

УДК: 616.89 – 008.47 // 48: 37.042.2

*І.І. Марценковська***ДЕЯКІ ПСИХІАТРИЧНІ АСПЕКТИ ШКІЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології

Ключові слова: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, неухважність, імпульсивність, гіперактивність, розлади поведінки, шкільна дезадаптація

Навчання в школі є одним із провідних видів діяльності в дитячому віці. Шкільна освіта пред'являє до психічної діяльності дитини низку специфічних вимог. Неспроможність дитини опанувати шкільними дисциплінами відповідно до навчальної програми та / чи дотримуватися вимог, передбачених шкільним розпорядком всупереч своїм психофізіологічним можливостям та здібностям в російськомовній літературі прийнято називати шкільною дезадаптацією [1]. В англійській літературі більш уживаними є дефініції “шкільної неуспішності” (school failure) та “навчальної неспроможності” (learning disabilities) [2–4]. Під навчальною неспроможністю розуміють невідповідність психофізіологічних можливостей та здібностей дитини вимогам навчальної програми. Про шкільну неуспішність частіше говорять у випадках, коли академічні успіхи дитини не відповідають психофізіологічно-мотивованим очікуванням вчителів і батьків.

В якості проявів шкільної дезадаптації виділяють: неуспішність навчання за програмами (когнітивний компонент); порушення ставлення до навчання та педагогів (байдуже, пасивне або активно негативістичне), порушення сприйняття перспектив, пов'язаних із навчанням (особистісний компонент); неконтактність, демонстративність, імпульсивність, асоціальність, наявність поведінки уникнення чи залежності в процесі навчання та в шкільному середовищі (поведінковий компонент). Переважання серед проявів шкільної дезадаптації того чи іншого з наведених компонентів залежить від віку та етапів особистісного розвитку дитини, вказує на причини, що лежать в основі його формування [1].

Навчальна неспроможність є ознакою неповноправності дитини шкільного віку. Вона нерідко ототожнюється з вродженими чи набутими вадами пізнавальних функцій дитини. Шкільна неуспішність частіше розглядається, як наслідок певного функціонального стану чи психічної дезадаптації, що підлягає корекції. Уяв-

лення про шкільну неуспішність близькі до визначення шкільної дезадаптації.

Виникає природне запитання: як співвідносяться категорії шкільної неуспішності та психічної дезадаптації в психологічній та педагогічній літературі з медичною категорією психічного нездоров'я (розладу)? У разі визнання наявності певної відповідності між зазначеними категоріями виникає питання про те, якою мірою форми шкільної дезадаптації відповідають клінічній типології розладів психіки та поведінки, які їх викликали?

За даними різних авторів, поширеність шкільної дезадаптації в Росії коливається від 31,7% до 76,9% [5–6]. В Україні 25–30% дітей в початковій школі не справляються з опануванням соціальної ролі учня [7]. В підлітковому віці 21% учнів мають низький рівень адаптованості, 61% – середній і лише 18% – високий [8]. Показники поширеності шкільної неуспішності в Європі та США істотно нижчі. В США лише 5–10% дітей шкільного віку мають труднощі в навчанні [9].

Близько 5% всіх звернень до педіатра і щонайменше 50% відвідувань психіатра в США пов'язані зі скаргами на шкільну неуспішність, поведінкові та емоційні проблеми в стосунках із однокласниками та вчителями [9]. В Великій Британії 71% дітей з діагнозами емоційних і поведінкових розладів мають труднощі в навчанні, а 57% учнів із шкільною неспроможністю відповідають діагностичним критеріям тих чи інших психічних розладів [10].

В англійських та російськомовних публікаціях шкільну дезадаптацію (шкільну неуспішність) пов'язують з різними психічними розладами.

Найбільш поширеними причинами шкільної дезадаптації за Н.Н.Заваденко є мінімальні мозкові дисфункції (ММД), астеничний та церебрастенічний синдроми [11]. Неухважність, гіперактивність, імпульсивність розглядаються російсь-

кими психіатрами, як симптоми, пов'язані з резидуальними ознаками органічного ураження мозку. Синдром із дефіцитом уваги та гіперактивністю (СДУГ) найчастіше кваліфікується, як варіант перебігу ММД. В популяції російських школярів поширеність СДУГ становить 7,6%, в той час, як серед дітей з ММД його частка сягає 46% [12].

В англійській літературі шкільну неуспішність не прийнято пов'язувати з ушкодженням чи дисфункцією головного мозку. Серед психічних розладів, асоційованих із шкільною неспроможністю, згідно з результатами низки досліджень, переважають розлади з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) [13]. Шкільна неуспішність притаманна для 92% школярів із РДУГ [14-15]. Учні з РДУГ отримують гірші оцінки, мають нижчу самооцінку [16], погано інтегруються до шкільних колективів [17]. Більше половини учнів із РДУГ, що навчаються в загальноосвітніх школах, мають ризик бути відрахованими зі школи у зв'язку з академічною неспроможністю чи асоціальною поведінкою [18]. В якості причин РДУГ найчастіше розглядають асоційовані з геномним поліморфізмом порушення нейророзвитку [17-18].

Метою дослідження було встановлення зв'язку порушень уваги, активності та імпульсивності із поведінковими та когнітивними проявами шкільної дезадаптації.

В ході дослідження були поставлені наступні завдання:

1) Встановити поширеність у учнів загальноосвітньої (ЗОШ) та спеціальної (для дітей з шкільною дезадаптацією без розумової відсталості) (СПШ) шкіл РДУГ, його окремих клінічних варіантів: з переважанням неухважності (РДУГ-Н), з переважанням гіперактивності / імпульсивності (РДУГ-Г/І), комбінованого (РДУГ-К);

2) Встановити поширеність у школярів поведінкових розладів: опозиційно-демонстративно-

го (ОПДР), антисоціального (АСР); дослідити наявність коморбідності між розладами поведінки та шкільною дезадаптацією і розладами поведінки та РДУГ;

3) Оцінити академічну успішність учнів з різними клінічними варіантами РДУГ, ОПДР та АСР.

Протягом 2008 – 2009 років були обстежені 646 школярів м. Києва. Першу групу склали 482 учня (218 хлопчиків, 264 дівчинки) однієї із ЗОШ. У другу групу увійшли 164 школяра (120 хлопчиків, 44 дівчинки), що навчалися в СПШ.

Обстеження включало: 1) скринінг батьків дітей за допомогою російськомовних версій “Списку дитячих симптомів” - “Child Symptom Inventory” (СДС-4) [19] і “Контрольного переліку проявів дитячого поведінки” - “Child Behavior Checklist” (КПДП) [20 - 21]; 2) скринінгове оцінювання учнів класними керівниками за допомогою вчительського варіанту російськомовної версії “Шкали Вандербільта” - “NICHQ Vanderbilt”, запропонованої Національним інститутом якості життя дітей США [22].

За допомогою шкали СДС-4 встановлювали наявність РДУГ та її клінічний варіант. Поведінкові розлади, взаємовідносини дитини з іншими дітьми, тяжкість соціальних проблем учнів оцінювали за допомогою КПДП. За шкалою Вандербільта оцінювали шкільну адаптацію та академічну успішність.

Результати дослідження поширеності РДУГ у київських учнів наведені в табл. 1. Розлад було діагностовано у 12,2% учнів ЗОШ і 27,4% СПШ. Звертають на себе увагу різні співвідношення поширеності окремих клінічних варіантів РДУГ у учнів ЗОШ і СПШ: при РДУГ із переважанням неухважності (РДУГ-Н) - 1,36:1; із переважанням гіперактивності / імпульсивності (РДУГ-Г/І) - 5,63:1; при комбінованому (РДУГ-К) - 2,89:1. Гіперкінетичний розлад (ГКР) було діагностовано у 4,1% учнів ЗОШ. У СПШ ГКР зустрічався в 3,7 разів частіше - 15,2% дітей.

Таблиця 1

Поширеність симптомів зі спектру гіперкінетичного розладу та гіперкінетичного розладу (МКБ – 10) у учнів загальноосвітньої та спеціальної шкіл

Розлади МКХ-10	Загальноосвітня школа (N = 482) % ± m	Спеціальна школа (N = 164) % ± m	χ^2	P
ГКР- Н	8,5±1,3	11,6±2,5	1,3	
ГКРП	1,9±0,6	10,4±2,4	22,1	***
ГКР- К	1,9±0,6	5,5±1,8	5,9	*
РКР (ГКР- Н + ГКРП + ГКР- К)	12,2±1,5	27,4±3,5	17,5	***

Примітки: ГКР – гіперкінетичний розлад; ГКРГ-Н – підтип з переважанням неухважності; ГКРП- підтип з переважанням гіперактивності та імпульсивності (гіперкінетичний розлад поведінки);
ГКР-К - комбінований підтип. χ^2 - точні значення критерію відповідності між вичисленими і очікуваними частотами поширеності розладів по К. Пірсону (1990); P – рівень значущості, при якому нульова гіпотеза може бути відкинута (* -- при P = 0,95; ** -- при P = 0,99; *** -- при P = 0,999).

Як у ЗОШ, так і в СПШ ГКР і РДУГ у хлопчиків зустрічалися частіше, ніж у дівчинок (табл. 2). У СПШ спостерігалось значне накопичення випадків ГКР і РДУГ серед хлопчиків, про що свідчили гендерні співвідношення в вибірках (для ГКР - 4,26:1 та 1,83:1; для РДУГ - 2,57:1 та 1,64: 1). Звертають на себе увагу і гендерні відмінності в накопиченні в СПШ дітей з різними підтипами РДУГ: хлопчиків з РДУГ-Г/І і дівчинок з РДУГ-Н. Гендерні співвідношення для цих дітей у ЗОШ і СПШ відповідно становили: для підтипу РДУГ-Г/І 1,53:1 та 5,34:1, для підтипу РДУГ-Н - 1,58:1 та 1,37:1, при гендерних відмінностях генеральних сукупностей 1,64:1 та 2,39:1.

У табл. 3 наведена поширеність розладів поведінки в ЗОШ та СПШ. В цілому, розлади поведінки діагностовано у 10,4% дітей ЗОШ і 34,1% дітей СПШ. У ЗОШ ОПДР і АСР спостерігалися майже виключно у хлопчиків. У СПШ гендерні відмінності частково нівелювалися. У ЗОШ ОПДР діагностували у 11,5% хлопчиків і 1,9% дівчинок, АСР - 7,8% хлопчиків і 1,1% дівчинок. У СПШ ОПДР було діагностовано у

13,3% хлопчиків та 15,9% дівчинок, АСР - 24,2% хлопчиків і 9,1% дівчинок.

Данні про поширеність випадків подвійної діагностики розладів поведінки та розладів із дефіцитом уваги та гіперактивністю у учнів ЗОШ та СПШ наведено в табл.4.

Як впливає з результатів дослідження, 31,7% київських учнів з когортти тих, що страждають на РДУГ мали коморбідний ОПДР, 39,4% - АСР. У ЗОШ сполученість між РДУГ і ОПДР спостерігали у 35,6%, між РДУГ і АСР - 27,1% дітей. В СПШ коморбідні ОПДР і АСР мали відповідно 51,1% і 55,6% учнів.

В ЗОШ у хлопчиків з РДУГ коморбідний ОПДР було діагностовано у 52,9%, АСР - 50,0%, у дівчаток - 12,0% і 8,0% випадків. У СПШ коморбідність між РДУГ і ОПДР та РДУГ і АСР спостерігалися у хлопчиків в 25, 6% і 61,5%, у дівчаток - 33, 3% і 16, 6% випадків.

Жіноча стать і навчання в ЗОШ мали зворотну кореляцію з діагностикою АСР у дітей з РДУГ ($P < 0,001$). Чоловіча стать і навчання в СПШ у дітей з РДУГ корелювали з вірогідністю подвійної діагностики в них АСР.

Таблиця 2

Гендерні відмінності поширеності розладів із дефіцитом уваги та гіперактивністю (DSM-IV-TR) та гіперкінетичного розладу (МКБ – 10) у учнів українських шкіл

Розлади МКХ-10 /DSM-IV-TR	Діти шкільного віку (N=646)	Хлопчики (N = 338)		Дівчата (N = 308)		χ^2	P
		ЗОШ (N = 218) % ± m	СПШ (N = 120) % ± m	ЗОШ (N = 264) % ± m	СПШ (N = 44) % ± m		
ГКР	7,0±1,0	5,5±1,5	19,2±3,6	3,0±1,0	4,5±3,1	11,8	***
РДУГ- Н	9,3±1,1	10,6±2,1	12,5±3,0	6,8±1,5	9,1±4,3	2,9	
РДУГ- Г/І	4,0±0,8	2,3±1,0	13,3±3,1	1,5±0,7	2,3±2,2	8,4	**
РДУГ- К	2,8±0,6	2,7±1,1	6,7±5,2	1,1±0,6	2,3±2,2	4,7	*
РДУГ(Н+Г/ІК)	16,1±1,4	15,6±2,4	32,5±2,3	9,5±1,8	13,6±5,2	13,3	***

Примітки: ЗОШ – загальноосвітня школа, СПШ – спеціальна школа; ГКР – гіперкінетичний розлад; РДУГ-Н – розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, підтип з переважанням неухважності; РДУГ-Г/І- розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, підтип з переважанням гіперактивності та імпульсивності; РДУГ-К - розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, комбінований підтип ч2 - точні значення критерію відповідності між вичисленими і очікуваними частотами поширеності розладів по К. Пірону (1990); P – рівень значущості, при якому нульова гіпотеза може бути відкинута (* – при P = 0,95; ** – при P = 0,99; *** – при P = 0,999).

Таблиця 3

Поширеність розладів поведінки у учнів загальноосвітніх та спеціальних шкіл

Розлади МКХ-10 / DSM-IV-TR	Діти шкільного віку (N=646)	Хлопчики (N = 338)		Дівчата (N = 308)		χ^2	P
		ЗОШ (N = 218) % ± m	СПШ (N = 120) % ± m	ЗОШ (N = 264) % ± m	СПШ (N = 44) % ± m		
ОПДР	8,20±1,1	11,5±2,2	13,3±3,1	1,9±0,8	15,9±5,5	13,37	***
АСР	8,20±1,1	7,8±1,8	24,2±3,9	1,1±0,6	9,1±4,3	25,32	***
ПР (ОПДР+АСР)	16,40±1,4	19,3±2,7	37,5±4,4	3,0±1,1	25,0±6,5	37,75	***

Примітки: ЗОШ – загальноосвітня школа, СПШ – спеціальна школа; ОПДР - опозиційно-демонстративний розлад; АСР – антисоціальний (кондуктивний) розлад; ПР – розлади поведінки; ч2 - точні значення критерію відповідності між вичисленими і очікуваними частотами поширеності розладів по К. Пірону (1990); P – рівень значущості, при якому нульова гіпотеза може бути відкинута (* – при P = 0,95; ** – при P = 0,99; *** – при P = 0,999). <0,001). Чоловіча стать у дитини з РДУГ і навчання її у СПШ знижували вірогідність подвійної діагностики у неї ОПДР ($P < 0,05$).

Показники шкільної адаптації та академічної успішності за шкалою Вандербільта у учнів з

РДУГ в ЗОШ та СПШ наведені в табл.5.

Всі обстежені в ЗОШ та СПШ діти мали нор-

мальний рівень розвитку інтелекту, проте більшість учнів з РДУГ мали значні академічні проблеми. Ці труднощі в опануванні навчальною програмою спостерігалися незалежно від того, були в учнів розлади шкільних навичок чи ні. Вони проявлялися в тому, що діти виявляли неспроможність використовувати свої пізнавальні можливості в повсякденному житті в повній мірі.

У ЗОШ при оцінюванні за допомогою Шкали Ван дер Більта у учнів із РДУГ-Г/І та РДУГ-К інтегральні оцінки шкільної успішності вчителями були гіршими ($P < 0,001$), ніж у дітей з РДУГ-Н і без РДУГ. У СПШ діти мали більші академічні проблеми, ніж у ЗОШ, при цьому нівелювалися відмінності в успішності навчання між окремими клінічними варіантами РДУГ.

У дітей із РДУГ-К і РДУГ-Г/І одночасно з академічними проблемами спостерігалися більш тяжкі, ніж у дітей з РДУГ-Н і без РДУГ порушення шкільної адаптації, пов'язані з поведінкою на уроках і невиконанням вказівок вчителів. Здатність до самоврядування страждала в разі всіх клінічних варіантів РДУГ, проте при неухвалності - трохи менше, ніж при інших клінічних варіантах розладу.

У частини дітей з РДУГ відповідно до діагностичних критеріїв МКХ - 10 діагностовано розлади шкільних навичок. Частіше спостерігалися проблеми, пов'язані з читанням і лічбою. Деякі діти мали труднощі, пов'язані з каліграфією, зумовлені поганою технікою письма та поганою координацією рухів.

Таблиця 4

Поширеність випадків подвійної діагностики розладів поведінки та розладів із дефіцитом уваги та гіперактивністю у учнів загальноосвітніх та спеціальних шкіл

Розлади МКХ-10 / DSM-IV-TR	Діти шкільного віку (N=646)	Хлопчики (N = 338)		Дівчата (N = 308)		χ^2	P
		ЗОШ (N = 218) % \pm m	СПШ (N = 120) % \pm m	ЗОШ (N = 264) % \pm m	СПШ (N = 44) % \pm m		
РДУГ(Н+Г/І+К)	16,09 \pm 1,4	15,6 \pm 2,4	32,5 \pm 4,3	9,5 \pm 1,8	13,6 \pm 5,2	13,26	***
РДУГ и ОПДР	5,10 \pm 0,9	8,3 \pm 1,9	8,3 \pm 2,5	1,1 \pm 0,6	4,5 \pm 3,1	13,90	***
РДУГ та АСР	6,34 \pm 0,9	6,4 \pm 1,7	20,0 \pm 3,6	0,7 \pm 0,5	2,3 \pm 2,2	19,86	***
РДУГ та ПР (ОПДР+АСР)	10,90 \pm 1,2	14,7 \pm 2,4	28,3 \pm 4,1	1,9 \pm 0,8	6,8 \pm 3,8	40,36	***

Примечание: ЗОШ – загальноосвітня школа, СПШ – спеціальна школа; РДУГ-Н – розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, підтип з переважанням неухвалності; РДУГ-Г/І- розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, підтип з переважанням гіперактивності та імпульсивності; РДУГ-К - розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, комбінований підтип ОПДР - опозиційно-демонстративний розлад; АСР – антисоціальний (кондуктивний) розлад; ПР – розлади поведінки; χ^2 - точні значення критерію відповідності між вичисленими і очікуваними частотами поширеності розладів по К. Пірсону (1990); P – рівень значущості, при якому нульова гіпотеза може бути відкинута (* -- при P = 0,95; ** -- при P = 0,99; *** -- при P = 0,999).

Таблиця 5

Показники шкільної адаптації та академічної успішності за шкалою Ван дер Більта у учнів з розладом із дефіцитом уваги та гіперактивністю (DSM-IV-TR) в загальноосвітній та спеціальній школах

Показники шкали Ван дер Більта	РДУГ-Н		РДУГ-Г/І		РДУГ-К		Без РДУГ		Статистически значимые различия между дисперсиями субтипов РДУГ
	ЗОШ	СПШ	ЗОШ	СПШ	ЗОШ	СПШ	ЗОШ	СПШ	
Загальна оцінка вчителями успішності в школі	3,5	4,3	4,2	4,5	4,5	4,8	2,4	3,8	РДУГ-Г/І > РДУГ-Н**; РДУГ-Г/І > без РДУГ**; РДУГ-К > РДУГ-Н**; РДУГ-К > без РДУГ**
Читання	3,7	3,9	4,3	4,5	4,6	4,8	2,3	4,2	РДУГ-Г/І > РДУГ-Н**; РДУГ-Г/І > без РДУГ**; РДУГ-К > РДУГ-Н**; РДУГ-К > без РДУГ**; РДУГ СПШ > РДУГ ЗОШ**
Письмо	3,2	4,8	3,8	4,3	4,2	4,4	2,5	3,2	РДУГ-Н > без РДУГ**; РДУГ-Г/І > без РДУГ**; РДУГ-К > без РДУГ**; РДУГ СПШ > РДУГ ЗОШ**
Математика	3,8	4,1	4,4	4,6	4,6	4,9	2,5	4,3	РДУГ-Г/І > РДУГ-Н**; РДУГ-Г/І > без РДУГ**; РДУГ-К > РДУГ-Н**; РДУГ-К > без РДУГ**; РДУГ СПШ > РДУГ ЗОШ**
Виконання вказівок вчителя	2,8	3,1	4,2	4,3	4,8	4,7	2,1	2,4	РДУГ-Г/І > РДУГ-Н**; РДУГ-Г/І > без РДУГ**; РДУГ-К > РДУГ-Н**; РДУГ-К > без РДУГ**
Поведінка на уроці	2,4	2,2	3,8	3,9	4,5	4,3	1,8	2,2	РДУГ-Г/І > РДУГ-Н**; РДУГ-Г/І > без РДУГ**; РДУГ-К > РДУГ-Н**; РДУГ-К > без РДУГ**
Взаємовідносини з однокласниками	1,7	1,8	3,6	4,1	3,9	4,4	1,5	1,9	РДУГ-Г/І > РДУГ-Н**; РДУГ-Г/І > без РДУГ**; РДУГ-К > РДУГ-Н**; РДУГ-К > без РДУГ**
Самоорганізованість	2,2	2,2	4,1	4,2	4,5	4,5	1,9	2,3	РДУГ-Г/І > РДУГ-Н**; РДУГ-Г/І > без РДУГ**; РДУГ-К > РДУГ-Н**; РДУГ-К > без РДУГ**

Примітки: ЗОШ – загальноосвітня школа, СПШ – спеціальна школа; РДУГ-Н – розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, підтип з переважанням неухвалності; РДУГ-Г/І- розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, підтип з переважанням гіперактивності та імпульсивності; РДУГ-К - розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, комбінований підтип Р – рівні значущості розходження між дисперсіями, розрахованими з використанням критерія Фішера: * - P = 0,05; ** - P = 0,01.

Якщо оволодіння шкільними навичками розглядати широко, відносити до порушень будь-які випадки виконання тестових завдань нижче очікуваного для певного віку рівня, то 80% дітей з РДУГ в нашому дослідженні можуть бути оцінені, як такі, що потребують посиленої педагогічної корекції. Проте, якщо розлади шкільних навичок визначити більш вузько, лише як значні труднощі дитини в читанні, лічбі чи письмі порівняно з її загальною інтелектуальною спроможністю їх поширеність не перевищуватиме 26,9% : становитиме у ЗОШ 13,6%, у СПШ - 44,4%.

У дітей з усіма клінічними варіантами РДУГ проблеми, пов'язані з читанням, письмом і математикою були виражені більше, ніж у дітей без РДУГ. Читання та математика більшою мірою страждали у дітей з РДУГ-К і РДУГ-Г/І. Проблеми з орфографією частіше спостерігалися при РДУГ-Н. Наведені особливості розладів шкільних навичок були притаманні, як для ЗОШ, так і СПШ.

Розлади шкільних навичок (письма, читання, лічби) та рухових функцій, перш за все дрібної моторики зустрічаються у дітей з РДУГ в 3 - 5 разів частіше, ніж звичайно. Ті чи інші перинатальні порушення можуть бути встановлені у 20% дітей загальної популяції, у 30% учнів із РДУГ, 50% - з РДУГ-К. З результатів факторного аналізу випливає, що вірогідність наявності у дитини одного з розладів шкільних навичок, рухових функцій або мови не корелює з позитивною діагностикою РДУГ. Тяжкість РДУГ (вірогідність діагностики РДУГ-К (ГКР), а не РДУГ-Н чи РДУГ-Г/І) навпаки виявляє високий кореляційний зв'язок з наявністю в анамнезі перинатальної патології.

З отриманих результатів випливає, що відмінності в накопиченні дітей з різними клінічними варіантами РДУГ у ЗОШ та СПШ можуть бути пояснені організаційними недоліками шкільної освіти в Україні. Зокрема, робиться висновок, що ЗОШ погано інтегрують дітей з РДУГ-К (ГКР).

Встановлено, що найтяжчі варіанти шкільної

дезадаптації спостерігаються саме у дітей з РДУГ-Г/І та РДУГ-К. Такі діти, серед яких переважають хлопчики, нерідко переводяться на індивідуальне навчання. Ініціатором таких переводів переважно виступає шкільна адміністрація. СПШ для дітей з порушеннями шкільної адаптації, згідно з результатами дослідження, створюють кращі умови для інтеграції дітей з РДУГ-Г/І та РДУГ-К. Це створює передумови для накопичення в СПШ хлопчиків з гіперактивністю та імпульсивністю.

Діти з РДУГ-Н демонструють кращу інтеграцію та шкільну адаптацію, як у ЗОШ, так і у СПШ. Дівчата з РДУГ-Н частіше, ніж хлопчики, переводяться в СПШ. Такі переводи переважно ініціюються батьками дітей. Вони мотивуються пошуком кращих можливостей для педагогічної корекції розладів шкільних навичок та мови.

За результатами дослідження не отримано підстав для пояснення академічної неуспішності учнів ЗОШ та СПШ резидуальними проявами органічного ураження мозку. Академічні проблеми школярів, згідно з результатами дослідження, найчастіше були пов'язані з РДУГ, розладами поведінки та розладами шкільних навичок. Розлади шкільних навичок, мови, рухових функцій розглядалися нами, як клінічні прояви спектру розладів нейророзвитку. З іншого боку, тяжкість РДУГ виявила позитивний кореляційний зв'язок із наявністю в анамнезі дитини перинатальної патології, зокрема ознак гіпоксично-ішемічного ураження мозку. Це означає, що пренатальне ушкодження мозку не є безпосередньою причиною шкільної дезадаптації, проте належить до низки чинників, які можуть зумовлювати її тяжкість.

Робиться висновок про доцільність ретельного оцінювання та типологізації порушень уваги, активності та поведінки у дітей шкільного віку. Такий аналіз є важливим для прогнозування порушень шкільної адаптації та планування педагогічних, психологічних і медичних втручань, спрямованих на забезпечення шкільної інтеграції та відновлення академічної успішності учнів.

НЕКОТОРЫЕ ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии, Киев

Целью исследования было установление связи нарушений внимания, активности и импульсивности детей школьного возраста с академической неуспешностью и поведенческими проявлениями школьной дезадаптации.

Обследованы 646 учащихся: 482 - в общеобразовательной (ООШ), 164 - в специальной (для детей с проблемами школьной адаптации без умственной отсталости) (СПШ) школах Киева.

Обследование включало оценивание детей родителями при помощи "Списка детских симптомов" и "Контрольного перечня проявлений детского поведения" и учителями при помощи "Шкалы Вандербиля".

Установлено, что РДВГ встречается у 12,2%, расстройства поведения - 10,4% детей ООШ. Эти расстройства также диагностированы у 27,4% и 34,1% детей СПШ. 31,7% киевских школьников с РДВГ имели коморбидное ОПДР, 39,4% "АСР. При всех клинических вариантах РДВГ наблюдались значительные академические проблемы, связанные с расстройствами чтения, орфографии и счета. Наиболее тяжелые варианты школьной дезадаптации наблюдались у детей с РДВГ - Г/И и РДВГ - К. Делается вывод, что РДВГ является главной причиной школьной неуспешности детей без умственной отсталости. В общеобразовательных школах Украины отсутствуют условия для школьной адаптации детей с РДВГ. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 85-90).

I.I. Martsenkovska

SOME PSYCHIATRIC ASPECTS OF SCHOOL DYSADAPTATION

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse

The purpose of study was to establish relations of attention, activity and impulsivity of academic success and behavioral manifestations of school dysadaptation. 646 school-age children of Kiev were examined: 482 in a secondary school, 164 at a special school for children with school adjustment without mental retardation. The investigation included: 1) estimation of students by parents with the "Child symptom inventory - 4" and "Child behavior checklist", 2) evaluation of students by teachers with scales "NICH0 Vanderbilt."

ADHD was found in 12,2%, conduct disorder - 10,4% of children in a secondary school. These disorders were diagnosed in 27,4% and 34,1% of schoolchildren in a special school. 31,7% of school-age children of Kiev with ADHD had comorbid ODD, 39,4% - CD. In children with all clinical types of ADHD problems with reading, writing and mathematics were more pronounced than in children without ADHD. There have been more severe disruptions of school dysadaptation in children with ADHD-H / I and ADHD-C. It is concluded that ADHD is the main cause of school unsuccess of children without mental retardation. Public schools in Ukraine can suggest poor integration for ADHD children. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 85-90).

Література

1. Вострокнутов Н. В. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации // Школьная дезадаптация. Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. — Москва, 1995. — С. 8-11.
2. McKinley L., Stormont M. The school accommodations checklist: A tool to identify potential accommodations and implementation barriers for children with ADHD in elementary grades // Teaching Exceptional Children. - Manuscript submitted for publication. — 164 p.
3. Lerner J. Learning disabilities: theories, diagnosis, and teaching strategies. - Boston: Houghton Mifflin. - 2000. — 456 p.
4. Barnes M., Fletcher J., Fuchs L. Learning Disabilities: From Identification to Intervention. - New York: The Guilford Press. — 2007. — 278 p.
5. Буторина Н. Е., Буторин Г. Г. Депривационный дизонтогенез и школьная дезадаптация // Российский психиатрический журнал. — 1999. - № 3. — С. 17-22.
6. Гарганеев С.В., Балашов П.П. Механизмы школьной дезадаптации подростков и пути ее преодоления. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2003. - № 1 (27). — С. 106-109.
7. Дзюбко Л. В. Психологічні особливості ранньої шкільної дезадаптації і шляхи її подолання: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. — К., 2000. — 18 с.
8. Петрюк І. М. Соціально-педагогічна робота з дезадаптованими підлітками у загальноосвітній школі // Актуальные вопросы социально-педагогической работы в общеобразовательных учебных заведениях: Тезисы научно-практической конференции. — Киев, 2009. — Т. 1. — С. 172-174.
9. Pierangelo R., Giuliani G. Learning Disabilities: A Practical Approach to Foundations, Assessment, Diagnosis, and Teaching. - Pearson Education, 2005. — 432p.
10. Benner G., Nelson R., Epstein M. Language Skills of Children with EBD // Journal of Emotional and Behavioral Disorders. — 2002. — V. 10. — № 1. — P. 43-56.
11. Заваденко Н. Н. Школьная дезадаптация в педиатрической практике // Лечащий врач. — 2005. — № 1. — С. 22-27.
12. Заваденко Н. Н., Петрухин А. С., Манелис Н. Г. и др. Школьная дезадаптация: психоневрологическое и нейропсихологическое исследование // Вопросы психологии. — 1999. — № 4. — С. 21-28.
13. Msall M., Avery R., Tremont M. et al. Functional Disability and School Activity Limitations in 41 300 School-Age Children: Relationship to Medical Impairments // Pediatrics. — 2003. — V. 111. — N. 3, Mar. - P. 548-553
14. Murphy K. R., Barkley R.A., Bush T. Young adults with ADHD: Subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history // The Journal of Nervous and Mental Disease. — 2002. — V. 190. — P. 147-157.
15. Kline F.M., Silver L.B. The Educator's Guild to Mental Health Issues in the Classroom. - Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co., 2004. — 472 p.
16. Zentall S. S. ADHD and Education: Foundations, Characteristics, Methods, and Collaboration. — Merrill, 2006. — 368 p.
17. Mannuzza S., Klein R. G., Bessler A. et al. Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. — 1997. — V. 36. — P. 1222-1227
18. Barkley R. A., Bauermeister J.J., Matos M. et al. Comparison of the DSM-IV Combined and Inattentive Types of ADHD in a school-based sample of Latino/Hispanic Children // Journal of Child Psychology and Psychiatr. - 2005. — V. 46. — P. 166-179.
19. Gadow K. D., Sprafkin J. Child Symptom Inventory 4: Screening and Norms Manual. 2002. Stony Brook, NY: Checkmate Plus. — 432 p.
20. Achenbach T. M. The child behaviour profile: I. Boys aged 6-11 // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1978. — V. 46. — P. 478-488.
21. Carter A. S., Grigorenko E. L., Pauls D. L. A Russian adaptation of the Child Behavior Checklist: psychometric properties and associations with child and maternal affective symptomatology and family function // J. Abnorm. Child Psychol. — 1995, Dec. — V. 23. — N. 6 — P. 661-684.
22. Wolraich M. L. Vanderbilt ADHD Parent Rating Scale (VADPRS). - Cambridge M. A. American Academy of Pediatrics and The National Initiative for Children's Healthcare Quality, 2003. — 137 p.

Поступила в редакцию 24.09.2010