

С.И. Табачников, д.м.н., профессор; И.И. Марценковская, Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии, г. Киев

Школьная дезадаптация (неуспеваемость): взгляд на проблему с позиций детской психиатрии

Обучение в школе является одним из ведущих видов деятельности в детском возрасте. Школьное образование предъявляет к психической деятельности ребенка ряд специфических требований. Неспособность ребенка овладеть школьными дисциплинами в соответствии с учебной программой и/или соблюдать требования, предусмотренные школьным распорядком, вопреки своим психофизиологическим возможностям и способностям в русскоязычной литературе принято называть школьной дезадаптацией [1].

В англоязычной литературе более употребляемыми являются дефиниции «школьная неуспеваемость» (school failure) и «учебная несостоятельность» (learning disabilities) [2-4]. Под учебной несостоятельностью понимают несоответствие психофизиологических возможностей и способностей ребенка требованиям учебной программы. О школьной неуспеваемости чаще говорят в тех случаях, когда академические успехи ребенка не соответствуют психофизиологически-мотивированным ожиданиям учителей и родителей.

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 негативное), 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, 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 взаимосвязаны 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)? В случае признания наличия определенного соответствия между указанными категориями возникает вопрос о том, в какой степени формы школьной дезадаптации соответствуют клинической типологии расстройств психики и поведения, которые их вызвали.

По данным различных авторов, 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 [7]. В подростковом возрасте 21% учащихся имеют низкий, 61% – средний и лишь 18% – высокий уровень адаптивного поведения [8]. Уровень школьной неуспеваемости в Европе и США существенно ниже. В США лишь 5-10% детей школьного возраста имеют трудности в обучении [9].

Тем не менее около 5% всех обращений к педиатру и 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 со школьной неуспеваемостью отвечают диагностическим критериям тех или иных психических расстройств [10].

В англоязычных и русскоязычных публикациях школьную дезадаптацию (школьную неуспеваемость) нередко связывают с различными психическими расстройствами. Некоторые специфические школьные

проблемы дали названия расстройствам психики и поведения детского возраста: специфические расстройства чтения, орфографии, счета, школьных навыков, социализированное и оппозиционно-вызывающее расстройство поведения, нарушение активности и внимания, социальное тревожное расстройство, расстройство социального функционирования, расстройство адаптации.

Наиболее распространенными причинами школьной дезадаптации по Н.Н. Заваденко являются минимальные мозговые дисфункции (ММД), астенический и церебрастенический синдром [11]. Невнимательность, гиперактивность, импульсивность рассматриваются 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 трактуется ими как вариант течения ММД. В популяции российских школьников распространенность СДВГ не превышает 7,6%, в то время как среди детей с ММД его доля достигает 46% [12].

В англоязычной литературе школьную неуспеваемость не связывают с повреждением или дисфункцией головного мозга. Среди психических расстройств, ассоциированных со школьной несостоятельностью, согласно результатам ряда исследований преобладает расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ) и ассоциированные с ними расстройства поведения [13]. Школьная неуспеваемость имеет место у 92% школьников с РДВГ [14, 15]. Ученики с РДВГ получают плохие оценки, имеют более низкую самооценку [16], плохо интегрируются в школьные коллективы [17]. Более половины учеников с РДВГ общеобразовательных школ имеют 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 со школьной дезадаптацией в общеобразовательных и специальных школах

С целью изучить клиническую типологию психических и поведенческих расстройств у детей со школьной дезадаптацией (неуспеваемостью) мы провели исследование. Особое внимание уделяли нарушениям активности, внимания и поведения. Изучали возможности адаптивного поведения учащихся в общеобразовательных и специальных учебных заведениях.

Материалы и методы исследования

В процессе исследования рандомизировали 646 детей школьного возраста г. Киева. Первую группу составили 482 учащихся (218 мальчиков, 264 девочки) одной из общеобразовательных школ. Во вторую группу вошли 164 школьника (120 мальчиков, 44 девочки), обучавшихся в специальной (для детей с проблемами школьной адаптации без умственной отсталости) школе.

Обследование включало:

– скрининг родителей детей при помощи русскоязычных версий «Списка детских симптомов» – Child Symptom Inventory (СДС-4) [19] и «Контрольного перечня проявлений детского поведения» – Child Behavior Checklist (КПДП) [20-21];

– скрининг классных руководителей учащихся при помощи учительского варианта русскоязычной версии «Шкалы Вандербильта» – NICHQ Vanderbilt, разработанной

в Национальном институте качества жизни детей США [22].

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

КПДП содержит 19 пунктов для выявления поведенческих расстройств (8 – оппозиционно-демонстративное расстройство (ОПДР), 11 – асоциальное расстройство (АСР)). Взаимоотношения ребенка с другими детьми оценивались по 4 пунктам КПДП. Сумма баллов по этим пунктам использовалась для оценки тяжести социальных проблем учащегося.

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

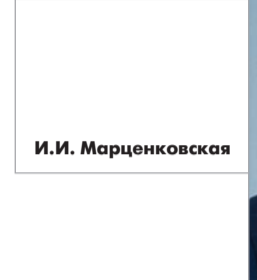
Распространенность РДВГ, гиперкинетических и коморбидных расстройств (ГКР)

По данным EUNETHYDIS (Европейской научной сети по изучению РДВГ), проблемы, связанные с дефицитом внимания, гиперактивностью и импульсивностью, наблюдаются у 6-19% школьников, причем 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 достигается критерии РДВГ по шкале DSM-IV-TR, 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 было диагностировано у 12,2% учащихся одной из



С.И. Табачников



И.И. Марценковская

общеобразовательных школ. В специальной школе РДВГ встречалось в 2,24 раза чаще: у 27,4% детей. Обращает на себя внимание различное соотношение частот встречаемости отдельных подтипов РДВГ у учащихся специальной и общеобразовательной школы: 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-TR, критерии: для диагностики 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 было диагностировано у 4,1% учащихся общеобразовательной школы. В специальной школе расстройство встречалось в 3,7 раза чаще, у 15,2% детей.

Гендерные различия в распространенности РДВГ и ГКР

Как в общеобразовательной, так и в специальной школе ГКР и РДВГ у мальчиков встречались чаще, чем у девочек (табл. 2). В специальной школе отмечалось значительное накопление случаев ГКР и РДВГ среди мальчиков, о чем свидетельствовало гендерное соотношение в выборках

Таблица 1. Частота встречаемости РДВГ (DSM-IV-TR) и ГКР (МКБ-10) у учащихся общеобразовательной и специальной школы

Расстройства МКБ-10 / DSM-IV-TR	Общеобразовательная школа			Специальная школа			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	***

Примечание: 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 (DSM-IV-TR) и ГКР (МКБ-10) у учащихся украинских школ

Расстройства МКБ-10 / 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	***

Примечание: ООШ – общеобразовательная школа, СПШ – специальная школа; 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).

