООШ и СПШ, по-видимому, отражают недостатки в организации системы школьного образования в Украине. ООШ плохо интегрируют детей с ГКР. Наиболее тяжелые варианты школьной дезадаптации наблюдаются у детей с РДВГ-Г/И и РДВГ-К. Такие дети, среди которых преобладают мальчики, нередко переводятся на индивидуальное обучение. Инициатором обычно выступает школьная администрация. СПШ для детей с нарушениями школьной адаптации, по-видимому, создают лучшие условия для интеграции школьников с РДВГ-Г/И и РДВГ-К. Это приводит к накоплению в СПШ мальчиков с гиперактивностью и импульсивностью. Дети с РДВГ-Н имеют лучшие возможности для интеграции как в ООШ, так и в СПШ. Девочки с РДВГ-Н несколько чаще, чем мальчики переводятся в СПШ. Такие переводы обычно иницируются родителями детей и мотивируются большими возможностями для педагогической коррекции ассоциированных с нарушениями концентрационной функции внимания расстройств школьных навыков.

Нет оснований для объяснения всего спектра проявлений академической неуспеваемости учащихся школ резидуальными явлениями органического поражения мозга. Академические проблемы могут быть связаны с РДВГ, расстройствами поведения, школьных навыков. Расстройства развития школьных навыков, речи, двигательных функций в большей степени ассоциированы с РДВГ, отражая континуум клинических проявлений нарушения нейроразвития. Тем не менее, тяжесть РДВГ в некоторой степени взаимосвязана с наличием в анамнезе ребенка перинатальной патологии.

Таким образом, необходимо выполнение оценки и типологизации нарушений внимания, активности и поведения для прогнозирования расстройств школьной адаптации и планирования педагогических, психологических и медицинских вмешательств, направленных на обеспечение школьной интеграции и академической успеваемости учащихся.