

Уровень школьной адаптации детей и подростков с инвалидностью при психической патологии

Н.В.Зверева^{1,2}, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии, профессор факультета клинической и специальной психологии (nwzvereva@mail.ru);

Е.Е.Балакирева¹, кандидат медицинских наук, руководитель отдела детской психиатрии (balakirevalena@yandex.ru).

¹ Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья» (115522, г. Москва, Каширское ш., д. 34);

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет» (127051, г. Москва, ул. Сретенка, д. 29).

В работе анализируется проблема школьной адаптации детей-инвалидов по психическому заболеванию в контексте их когнитивного развития. Для оценки уровня учебного функционирования используются следующие параметры: вид школы, в которой обучается ребенок-инвалид (от гимназии и лицея до невозможности обучаться даже в специально созданных условиях) и другие клинические и социальные показатели.

Цель исследования: оценка уровня школьной адаптации у детей с инвалидностью по психическому заболеванию в контексте оценки познавательного развития (наличия когнитивного дизонтогенеза) у пациентов психиатрического стационара.

Материал: анализировались данные детей и подростков, имеющих инвалидность по психическому заболеванию и проходивших стационарное лечение в детском клиническом отделении ФГБНУ НЦПЗ. Всего обследовано 62 пациента в возрасте от 7 до 17 лет (средний возраст 10,5 лет), из них 13 девочек и 49 мальчиков, были разделены по диагнозам согласно МКБ-10 (F84, F20.8, F21, F06), возрасту начала заболевания, уровню школьного обучения и параметрам когнитивного развития (вид когнитивного онтогенеза/дизонтогенеза), структуре семьи.

Методы: экспериментально-психологический, клинико-психопатологический, статистический.

Основные результаты: Дети-инвалиды по психическому заболеванию с разными диагнозами и возрастом начала заболевания отличаются по частоте представленности видов когнитивного дизонтогенеза и вариантов школьного обучения. Фактор полной/неполной семьи в нашей выборке не выступил как определяющий уровень адаптации и представленность когнитивных нарушений у детей инвалидов по психическому заболеванию.

Выводы: Самый низкий уровень школьной адаптации и когнитивного развития наблюдался у детей-инвалидов мужского пола с детским типом шизофрении и расстройствами аутистического спектра и ранним началом заболевания. Различия школьной адаптации и когнитивного развития у детей инвалидов из полных и неполных семей в нашем исследовании не были обнаружены.

Ключевые слова: дети и подростки, инвалидность по психическому заболеванию, уровень адаптации (школьного обучения), когнитивное развитие.

The level of school adaptation of children and adolescents with disability due to mental pathology

N.V. Zvereva^{1,2}, Candidate of Psychological Sciences, Lead researcher of the Department of Medical Psychology, professor department of clinical and special psychology (nwzvereva@mail.ru);

E.E. Balakireva¹, Candidate of Medical Sciences, Head of the Department, Lead Researcher of the Department of Child Psychiatry (balakirevalena@yandex.ru).

¹ Federal State Budgetary Scientific Institution "Scientific Center for Mental Health" (34 Kashirskoe Shosse, Moscow, 115522);

² Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Moscow State University of Psychology and Education" (127051, Moscow, Sretenka str., 29).

The authors present a brief literature review on the problem of the level of children with mental disabilities school adaptation in the context of their cognitive development. The level of the school in which the disabled child is studying (from gymnasium and lyceum to the inability to study) and other clinical and social factors are assessed.

Purpose: to assess the level of school adaptation in children with mental disabilities in the context of assessing cognitive development (the presence of cognitive dysontogenesis) in psychiatric hospital patients.

Sample: children and adolescents with mental disabilities, patient in the children's clinical department of the Federal State Budgetary Scientific Institution Mental Health Research Center, a total of 62 patients aged from 7 to 17 years (average age 10.5 years), 13 girls and 49 boys, they were divided by diagnoses according to ICD10 (F84, F20.8, F21, F06), age of onset of the disease, level of schooling and parameters of cognitive development (type of cognitive ontogenesis/dysontogenesis), complete single-parent family.

Methods: experimental psychological and clinical psychopathological, statistical.

Main results. Children with different diagnoses and age of onset of the disease differ in the frequency of types of cognitive dysontogenesis and variants of schooling. The factor of complete single-parent families in our sample did not determine the level of adaptation and the prevalence of cognitive impairment in children with mental disabilities.

Summary. The lowest level of school adaptation and cognitive development was observed in disabled male children with childhood type of schizophrenia and autism spectrum disorders and with early onset of the disease. Differences in school adaptation and cognitive development in disabled children from intact and single-parent families were not found in our study.

Keywords: children and adolescents, mental illness disability, level of adaptation (schooling), cognitive development.

ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМУ

В 21 веке задачи оценки состояния и прогноза динамики развития детей и подростков, страдающих нервно-психическими заболеваниями, являются одними из первостепенных по значимости, не менее важными являются задачи, связанные с адаптацией таких пациентов. Гуманизация общества, широко декларируемый индивидуальный подход в медицине и образовании, возрастающее стремление к толерантности в социокультурной сфере — все это отличительные знаки современности [2, 3, 17, 19, 22, 26]. Современное общество активно «поворачивается лицом» по отношению к тем его членам, которые имеют определенные проблемы, чаще называемые толерантно «ограничениями» в состоянии здоровья во всех его проявлениях (соматическое, психическое, эмоционально-личностное и социальное). Когда речь идет о детях, подростках, молодежи с такими особенностями, высокая значимость этих вопросов и проблем становится еще более очевидной, Сухая статистика частоты встречаемости психических заболеваний и расстройств поведения и личности показывает, что в нашей стране количество детей и подростков, страдающих психической патологией не уменьшается, а число имеющих инвалидность в связи с этим также возрастает, что констатируют отечественные и зарубежные психиатры уже несколько лет [2, 12, 14, 15, 17, 19, 25, 27]. В исследовании, проведенном Н. А. Мазаевой и О. П. Шмаковой, показано, что частота установления инвалидности детства у подростков в связи с наличием шизофрении, стала снижаться в последние годы, так, в 2018 году она составляла порядка 30 % у мальчиков и 15 % у девочек, что существенно ниже, двадцать лет до этого. Авторы полагают, что более раннее начало заболевания надо рассматривать как неблагоприятный фактор [16, 17, 24]. В исследовании Т. В. Чепель анализируется информация об инвалидизации детей с психической патологией в Дальневосточном регионе. Автор выявила относительно большую частоту встречаемости детей-инвалидов по психическому заболеванию в неполных семьях по сравнению с ситуацией в полных семьях (21,8 % и 18 %), также более тяжелые нарушения были выявлены у детей-инвалидов, проживающих в неполной семье [23]. Это указывает на необходимость более пристального изучения бремени семьи (объективного и субъективного) в связи с наличием ребенка-инвалида, страдающего психическим заболеванием.

Отдаленный катамнез детей и подростков с психической патологией проанализирован в работах В. М. Башиной и Н. В. Симашковой по материалам клинических исследований в конце 20-го века. Изучая катамнез при разных формах и прогрессивности

эндогенного заболевания, они показали, что не только качество ремиссии, но и вся дальнейшая траектория социального функционирования и адаптации детей и подростков может быть грубо снижена [4, 5, 21]. Исследования последних лет показали, что при шизофрении у детей и подростков для последующего социального функционирования и адаптации большое значение имеют такие клинические параметры, как возраст начала заболевания, его прогрессивность, ведущие психопатологические синдромы (наименее благоприятный — кататонический), уровень интеллекта. Существенную роль играют и родительская позиция, и уровень оказания медицинской и психологической помощи и реабилитации, а также наличие дополнительных коморбидных расстройств и микстовых сочетаний, значение могут иметь и некоторые другие показатели [2, 3, 9, 13, 14, 19, 22, 24–26, 28, 30].

О. П. Шмаковой было проведено сопоставление вариантов инвалидности по психическому заболеванию детей и подростков 2-х когорт: 1) родившиеся в 1990–92 гг. и 2) родившихся в 2005–2018 гг. Она показала, что в количестве и нозологическом разнообразии детей-инвалидов в двух когортах за 15 лет произошел сдвиг в сторону увеличения числа детей-инвалидов среди наблюдаемых детскими и подростковыми психиатрами, основной прирост произошёл за счет числа детей-инвалидов с расстройствами аутистического спектра и различными другими вариантами нарушений общего развития [26]. Основным выводом, который делает автор — ранняя инвалидность по психическому заболеванию «многофакторное явление, распространённость, динамика, структура которого зависят не только от клинических, но и социально-административных реалий» [26, с.62].

Проблема инвалидности при часто встречающемся в последние годы нарушении развития — расстройствах аутистического спектра (РАС) — в контексте катамнестического изучения, организации реабилитации детей неоднократно поднималась специалистами: и психиатрами, и психологами, и педагогами. [1, 11–13]. Н.В. Симашкова описала отдаленный катамнез детей, прошедших лечение в дневном полустационаре для детей-аутистов в Научном центре психического здоровья (1984–2015). Она пишет, что только 8 % детей с тяжелыми формами аутизма были помещены в интернатные учреждения, остальные из 1700 пациентов имели возможность обучаться: из них 40 % — по программе массовой и коррекционной форме обучения; а 20 % — в школах для детей с задержкой психического развития и еще 32 % — в школах для умственно отсталых детей [12]. Важно, что немалая доля этих детей имела инвалидность в связи с наличием РАС.

Специалисты в области клинической, специальной и возрастной психологии также отмечают и изучают проблему инвалидизации детей вследствие психического заболевания. Обсуждается родительская позиция при разных видах задержанного развития, расстройствах аутистического спектра [1, 18, 20], работа специалистов с такими детьми и их семьями [6, 10, 13, 18, 19].

В статьях зарубежных коллег также отмечается возросший интерес к работе с пациентами, имеющими инвалидность (ограниченные возможности) по психическому заболеванию, особенно в семейной ситуации. В пилотажном исследовании Dempsey I. изучалась взаимосвязь между родительским стрессом и компетентностью в области воспитания и возможностью поддержки со стороны семьи, была показана неоднозначность такой связи [29]. Тема стигматизации в семьях детей-инвалидов обсуждалась в работе Green S. E. (Флорида, США) Автор обратил внимание на объективные и субъективные параметры бремени ухода за ребенком с инвалидностью по психическому заболеванию. Дети матерей с высоким уровнем стигмы обнаруживали большие проблемы во взаимодействии с окружением [31]. Темы наличия инвалидности по психическому заболеванию, существующих при этом трудностях адаптации, значимости разработки и применения современных видов лечения, оценка его успешности, прогноз и возможности улучшения социального функционирования неоднократно поднимались на международных форумах специалистов в области психического здоровья детей и подростков (IASCAP, ESCAP, АДПП). Отмечается возможность/невозможность смены диагноза в течение жизни и многое другое [27, 31]. Известно, что в западных странах социальные службы сопровождения детей и взрослых с нарушением здоровья и инвалидностью имеют достаточно долгую историю, эти подразделения успешно функционируют и являются более разветвленными по сравнению с отечественными, о чем писали специалисты, проводившие контроль детских интернатных учреждений в нашей стране (Кондакова и др., 2023) [14]. Успешный опыт организации комплексной помощи и сопровождения детей и подростков с психической патологией есть в Чехии, Швейцарии, Словении и других странах Европы [31, 32].

Резюмируя проведенный краткий обзор проблемы инвалидности детей и подростков с психической патологией, необходимо отметить следующие моменты:

- Обнаружено влияние семейного фактора (полная/неполная семья, наличие стресса и стигмы и т.п.).
- Показан вклад клинических детерминант для достижения оптимального уровня социального функционирования и адаптации.

- Обсуждается значение познавательного развития и уровня организации обучения детей и подростков с психической патологией.

В представленной статье излагаются итоги анализа клинико-психологической диагностики детей-инвалидов по психическому заболеванию, проходивших стационарное лечение в ФГБНУ НЦПЗ.

Цель работы: оценка уровня школьной адаптации у детей с инвалидностью по психическому заболеванию в контексте оценки познавательного развития (наличия когнитивного дизонтогенеза) у пациентов психиатрического стационара.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Испытуемые: 62 пациента, дети и подростки в возрасте от 7 до 17 лет, проходившие стационарное лечение в 7-м детском клиническом отделении ФГБНУ НЦПЗ, среди них 49 мальчиков и 13 девочек. Такое превалирование мальчиков соответствует соотношению по полу лиц с психическими расстройствами в детском возрасте. Все дети имели статус «инвалид детства», воспитывались в полных (35) неполных (25) и приемных (2) семьях. Первично поступившие — 24 %, повторно — 76 % больных. По диагнозам были представлены следующие по МКБ10: F20.8 детский тип шизофрении (42 %), F21 шизотипическое расстройство (26 %), F84 расстройства развития (детский аутизм — 24 %), другие диагнозы — 7 % (в основном органическая патология). Возраст начала заболевания до 1 г. — 16 чел., от 1 до 3 лет — 25 чел., от 4 до 7 лет — 11 чел., старше 8 лет — 10 чел. Всего с началом до 3 лет — 66 % пациентов.

Использованы методы:

- экспериментально-психологическая диагностика когнитивного развития (когнитивного дизонтогенеза) с помощью комплекса методик по исследованию памяти, внимания, мышления [8];
- анализ историй болезни и оценка уровня школьной адаптации;
- методы математической статистики (критерии Манна-Уитни, Фишера).

Диагностика когнитивного развития предполагала выявление одного из 3 вариантов когнитивного дизонтогенеза или нормативного развития [8, 10]. Уровень школьной адаптации оценивался по разработанной и предложенной нами схеме в баллах и соответствовал форме обучения ребенка:

- 0 баллов — если ребенок не учится (не организован);
- 1 балл — учащиеся коррекционных (вспомогательных) школ;

• 2 балла — если дети имели особые условия обучения в массовой школе (коррекционный класс, домашнее или индивидуальное обучение, специализированная школа здоровья и т.п., чаще всего общеобразовательная программа);

- 3 балла — обучающиеся в массовой школе;
- 4 балла — обучающиеся в гимназии;
- 5 баллов — обучающиеся в предметных специализированных школах (лицеях).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценка уровня школьной адаптации у детей и подростков с инвалидностью по психическому заболеванию проводилась по следующим параметрам:

1. Социальные факторы: полная — неполная семья (независимо от диагноза).
2. Биологический фактор пола пациентов (разница между мальчиками и девочками).
3. Психологическая квалификация вида когнитивного дизонтогенеза, различия между ними.
4. Клинические параметры (собственно диагноз, возраст начала заболевания, ведущий синдром).

В таблице 1 представлено сопоставление учебной адаптации и показателей когнитивного развития детей и подростков, воспитывающихся в полных и неполных семьях.

Таблица 1. Сравнение адаптации и когнитивного развития у детей инвалидов, проживающих в полных / неполных / приемных семьях (абсолютное число детей)

Comparison of adaptation and cognitive development in disabled children living in complete / single-parent / adoptive families (absolute number of children)

Параметры Вид семьи	Балл адаптации Средний по группе	Вид когнитивного дизонтогенеза			Всего чел.	
		Регрессивно-дефектирующий	дефицитарный	искаженный		норма
Полная	1,82	17 чел.	13 чел.	2 чел.	3 чел.	35 чел.
Неполная	1,86	14 чел.	1 чел.	4 чел.	4 чел.	25 чел.
Приемная	1	1 чел.	0	1	0	2 чел.
Всего	1,9	32 чел.	14 чел.	7 чел.	7 чел.	62 чел.

Таблица 2. Различия между мальчиками и девочками инвалидами по уровню адаптации в школе и когнитивному развитию

Differences between boys and girls with disabilities in the level of adaptation at school and cognitive development

Параметры пол	Балл адаптации Средний по группе	Вид когнитивного дизонтогенеза			Всего чел.	
		Регрессивно-дефектирующий	дефицитарный	искаженный		норма
мальчики	1,79	27 чел.	12 чел.	5 чел.	5 чел.	49 чел.
девочки	2,15	7 чел.	3 чел.	2 чел.	1 чел.	13 чел.
Всего	1,9	34 чел.	15 чел.	7 чел.	6 чел.	62 чел.

В нашей выборке различия между детьми из полных и неполных семей не были обнаружены. Во всех типах семей имелся сходный невысокий балл адаптации в школе, большинство детей училось в щадящих условиях (0–2 балла — около 75 % в группе с полной и неполной семьей). Самым частым для детей как из полных, так и неполных семей оказался регрессивно-дефектирующий вид когнитивного дизонтогенеза, составивший у детей из неполных семей 60 %, а для детей из полных семей — 47 %.

Рассмотрим разницу между мальчиками и девочками (пол пациентов — базовый биологический фактор). В таблице 2 представлены основные материалы этого анализа.

Разница по уровню адаптации мальчиков и девочек не достигает достоверных значений, однако в тенденции более адаптивны девочки. Частота встречаемости регрессивно-дефектирующего варианта когнитивного дизонтогенеза в группе мальчиков инвалидов и девочек инвалидов совпадает.

В таблице 3 отражены показатели адаптации в школе у детей-инвалидов с разными вариантами когнитивного онтогенеза (варианты дизонтогенеза и в норма развития).

Различия по уровню школьной адаптации у детей-инвалидов с регрессивно-дефектирующим и искаженным видом когнитивного дизонтогенеза статистически достоверны по критерию Манна-

Таблица 3. Уровень школьной адаптации по видам когнитивного развития у детей-инвалидов
Level of school adaptation according to the type of cognitive development in disabled children

Вид когнитивного дизонтогенеза	Показатель адаптации в школе (средний балл)	Всего (человек)	Процент
Регрессивно-дефектирующий	1,57**	33	53 %
Дефицитарный	1,86	15	24 %
Искаженный	2,57**	7	11,5 %
Отсутствие дизонтогенеза	2,57**	7	11,5 %
Всего	1,9	62	100 %

** — различия достоверны на уровне 0,01.

Таблица 4. Возраст начала заболевания и уровень школьной адаптации по видам когнитивного дизонтогенеза у детей инвалидов по психическому заболеванию

Age of onset of the disease and level of school adaptation by types of cognitive dysontogenesis in mental disabled children

ВНЗ	Всего человек	Средний балл школьной адаптации	Регрессивно-дефектирующий		Дефицитарный		Искаженный		Норма развития	
			Чел.	Балл	Чел.	Балл	Чел.	Балл	Чел.	Балл
0	16	1,4**	10	1,4	4	1,25	1	0	1	2
1	25	1,72	13	1,3	7	2	2	2,5	3	2,3
2	11	2,0	6	1,67	3	2,0	2	3	0	-
3	10	2,9**	4	2,75	1	3	2	3,5	3	2,7
Σ	62	1,87	33	1,6	15	1,87	7	2,57	7	2,57

** — различия достоверны на уровне 0,01.

Уитни (уровень 0,01), у детей без нарушений когнитивного развития эти отличия также значимы по критерию Манна-Уитни (уровень 0,01).

Рассмотрим клинические показатели и уровень школьной адаптации вкуче с проявлениями видов когнитивного дизонтогенеза. Начнем с показателя возраста начала заболевания (ВНЗ). Мы разделили всех пациентов по ВНЗ: группа 0 — заболевание началось до 1 года; группа 1 — ВНЗ от 1 года до 3 лет; группа 2 — ВНЗ от 4 до 8 лет; группа 3 — после 8,5 лет

Анализ данных, представленных в таблице 4, выявляет достоверные различия уровня школьной адаптации при диагностированном регрессивно-дефектирующем виде когнитивного дизонтогенеза при начале заболевания с рождения и после 8,5 лет (критерий Манна-Уитни, уровень достоверности 0,01). В нашей выборке детей-инвалидов было немного как с очень ранним (с рождения — 0 группа), так и поздним началом заболевания (3 — группа, после 8,5 лет). Очевидно, что в группе 3 по возрасту начала заболевания дефициты и проявления дефекта не настолько велики, как при раннем начале заболевания. Для более четкого ответа на вопрос о связи возраста начала заболевания и степени выраженности когнитивного дизонтогенеза следует расширить выборку и

посмотреть на системные связи возраста начала заболевания с другими клиническими показателями. Полученные нами данные в целом согласуются с выводами работ О. П. Шмаковой [24–26].

Рассмотрим частоту встречаемости разных вариантов когнитивного дизонтогенеза у детей инвалидов в зависимости от психиатрического диагноза.

У детей-инвалидов с диагнозом F20.8 регрессивно-дефектирующий вариант когнитивного дизонтогенеза встречался с той же частотой, что и при РАС или органической патологии, тогда как при диагнозе F21 этот вид дизонтогенеза встречался значимо реже (достоверность по критерию Фишера на уровне 0,01). Отметим, что для детей-инвалидов с диагнозом F20.8 самым часто встречающимся ведущим синдромом был кататонический, для F21 — психопатоподобный и аффективный (как маниакального, так и депрессивного полюсов). Для детей-инвалидов с РАС не выявлено преобладания какого-либо одного синдрома, с равной частотой встречались гиперкинетический, полиморфный, психопатоподобный и кататонический, что еще раз указывает на большое разнообразие расстройств в группе РАС. Кроме того, в группе встречались и сложные на-следственно обусловленные специфические син-

Таблица 5. Распределение детей инвалидов по видам когнитивного дизонтогенеза в группах по диагнозу (абсолютное число и средний балл адаптации)

Distribution of children with disabilities by type of cognitive dysontogenesis in groups according to diagnosis (absolute number and average adaptation score)

Диагноз	Чел.	Балл	Регрессивно-дефектирующий		Дефицитарный		Искаженный		Норма развития	
			Чел.	Балл	Чел.	Балл	Чел.	Балл	Чел.	Балл
Детский тип шизофрении (F20.8)	26	1,8	16**	1,6	8	2,1	-	-	2	2,5
Шизотипическое расстройство (F21)	17	2,6	4**	2,2	4	2,2	5	3	4	2,8
Нарушения развития (расстройства аутистического спектра) (F84)	16	1,1	9**	1,1	3	0,7	2	1,5	1	2
Органическая патология (F06)	3	2	3**	2	-	-	-	-	-	-
Всего	62	1,9	33	1,6	15	1,9	7	2,6	7	2,6

** — различия достоверны на уровне 0,01.

дромы (Мартина–Белл, Каннера). У детей-инвалидов с органической патологией чаще встречался эписиндром. Таким образом, исследование показало определенную связь когнитивных нарушений и клинических параметров в группе детей инвалидов с психической патологией.

ПРИМЕР КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ДЛИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Не детализируя подробности самого клинического случая, в качестве иллюстрации остановимся на траектории психопатологического состояния пациента, его когнитивного развития, адаптации в микро- и макросоциуме, реализовавшихся в образовательном и социально-семейном маршрутах, а также в изменениях психиатрической квалификации расстройств в возрастном интервале от 8 до 16 лет [7].

Пациент N наблюдался в НЦПЗ с 2005 по 2015 гг., за этот период 7 раз находился на стационарном лечении в 7-м детском отделении клиники, в ходе пребывания в котором каждый раз проходил специализированную психологическую диагностику. В ходе наблюдения за пациентом специалистами-психиатрами (начиная с дошкольного возраста) происходила смена диагноза с РДА (F 84.8) — в 6 лет, на детский тип шизофрении (F 20.80.43) — в 8 лет, при этом с 9 лет тяжесть и стабильность нарушений определили необходимость установления инвалидности по психическому заболеванию. В подростковом возрасте диагноз вновь был изменен, диагностирована

шизофрения с нарастающим олигофреноподобным дефектом и психопатоподобным синдромом (F20.81.43). Динамика ведущих синдромов выглядела следующим образом: аффективно-кататонический и гипоманиакально-кататонический в детском возрасте, в первые госпитализации сменились психопатоподобным на фоне олигофреноподобного дефекта в течение подросткового возраста.

Психологическая квалификация динамики когнитивного развития, состояния мотивационной и эмоционально-личностной сферы показала, что в процессе стационарной терапии отмечались очерченные по времени периоды внутрибольничных положительных изменений в состоянии памяти и внимания при общей неравномерности развития по возрастным периодам. При этом, казалось бы, благоприятные тенденции психического развития искажались, разрушались снижением, вызванным формированием психического (когнитивного, эмоционально-личностного) дефекта, что предопределило нарастание с возрастом проявлений инфантилизма, снижения уровня личности, социальной дезадаптации. Таким образом, история болезни пациента N дает основание говорить о быстром формировании интеллектуального и личностного дефекта, который в пубертате был уже выраженным, а в когнитивной сфере соответствовал регрессивно-дефектирующему варианту когнитивного дизонтогенеза. Асинхрония психического развития проявлялась в одновременном сосуществовании позитивных и негативных тенденций развития, последние стали преобладать в пубертатном возрасте.

За время болезни образовательная траектория уровня школьной адаптации обнаруживала тенденцию к снижению, при этом средний балл адаптации никогда не превышал 2-х баллов (коррекционная, индивидуальная программа обучения, в первые годы и в подростковом возрасте по программе общеобразовательной школы). Семейная ситуация менялась следующим образом. В раннем детстве мальчика семья распалась (ушел отец ребенка). На протяжении дошкольного и младшего школьного возраста ребенок воспитывался матерью и бабушкой, с конца младшего школьного возраста — только бабушкой (мама стремилась устроить свою личную жизнь и устранилась от воспитательного процесса. В подростковом возрасте на фоне нарастающих изменений личности усилилась жестокость больного по отношению к бабушке; его хорошее соматическое развитие (большой рост, физическая сила) в сочетании с частыми эпизодами агрессии, сделали совместное проживание с внуком, для уже весьма пожилой женщины, опасным для ее жизни. В результате в конце подросткового возраста пациент N был определен в психоневрологический интернат (на условиях постоянного пребывания).

Резюмируя анализ случая, отметим подтверждение практикой реальных клинических наблюдений индивидуальной динамики пациента, используемой нами квалификации уровня школьной дезадаптации в сочетании с оценкой видов когнитивного дизонтогенеза.

РЕЗЮМЕ

Проведенный литературный клинико-психологический анализ уровня школьной адаптации детей инвалидов с психической патологией позволяет сделать некоторые важные обобщения, которые в значительной мере соотносятся с обобщенными данными других исследователей, однако они имеют и свою специфику, и новизну.

- Предлагаемая схема оценки когнитивного развития и уровня школьной адаптации детей инвалидов показала свою состоятельность на эмпирическом материале срезового и индивидуально-динамического наблюдения.

- У детей-инвалидов с детским типом шизофрении и расстройствами аутистического спектра выявлен самый низкий уровень школьной адаптации и когнитивного развития.

- Различия по основным показателям школьной адаптации и когнитивного развития у детей-инвалидов из полных и неполных семей в нашем исследовании не были обнаружены.

- Различия по базовому биологическому показателю — полу больных, были получены только

для наиболее грубого варианта когнитивного дизонтогенеза (регрессивно-дефектирующий вид), который достоверно чаще встречался у мальчиков.

- Клинические показатели имеют определенную специфику для разных вариантов адаптации и когнитивного развития:

- Наличие детского типа шизофрении и ранее начало прогрессивного заболевания коррелируют с когнитивным дизонтогенезом и сниженным уровнем школьной адаптации.

- Преобладающий синдром в клинической картине имеет значение: более грубые нарушения учебной адаптации и когнитивного развития отмечаются при ведущем кататоническом синдроме, сравнительно более мягкие — при полиморфном.

Хотя проведенное исследование имеет определенные ограничения, прежде всего связанные с небольшим количеством обследованных и проанализированных пациентов, полученные данные показывают адекватность избранного направления анализа и дают основание для продолжения работы на большей выборке для создания практических рекомендаций для специалистов (медиков, психологов, педагогов) и родителей.

Отметим, что в настоящее время в России введено инклюзивное образование. В связи с этим мы полагаем, что у специалистов должна быть возможность оценить успешность обучения пациента в дальнейшем не просто по факту присутствия в школе, а в плане успешного овладения знаниями в доступной для больного ребенка-инвалида форме.

Литература

1. Алёшина Н.В. Клинико-катамнестическое исследование различных форм детского аутизма: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Саратов, 2015. - 28 с.
2. Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Головина А.Г., Блинова Т.Е., Никитина С.Г., Коваль-Зайцев А.А. Особенности шизофрении у детей: клиника и терапия // СТПН. 2022. №3-4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-shizofrenii-u-detey-klinika-i-terapiya> (дата обращения: 03.11.2023).
3. Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В., Никитина С.Г., Блинова Т.Е., Шалина Н.С., Голубева Н.И. Шизофрения. Детский и подростковый возраст. Руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. — 96 с. ISBN: 978-5-9704-7799-1
4. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения: (статика и динамика). - М.: Медицина, 1980. - 248 с.
5. Башина В.М., Симашкова Н.В. Систематика форм течения детской шизофрении в свете отдалённого катамнеза // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1989. - №8 (Т. 89). С. 69-75.
6. Венгер А.Л., Морозова Е.И. Клиническая психология развития. - М.: Юрайт, 2018. - 312 с.
7. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Куликов А.В. Становление дефекта при шизофрении: динамика взаимодействия развития и болезни (клинико-психологическая оценка случая) // Вопросы психического

- здоровья детей и подростков. - 2016. - №2.(Т.16) - С. 14-23.
8. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Психологическая диагностика когнитивного дизонтогенеза //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. Спецвыпуски. — 2018. - №5. (Т. 118) - С. 3-11.
 9. Зверева Н.В., Балакирева Е.Е. Ранний анамнез и когнитивный дизонтогенез при психической патологии у детей и подростков: синдромальный подход. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2017. - №2 (Т.17) (приложение) - С. 99.
 10. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. 2-е изд. - М.: Академия. - 2015, - 272 с.
 11. Казьмин А.М., Перминова Г.А., Чугунова А.И. Прикладное значение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (краткий обзор литературы) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2014. Том 3. № 2. URL: https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2014_n2/Kazmin_et_al (дата обращения: 14.08.2023).
 12. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра /Под ред. Н.В.Симашковой, Т.П.Клюшник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, - 2016, - 288 с. ISBN 978-5-9704-3841-1.
 13. Коваль-Зайцев А.А. Клинико-психологические аспекты реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра. //Клинико-биологические, психологические и социальные аспекты психических расстройств у детей и подростков: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию со дня рождения М.Ш. Вроно). Под ред. Н.В. Симашковой. — М.- 2018 - С. 67-75.
 14. Кондакова Н. А., Нацун Л. Н. Инвалидность детского населения как медико-социальная проблема // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. - 2019. - №4 (15). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/invalidnost-detskogo-naseleniya-kak-mediko-sotsialnaya-problema> (дата обращения: 14.08.2023).
 15. Лубовский В.И., Розанова Т.В., Солнцева Л.И. и др. Специальная психология. - М.: Академия, - 2005. — 464 с.
 16. Мазаева, Н.А. Шмакова О.П., Андреева О.О. Катамнез детской шизофрении (клинический и социальный аспекты) //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2012 - №7 (Т. 112). - С. 20-27.
 17. Мазаева Н.А., Шмакова О.П. //Клинико-биологические, психологические и социальные аспекты психических расстройств у детей и подростков: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию со дня рождения М.Ш. Вроно). Под ред. Н.В. Симашковой. — М.- 2018 - С 159-160.
 18. Мамайчук И.И. Методы психологической помощи детям и подросткам с нарушениями в развитии. - СПб.: Эко-Вектор, - 2015.- 416 с.
 19. Психическое здоровье детей страны — будущее здоровье нации: сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии (Ярославль, 4-6 октября 2016 г.) / Под ред. Доктора мед. наук, проф. Е.В. Макушкина. — М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России,- 2016 — 542 с.
 20. Психология родительства. Проблемы, подходы, методы исследования. Под ред. Е.В.Курьяк. - Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, - 2006 -142 с..
 21. Симашкова Н.В. Об особенностях ремиссий у подростков, больных рекуррентной и приступообразно-прогредиентной шизофренией (сравнительное клинико-катамнестическое исследование) //Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. Сб. науч. трудов под ред. М.Ш.Вроно - М, 1986, - С. 51-61.
 22. Современные тенденции социального сопровождения семьи особого ребенка: отечественный и зарубежный опыт. М.: ИТД «ПЕРСПЕКТИВА», 2016.- 80 с. - ISBN 978-5-90579018-8
 23. Чепель Т. В. Медико-демографическая ситуация в семьях, воспитывающих детей-инвалидов //Дальневосточный медицинский журнал. - 2006. - №. 3. С. 26-29.
 24. Шмакова О. П. Расстройства шизофренического спектра — возрастная динамика болезненных нарушений, социальная адаптация повзрослевших пациентов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2017.- №2 (Т.17) (приложение). - С. 271-272.
 25. Шмакова О. П. Андреева О. О. Сравнительный анализ социальной адаптации детей и подростков, страдающих шизофренией и умственной отсталостью // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2013 - №1 (Т.13). - С. 24-31.
 26. Шмакова О. П. Структурно-динамические особенности ранней инвалидности вследствие психических болезней // Здоровье и образование в XXI веке. 2020. №10. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strukturno-dinamicheskie-osobennosti-rannej-invalidnosti-vsledstvie-psiicheskikh-bolezney> (дата обращения: 14.08.2023).
 27. Brain, mind and developmental psychopathology in childhood. Ed E.Garralda and J-P Raynold. 2012.
 28. Cloninger C. R. et al. A time for action on health inequities: foundations of the 2014 Geneva declaration on person-and people-centered integrated health care for all /International journal of person-centered medicine. — 2014. №2 (Т. 4). P. 69.
 29. Dempsey, I., Keen, D., Pennell, D., O'Reilly, J., & Neilands, J. Parent stress, parenting competence and family-centered support to young children with an intellectual or developmental disability. //Research in developmental disabilities. - 2009 - Vol. 30(3), - P.558-566.
 30. Hughes-Scholes C. H., Gavidia-Payne S. Early childhood intervention program quality: Examining family-centered practice, parental self-efficacy and child and family outcomes //Early Childhood Education Journal. — 2019. — Vol. 47. — P. 719-729.
 31. Green S. E. “What do you mean ‘what's wrong with her?’”: stigma and the lives of families of children with disabilities //Social Science & Medicine. - 2003. Vol. 57. - №8. - P. 1361–1374.
 32. Understanding uniqueness and diversity in child and adolescent mental health. /Ed.by M.Hodes, S.Shur-Fen Gau, P.J. de Vries. - Academic Press. - 2018. - 368 pp.