

Школьная дезадаптация: взгляд на проблему с позиции детской психиатрии

*И.И. Марценковская,
Украинский научно-исследовательский институт социальной,
судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев*

Обучение 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 расписанием, 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 (расстройств)? 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-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 российскими психиатрами как симптомы, связанные с резидуальными признаками органического поражения мозга. Нарушение активности и внимания, гиперактивное 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 классовых 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.

СВСЛ 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 СВСЛ. Сумма баллов по этим пунктам использовалась для определения тяжести социальных проблем учащегося.

При помощи шкалы Вандербильта 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 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.

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 | | | χ 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: χ² – 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 | | | χ 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: χ² – 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 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 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 | | |
| 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; χ² – 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 _Σ | 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_Σ – эмпирические значения критерия Фишера для общей дисперсии учащихся с РДВГ; p – уровни значимости расхождений между дисперсиями (* – p = 0,05; ** – p = 0,01).

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.

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 инициируются 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.