



УДК 376.4

## МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Фесенко Ю.А., Романовская М.В, Бычковский Д.А. (Санкт - Петербург, Россия)



### **Фесенко Юрий Анатольевич**

Доктор медицинских наук, зам. главного врача, СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия им. С.С. Мнухина»;  
профессор кафедры клинической психологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБОУ ВО СПбГПМУ), г. Санкт-Петербург  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0512-936X>  
E-mail: [yaf1960@mail.ru](mailto:yaf1960@mail.ru)



### **Романовская Марина Владимировна**

Кандидат психологических наук, главный врач Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина (СПб ГКУЗ ЦВЛ),  
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация  
[https://orcid.org/000199\\_000009\\_002663433](https://orcid.org/000199_000009_002663433)  
E-mail: [m1901rom@yandex.ru](mailto:m1901rom@yandex.ru)



### **Бычковский Дмитрий Александрович**

Клинический психолог  
Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина (СПб ГКУЗ ЦВЛ),  
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация  
E-mail: [dmitry\\_ab@yandex.ru](mailto:dmitry_ab@yandex.ru)

### **Аннотация.**

Статья посвящена организации психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью, имеющих психические нарушения, с учетом медицинских аспектов проблемы. Освещена проблема школьной дезадаптации учеников с клинической и психолого-педагогической точек зрения.

В представленной научной работе авторы описывают основные проблемы обучающихся: нарушения формирования школьных навыков, ГРДВ (гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания или СДВГ – в медицинской практике), аутизм, нарушения поведения, вызывающее оппозиционное расстройство. Подробно освещены виды коррекционной и консультационной, лечебной помощи при этих видах психопатологии.

Авторы настаивают на том, что оптимальное обучение данной категории детей возможно только при условии комплексного подхода в диагностике и медико-психолого-педагогическом сопровождении, оказании своевременных лечебных и коррекционных воздействий.

**Ключевые слова:** ребенок с ограниченными возможностями здоровья, психические нарушения, медико-психолого-педагогическом сопровождении.

**Для цитаты** Фесенко Ю.А., Романовская М.В, Бычковский Д.А. Медицинские аспекты психолого-педагогического сопровождения обучающихся с психическими нарушениями и ограниченными возможностями здоровья. // Медицинская психология в России: сетевой науч. Журн. – 2024. – Т. 16, № 4(85). – С. 22-34 – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (дата обращения: чч.мм. гggg).

### **Введение.**

Актуальность проблемы медико-психолого-педагогического сопровождения детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в школьных учреждениях, обусловлена значительным количеством детей, требующих подбора оптимального вида программы обучения, особых условий, в части случаев – надомной формы обучения, психокоррекционных, лечебных, логопедических вмешательств. На данный момент в Санкт-Петербурге наблюдаются у психиатра 282654 ребенка (статистика 2023 года), что составляет около 3% всего количества детей в городе. Несмотря на кажущийся небольшой процент наблюдающихся детей, школьников, имеющих проблемы в обучении, значительно больше. Многие родители выбирают домашнюю форму обучения, оформляют основание для индивидуального обучения в школе, обосновывая свое решение неврологическими или соматическими нарушениями здоровья их ребенка или, в конце концов, обращаются к психиатрам, когда школьные проблемы приобретают «клинический оттенок».

С первых дней обучения родители или педагоги отмечают низкий уровне усвоения образовательной программы для части детей, имеющих задержку психологического развития, речевые проблемы, нарушения формирования школьных навыков. К проблемам когнитивного характера присоединяются поведенческие в виде протеста, отказов от посещения школы, и эмоционального характера (широкий спектр тревожных расстройств, невротоподобных и преневротических форм реагирования на стресс).

В части случаев проблемы возникают на уровне адаптации к условиям учебной среды (астенизированные дети, дети со сложным поведением, с гиперактивностью и дефицитом внимания (СДВГ или ГРДВ), коммуникативными нарушениями, тревожными расстройствами, аутистическими расстройствами). Специалисты, работающие в области школьных проблем, единодушно отмечают рост количества учащихся со «школьной дезадаптацией» (в некоторых случаях количество таких учащихся, по разным данным, составляет от 31,6% до 76,9% от общего числа всех учащихся) (Э.М. Александровская, Н.М. Иовчук, А.А. Северный, Н.Б. Морозова, И.А. Коробейников и др.).

Существующие определения школьной дезадаптации (ШД) достаточно разнообразны и, как правило, связаны с одним из аспектов этого мультифакторного состояния. Не являясь диагностической категорией, ШД как таковая нередко выпадает из поля внимания клиницистов, воспринимается ими как «естественное» следствие психических расстройств вообще и клинических феноменов, в частности.

### **Обзор.**

В сугубо клиническом контексте истоки ШД условно можно разделить на несколько групп:

- 1.интеллектуально-мнестические расстройства (церебрастенические, психоорганические, умственная отсталость);
- 2.расстройства мышления («астеническая несостоятельность», аутистическое мышление, патологическое фантазирование сверхценные увлечения и т. п.);
- 3.эмоциональные нарушения (страх, тревога, депрессия);
- 4.волевые расстройства (нарушение мотивации, снижение психического напряжения, расстройство целенаправленного внимания);
- 5.личностные расстройства (патохарактерологические реакции, психопатизация) [1].

Проблема школьной дезадаптации детей и подростков является комплексной, привлекает внимание педагогов, психологов, социальных работников, психиатров, сотрудников правоохранительной системы. В последние годы практически все специалисты отмечают увеличение числа детей и подростков, у которых наблюдаются разнообразные трудности, проявляющиеся в процессе обучения. Основными симптомами школьной дезадаптации являются: школьная неуспеваемость, нарушение эмоционально-личностного отношения к обучению, к учителям, сверстникам, к личностной перспективе и школьная тревожность [2].

Практически все работы, посвященные школьной дезадаптации, акцентируют внимание на причинах ее возникновения и закрепления, так как именно они определяют не только «мишени» психолого-педагогических воздействий, но и позволяют осуществлять индивидуальный подход к каждому ребенку. К причинам школьной дезадаптации некоторые авторы относят подростковый стресс, который связан с возрастными особенностями и проявляется в беспокойном сне, отсутствии чувства отдыха после пробуждения, в трудности сосредоточения на учебном материале, в отсутствии терпения в несложной психологической ситуации, в конфликтности со сверстниками, в жалобах на частые головные боли и т.д. [3]. Другие авторы основной причиной школьной дезадаптации считают психологическую зависимость от определенного педагога, которая, в частности, характеризуется потребностью ребенка в систематическом взаимодействии с ним и создает чувство защищенности, повышает самооценку и т.д. [4]. В то же время, психологическая зависимость от педагога может достигать патологического уровня, препятствовать развитию учащегося, отражаться на включенности в школьную жизнь. Третьи авторы предлагают к рассмотрению целый ряд причин школьной дезадаптации, куда относят родительское отношение, неготовность к школе, леворукость, инфантилизм, недостаточную произвольность психических функций и т.д. [5, 6]. Обращает на себя внимание то, что подавляющее большинство научных публикаций анализируют школьную дезадаптацию с психолого-педагогических позиций, тогда как медицинский аспект встречается гораздо реже [7].

В группу риска по школьной дезадаптации попадают дети, в анамнезе у которых имеются резидуальная органическая патология ЦНС и неблагоприятные социокультурные условия, предшествующие школьному периоду. Риск дезадаптации ребенка повышается в определенные кризисные моменты: во время поступления ребенка в школу; в период перехода из начальной школы в среднюю. Объективно это совпадает с появлением новой ведущей деятельности, а также – и в связи с психофизическими особенностями формирующегося организма подростка. Важную роль в школьной адаптации и ее нарушениях играет личность ребенка со своими индивидуальными и возрастными-психологическими проявлениями.

Подробнее остановимся на наиболее частых проблемах школьного возраста.

### **1. Нарушения формирования школьных навыков:**

**Дислексия** – стойкое нарушение формирования навыка чтения, выражающееся в неузнавании букв, трудностях соотнесения графического изображения буквы («графемы») с соответствующим звуком («фонемой») или ее произнесением («артикулемой»). Дефекты чтения проявляются в замедленном или ускоренном темпе чтения, одновременно могут быть замены, перестановки букв, слогов, сокращение слоговой структуры слова, неверное ударение и др. Различают: фонематическую, семантическую, мнестическую и оптическую дислексию.

**Дисграфия** – стойкое нарушение навыков письма, проявляющееся в виде трудностей соотнесения звуков устной речи с их графическим изображением, сложностями перекодировки печатного и письменного изображения букв при списывании. Характерными ошибками являются замены букв по сходству их произношения или графического изображения, пропуски гласных, согласных и слогов, их перестановки, слитное написание слов в предложении, расчленение целого слова, зеркальное написание букв. Различают: артикуляторно-акустическую, акустическую и оптическую дисграфии.

**Алалия.** Отсутствие речи (а – частица отрицания, и лалия – речь, лат.). Это один из наиболее тяжелых дефектов речи у детей с сохраненным слухом, артикуляционным аппаратом и имеющих нормальное интеллектуальное развитие.

Причинами нарушения формирования речи в этом случае являются поражения головного мозга разного генеза (происхождения), чаще всего, полученные в процессе внутриутробного развития, во время родовой деятельности или в результате осложнений от перенесенных заболеваний (менингоэнцефалит, грипп, краснуха и т.п.). Нередкими

причинами являются также и травмы головы, полученные маленьким ребенком, даже без видимых симптомов сотрясения головного мозга.

Различают моторную и сенсорную алалию. Первая возникает значительно чаще и проявляется в нарушениях непосредственно экспрессивной (выразительной, высказывательной) речи, т.е. в резком снижении возможностей активного общения ребенка посредством речи, от него исходящей. При сенсорной алалии нарушается восприятие и понимание речи при сохраненном слухе, т.е. нарушена импрессивная сторона речи. При моторной алалии могут проявляться разные уровни нарушения речи, от полного ее отсутствия до развитой фразовой речи с выраженными элементами грамматического и фонематического недоразвития.

**2. ГРДВ (гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания; СДВГ – в медицинской практике)** включает детей, у которых наблюдаются постоянные и несоответствующие их возрасту симптомы невнимательности, гиперактивности и импульсивности. Клиническую картину ГРДВ составляют избыточная двигательная активность, импульсивность поведения, нарушения когнитивных функций и двигательная неловкость. У них отмечается недостаточность организации, программирования и контроля психической деятельности, что указывает на важную роль дисфункции префронтальных отделов больших полушарий головного мозга в генезе ГРДВ. Часто гиперкинетическое расстройство сочетается с речевыми нарушениями и расстройством формирования школьных навыков.

По данным одного из исследований (обследованы ученики начальной школы в возрасте 6-8 лет) установлено, что в дошкольный период развития у большей части обследуемых были выявлены следующие факторы риска, характеризующие особенности кризиса переходного периода:

- выраженная психомоторная расторможенность;
- трудность выработки у ребенка тормозных реакций и запретов, адекватных возрасту форм поведения (трудность организации поведения даже в пределах подвижных игр);
- такие особенности личностной незрелости, как склонность к неискренности (лжи), примитивным вымыслам, используемым для наиболее легкого выхода из затруднительных и конфликтных ситуаций; повышенная внушаемость неправильным формам поведения, отражающая реакции имитации отклонений поведения сверстников, более старших детей, либо взрослых;
- инфантильные истероидные проявления с двигательными разрядами, громким и настойчивым плачем и криком;
- импульсивность поведения, эмоциональная заражаемость, вспыльчивость, обуславливающие ссоры и драки, возникающие по незначительному поводу;
- реакции упрямого неподчинения и негативизма с озлобленностью, агрессией в ответ на наказание, замечания, запреты; энурез, побеги, как реакция активного протеста.

Личностные особенности поведения младших школьников нередко выступали одним из факторов, осложняющих их социальную адаптацию. Среди психических особенностей данного возраста, влияющих на проявление школьной дезадаптации, можно выделить следующие:

- сохранение инфантильности суждений, крайняя зависимость от ситуации с неспособностью активно воздействовать на нее, склонность ухода от трудных ситуаций, слабость реакции на порицание. Невыраженность собственных волевых установок, слабость функций самоконтроля и саморегуляции как проявление несформированности основных предпосылок пубертатного возраста;
- некорректируемость поведения, обусловленная сочетанием инфантильности с аффективной возбудимостью, импульсивностью;
- раннее проявление влечений (например, у девочек – истериформная окраска поведения, а у мальчиков – склонность к алкоголизации, агрессии, бродяжничеству);
- переориентация интересов на внешкольное окружение» [8].

Основные проблемы, связанные с этим синдромом: проблемы поведения (например, оппозиционное поведение, ложь, воровство и драки); академическая неуспеваемость; специфические трудности обучения и проблемы во взаимоотношениях со сверстниками. При этом наиболее типичными школьными проблемами являются: нарушения общественного порядка, низкая степень понимания учебных заданий и освоения материала, отсутствие завершения начатых дел и тщательного выполнения работы в классе, плохие результаты выполнения домашних работ, тестов и долгосрочных заданий, трудности во взаимоотношениях с учителями [9].

**3. Аутизм.** В современных диагностических справочниках термина «аутизм» стараются избегать ввиду некоторой его неопределенности. Диагностическую путаницу усугубило

нелегитимное использование термина РАС (расстройство аутистического спектра), появившегося несколько лет назад, которым пытаются заменить классический диагноз: РДА (ранний детский аутизм), основные клинические проявления которого давно описаны классиками детской психиатрии: ребенок с аутизмом не только не стремится к общению с другими детьми, но тщательно избегает его, как избегает и общения со взрослыми, даже самыми близкими. Ребенок погружается в мир собственных переживаний, уходит от действительности, теряет внешнюю выразительность в проявлении чувств и эмоций. Появляется четко выраженное стремление избавиться от всяких внешних воздействий, в том числе и от положительных (такое поведение резко отличает этих больных от других с органическими поражениями мозга и умственной отсталостью) [10].

В принятой в начале 2022 года новой классификации МКБ-11 (ICD-11) термин РАС обрел официальный статус (но не в России, где введение в действие МКБ-11 отложено на неопределенный срок). В Главе 06: Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейropsychического развития РАС помещены в диагностическую рубрику 6A02, в подрубриках которой оказались расстройства аутистического спектра без нарушения интеллектуального развития и с легким нарушением речевой функции и без него (6A02.0); с нарушением интеллектуального развития и с легким нарушением речевой функции и без него (6A02.1); без нарушения интеллектуального развития и с нарушением речевой функции (6A02.2); с нарушением интеллектуального развития и с нарушением речевой функции (6A02.3); с нарушением интеллектуального развития и с отсутствием речевой функции (6A02.4). При этом, истинный детский аутизм (РДА) в классификации отсутствует.

Основные нарушения при аутизме: навыки социального общения могут варьироваться от отчужденного, пассивного стиля поведения до активного, но странного; социальное эмоциональное когнитивное понимание также варьируется, например, способности интерпретировать и выражать невербальную и вербальную социальную коммуникацию, даже у тех, кто имеет хорошие вербальные способности, существенно ограничены; повторяющиеся паттерны поведения или интересов могут включать повторяющиеся двигательные движения, такие как раскачивание тела и взмахи руками; сложное компульсивное поведение или озабоченность конкретными когнитивными темами, а также устойчивость к изменениям в распорядке дня. Хотя это и не считается основным признаком, интеллектуальные способности у детей-аутистов различаются, и до 40% их имеют умственную отсталость [11].

Дети с аутизмом испытывают трудности с пониманием источника мыслей, чувств и поведения самого себя и других, создают сложности в решении социальных проблем и социальных взаимодействиях.

Цели лечения часто должны касаться сопутствующих психических расстройств, которые могут включать депрессию, тревогу, обсессивно-компульсивное расстройство и биполярное расстройство. Сообщается, что тревога и депрессия являются наиболее часто встречающимися вторичными состояниями. Исследования показывают, что процент молодежи с сопутствующей тревожностью может варьироваться от 39% до 56%, а депрессия - от 10% до 44% [12].

Для аутизма характерно неадаптивное поведение, связанное с основными нарушениями социального общения и ограниченным или повторяющимся поведением. Проблемное поведение выполняет различные функции, такие как утверждение контроля над своим окружением или передача боли, неприязни, разочарований и отказов [13].

#### **4. Нарушения поведения, вызывающее оппозиционное расстройство.**

Проблемы с поведением и антисоциальное поведение – это термины, используемые для описания широкого спектра несоответствующих возрасту действий и установок ребенка, которые нарушают семейные ожидания, социальные нормы и личные или имущественные права других [14].

Вызывающее оппозиционное расстройство в МКБ-10 отнесено к рубрике «Расстройства поведения». Диагностируется у детей младшего, среднего школьного возраста, качественно отличается от аффективных и психотических нарушений. Центральным симптомом – оппозиция, противостояние взрослым. Жестокость, насилие, воровство, поджоги при этом отсутствуют. До пубертатного периода расстройство преобладает среди мальчиков. Чаще в три раза, чем в общей популяции, оно диагностируется у детей с СДВГ.

Школьники испытывают проблемы с контролем своих эмоций и поведения. Большинство детей с проблемами поведения демонстрируют диверсификацию – со временем они добавляют новые формы антисоциального поведения, а не просто заменяют старые модели поведения. Плохие социальные навыки и социально-когнитивный дефицит часто сопровождают раннее оппозиционное и агрессивное поведение, предрасполагая ребенка к

плохим отношениям со сверстниками, отвержению сверстниками, социальной изоляции и замкнутости. Когда ребенок поступает в школу, импульсивность и проблемы с вниманием могут привести к трудностям с чтением и неуспеваемости в учебе. Скрытые проблемы с поведением, такие как прогулы или употребление психоактивных веществ, также начинают проявляться в начальной школе и усиливаются в раннем подростковом возрасте. Наряду с биологическими предпосылками (свойства темперамента) и факторами возможного социального неблагополучия (жесткого стиля воспитания, семейно-педагогической запущенности, отвержения родителями), современные исследователи выделяют неразвитость социально-когнитивных способностей в основе модели для асоциального поведения [15].

Социально-когнитивные способности относятся к навыкам, связанным с вниманием, интерпретацией и реагированием на социальные сигналы. Существует тесная взаимосвязь между социально-когнитивным дефицитом и антисоциальным поведением во всех типах траекторий проблем с поведением. Связь между мышлением детей в социальных ситуациях и их агрессивным поведением рассматривалась с нескольких точек зрения. Некоторые подходы фокусируются на незрелых формах мышления, таких как эгоцентризм, отсутствие социальной перспективы, теория дефицита разума или дефицит моральных рассуждений. Другие подчеркивают когнитивные недостатки, такие как неспособность ребенка использовать вербальные посредники для регулирования своего поведения, или когнитивные искажения, такие как интерпретация нейтрального события как намеренно враждебный акт [16]. Иные подходы более широко фокусируются на социально-когнитивных процессах, связанных с принятием антисоциальных решений. Большинство детей с асоциальным поведением не справляется с учебной программой, прогуливает занятия, мешает учебному процессу, не способны адаптироваться в школьной среде.

Основаниями для оформления надомной формы обучения в рамках системы психиатрической помощи являются следующие виды психических расстройств:

1. Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F06.6).
2. Расстройство личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (F07).
3. Расстройства настроения (аффективные расстройства).
4. Умственная отсталость (F70-F79).
5. Общие расстройства психологического развития (F84)
6. Гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1).
7. Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-F29).

#### **Виды коррекционной и консультационной, лечебной помощи.**

Было доказано, что консультирование и психотерапия детей и подростков с ограниченными возможностями помогают улучшить психическое здоровье и функциональную адаптацию [7, 17, 18, 19 и др.].

**Коррекция речевых нарушений.** Без специальных и настойчивых мер по лечению и обучению, такой дефект речи сам по себе исчезает редко и только в раннем возрасте (до 3-х лет). Обучение должно проводиться ежедневно, желательно в специализированных логопедических учреждениях (например, логопедических детских садах), при непосредственном и активном участии родителей в домашних занятиях с ребенком. При отсутствии специализированных учреждений, занятия могут проводить сами родители, предварительно проконсультировавшись у логопеда или самостоятельно освоив методики по соответствующим руководствам. Положительные результаты логопедическая работа дает только в сочетании с подключающими резервы головного мозга психофармакологическими воздействиями [20].

Коррекция речи. Для маленького ребенка применяемые дидактические методы таковым не является, так как они, по сути, задействуют импринтинговую, а не логическую (чисто дидактическую) сторону развивающегося мышления. Напомним, что под импринтингом в биологии понимается запуск генетически заложенного сложного вида деятельности под влиянием внешнего стимула. С этой точки зрения процесс обучения и воспитания на ранних этапах развития ребенка заключается в поиске и своевременной подаче соответствующего внешнего стимула, запускающего тот или иной вид деятельности. Блестящие результаты, полученные на этом пути отечественным психологом М.М. Кольцовой (1973) в детских домах, сегодня несправедливо забытые, подтверждают важность импринтинга в обучении.

Очень важно, чтобы используемые дидактические методики не противоречили заложенным исходно генетическим принципам.

Коррекция чтения и письма. Другим, хотя менее распространенным нарушением (по сравнению с нарушениями речи) у детей является так называемая легастения. Легастения (лат. lego – читать + астения – слабость) – нарушение психического созревания у детей с нормальным развитием интеллекта, проявляющееся затрудненным приобретением навыков чтения и письма. Как правило, она включает в себя не только дислексию (нарушение чтения), но и дисграфию (нарушение письма). Легастеники путают местами буквы и цифры, причем как при чтении, так и при написании. Для легастеника типичны сложности в распознавании звуков, узнавании рифм или слов, начинающихся с одной и той же буквы. Дети-легастеники делают много ошибок в правописании, испытывают огромные трудности при чтении текстов, пропускают звуки, «проглатывают» окончания слов.

Часто легастении предшествуют различные речевые нарушения. Поэтому до сих пор в логопедии бытует мнение, что нарушения в освоении чтения и письма вызваны первичной патологией речи, т.е. своеобразным «косноязычием» в письме. Считалось, что исправление дислалии (дефектов звукопроизношения) должно привести к устранению нарушений письма и чтения. Современные исследования полностью опровергли такое предположение. Исправление произношения даже на самых ранних этапах развития речи не вызывает устранения последующих нарушений чтения и письма. Кроме того, в большинстве случаев нарушение письма и чтения наблюдается у детей, не имевших каких-либо отклонений в произношении звуков.

Особенности применяемых дидактических методов связаны также с тем, что легастения, в отличие от речевых нарушений, выявляется, как правило, в школьном возрасте, поэтому применение способов коррекции, опирающихся на подражательную способность и незавершенное структурное развитие мозга здесь невозможно. Единственной рекомендацией (хотя и противоречащей мнению некоторых педагогов) может быть раннее (до 4-5 лет) развитие способностей к чтению и письму у ребенка. Выявленный на ранней стадии дефект устраняется более безболезненно, чем в условиях школьного обучения, на фоне уже полученной психологической социальной травмы.

При коррекции чтения и письма главное внимание обращают на так называемые диагностические (специфические) ошибки. К специфическим ошибкам письма относятся: 1. Фонетические замены (замена и смешение букв, обозначающих свистящие и шипящие звуки, звонкие и глухие, мягкие и твердые; замена букв, обозначающих гласные звуки); 2. Нарушение слоговой структуры слова (пропуск отдельных букв и целых слогов, перестановка букв или слогов, раздельное написание частей одного слова и слитное написание двух слов); 3. Грамматические ошибки (пропуск или неверное употребление предлогов, служебных слов, падежных окончаний, неверное согласование слов). К специфическим ошибкам чтения относятся: 1. Замены фонем; 2. Пропуски, перестановки и искажения слогов; 3. Замены слов; 4. Грамматические ошибки (практически те же, что в письме).

Кроме того, при нарушениях в письме наблюдаются сопутствующие ошибки: ошибки на буквы, обозначающие безударные гласные; ошибки в написании звонких и глухих звуков в конце слова; замена букв по графическому сходству (вместо «Ш» пишется «И», вместо «Е» – «Э», вместо «Л» – «М» и т.д.); зеркальное написание букв.

Правильные навыки чтения и письма могут быть приобретены только в результате интенсивных упражнений на фоне проводимых системных мероприятий. Групповой метод здесь малоэффективен. Лучшие результаты оказывает индивидуальный подход в рабочее время, когда в процессе школьных занятий логопед забирает ребенка из класса и проводит с ним индивидуальные занятия по коррекции чтения или письма. Полностью противопоказан метод «целых слов». Опора производится на освоение чтения или письма отдельных слогов и составления из них целых слов. Применяются следующие упражнения: разложение слов на слоги и объединение слогов в слова; постепенный переход при чтении и письме от двухбуквенных слов к более длинным, с анализом и исправлением повторяющихся индивидуальных ошибок; чтение и написание целых предложений; чтение с пониманием смысла и осмысленное написание текстов [21]. Освоению и большей эффективности упражнений способствует использование компьютерных игровых методик или просто освоение техники печатания на компьютере (с помощью специальных программ) или механическом печатающем устройстве (пишущей машинке) [17].

### **Методы психологического и педагогического воздействия при гиперкинетическом расстройстве с дефицитом внимания.**

Проблемы, возникающие в процессе обучения детей с ГРДВ (СДВГ), в последние годы становятся сравнимы по выраженности с медицинскими проблемами при этом расстройстве. Не случайно, что провозглашенная многими исследователями и практиками комплексность в

подходе к коррекции СДВГ, все чаще находит отклик и у психологов, и у педагогов, и у социальных работников.

Как правило, дети с СДВГ сегодня не находят должного понимания со стороны педагогов в тех образовательных учреждениях, в которых они обучаются. В мировой междисциплинарной практике данная работа предусматривает следующие основные направления:

- Обучение учителей младших классов проактивным формам педагогики (с 1-го по 6-й классы);
- интеграция усилий школьной команды поддержки детей с СДВГ с усилиями их родителей; обучение детей с СДВГ контролю за своим поведением, управлению гневом и сдерживанию агрессии;
- профилактика академической (учебной) несостоятельности и повышение образовательной компетентности детей с СДВГ;
- оптимизация референтности подобных детей в глазах их одноклассников [21].

К сожалению, замечают авторы, до сих пор большинство педагогов и школьных психологов, в противовес мнению и рекомендациям врачей, предпочитают практику наблюдения детей с СДВГ. В таких случаях представители школ настаивают или на выводе детей на надомное обучение (чаще всего), или на переводе их в классы выравнивания, или на смене образовательного учреждения.

Фесенко Е.В. и Фесенко Ю.А отмечали: «Повышенная двигательная активность ребенка при СДВГ, как показано нами, временно восстанавливает нормальное взаимодействие между различными зонами коры головного мозга, сохраняя возможности его полноценного интеллектуального развития. Поэтому клиническая тактика при лечении СДВГ должна быть направлена не столько на борьбу с его внешними проявлениями, в частности – со сверхактивным поведением таких детей, сколько на восстановление нормального взаимодействия между структурами головного мозга за счет фармакологического, инструментального, психотерапевтического и психолого-педагогического воздействия [8].

#### **Помощь школьникам с аутизмом.**

По авторитетному мнению одного из старейших детских психиатров ленинградской школы, ученика С.С. Мнухина, автора нескольких книг по аутизму, Б.В. Воронкова, которое дает возможность задуматься над тем, что есть истинный аутизм, поскольку многие знают не понаслышке и о педагогических надеждах при работе с детьми-аутистами, и о тех усилиях педагогов и психологов, особенно – специальных, которые они с минимальным КПД тратят в работе с такими детьми: «...дискуссии о преимуществах или недостатках домашнего воспитания в сравнении с воспитанием в обычном или специализированном детском саду, индивидуального или интегрированного (в любой форме) обучения должны предваряться вопросом: какова цель? Важно помнить, что все виды воспитания, обучения, все коррекционные стратегии – всего лишь средства, а целью должно быть облегчение жизни самому аутисту и его несчастным родителям. Главными предпосылками и непременным условием успеха коррекционной работы должны стать обоснованный уровень ожиданий и выработка у родителей реалистических представлений о перспективах ребенка в принципе. Усилия специалистов по коррекционной работе и родных больного должны быть в первую очередь направлены на его бытовую адаптацию. Тот, кто работал с аутистами, знает, как радуются родители тому, что их ребенок самостоятельно и успешно начинает пользоваться туалетом и приемлемо вести себя за столом. Способность же озвучить напечатанный текст или произвести арифметические действия имеют, как правило, и по справедливости, подчиненное значение, поскольку в жизни она окажется, скорее всего, не востребованной. Исходя из сегодняшнего состояния проблемы, наиболее разумным для общества и государства было бы предложить аутисту такую среду, которая обеспечивала бы ему не внедрение в социум, тем более мифическую социальную адаптацию, а максимальную защиту. Реальность же такова, что современный социум по ряду причин не готов интегрировать больных с синдромом Каннера, да и сами пациенты, в силу особенностей своей психики, не испытывают потребности в обретении социального статуса» [22].

Учитывая клинические особенности детей с РДА, требования к их обучению сводятся к следующему:

- учебную среду необходимо организовать таким образом, чтобы образовательная программа была последовательной и предсказуемой для учащегося;
- дети с аутистическими нарушениями должны иметь возможность взаимодействовать с нормально развивающимися сверстниками, которые могут показать примеры надлежащего поведения, речи, общения, социальных и игровых навыков;

-учащиеся с аутистическими нарушениями должны обучаться навыкам общественной жизни и профессиональным навыкам с как можно более раннего возраста. Их нужно учить взаимодействовать с окружающими и давать им возможность налаживать связи с другими учащимися;

-необходимо обучение навыкам безопасной жизнедеятельности – как правильно переходить улицу, как обратиться за помощью в трудной ситуации и т.д., что имеет важнейшее значение для развития самостоятельности;

-важность участия семьи в учебной программе огромна.

Программы, разработанные с участием родственников и предназначенные для перенесения обучающей деятельности, опыта и методики из школы в дом и общество, облегчают приобретение социальных навыков [23].

Часто дети и подростки с аутизмом сталкиваются со значительными организационными проблемами и трудностями при выполнении заданий. Исследования показали, что когнитивно-поведенческое лечение может быть специально разработано для включения обучения навыкам и социального коучинга для людей с РАС [24]. Содействие обучению навыкам и внедрение когнитивных стратегий позволяет не только развивать новые навыки, но и понимать важность конкретных навыков. Приводятся примеры основанных на фактических данных стратегий визуальной поддержки, социальных историй, видео-само моделирования. Когнитивные сценарии помогают научить человека самостоятельно инициировать и поддерживать разговоры, в то время как видео-само моделирование учит позитивному поведению и уменьшает нежелательное поведение, позволяя людям видеть себя в ситуациях, когда они действуют на более продвинутом уровне, чем они обычно функционируют [25].

С добавлением этих компонентов и акцентом на развитие навыков решения проблем можно напрямую решить проблему сокращения нежелательного поведения и поощрения предпочтительного. Тем не менее, хотя существует множество исследований по управлению поведением среди людей с аутизмом: «Не было показано, что ни одно вмешательство эффективно справляется с проблемным поведением у всех детей с аутизмом» [22, 26].

#### **Психокоррекция агрессивного и оппозиционного поведения.**

Гиперактивные дети при общении со сверстниками часто проявляют агрессивность, потому что не знают других способов разрешения конфликтных ситуаций. Кроме того, часто они очень эгоцентричны и не умеют учитывать точки зрения других людей. Поэтому задача педагога, психолога, психотерапевта – научить ребенка видеть разные стороны проблемы и выходить из конфликтных ситуаций, используя разнообразные, но обязательно социально одобряемые способы. Для этого использовались методы дискуссии, ролевой игры. С детьми в кругу обсуждаются наиболее часто встречающиеся конфликтные ситуации, которые разыгрываются в разных вариантах.

Одним из вариантов помощи агрессивным детям является индивидуальная и групповая когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Цель КПТ при работе с агрессивными детьми состоит в том, чтобы заставить детей пересмотреть свой первоначальный выбор внешних или внутренних сигналов, собрать больше фактов о ситуации, прежде чем формулировать и выбирать поведение, выбрать менее враждебные и более адаптивные решения проблем и предвидеть последствия своих действий. Вмешательства обычно включают ролевые игры, отработку социальных навыков и когнитивное переосмысление на занятиях, домашние задания и участие родителей [27]. Предупредить поведенческие нарушения можно с помощью выстраивания продуктивных доброжелательных отношений. Необходимо поощрять ребенка за помощь, сотрудничество, уступчивость, демонстрировать эмоциональную стабильность, самоконтроль, последовательность поступков. Важным при психокоррекционной работе со стороны врачей и психологов является активное участие обоих родителей и учителей.

#### **Работа с гневом.**

При обучении детей конструктивным способам выражения гнева используются два направления:

1. Обучение детей понимать себя и прямо говорить о своих чувствах.
2. Научение выражать свой гнев сознательно в косвенной форме, с помощью игровых приемов, перенося негативные чувства на неопасные предметы.

В работе с отрицательными эмоциями акцент делается на приемах, позволяющих ребенку сбросить накопившееся напряжение, агрессию. Детям разрешается кричать, топтать ногами, бить «грушу», пинать ногами мягкие игрушки, т.е. выражать свой гнев в любой форме. Выраженный положительный эффект оказывают упражнения, в которых дети уничтожают что-то, символизирующее для них какое-то негативное переживание. Это могут быть задания, в которых дети должны нарисовать нечто неприятное, тягостное для них:

актуальный конфликт, наиболее значимое, повторяющееся отрицательное переживание и др., а затем – смять этот рисунок, порвать на части или выбросить. Главное условие занятия – не навредить другим. Затем дети обучаются понимать особенности своего гнева и говорить о том, на что именно они обижены и злы, что именно чувствуют в данный момент, где в теле ощущаются негативные эмоции, на что они похожи, какого они цвета и т.д. Дети, глубже познакомившись с особенностями свойственного им переживания и выражения негативных эмоций, научаются в определенной степени их контролировать [28].

Заключение и выводы. Период школьного обучения – это качественно иной, в сравнении с предшествующими институтами воспитания и обучения, этап социализации, складывающийся из совокупности умственных, эмоциональных и физических нагрузок, которые предъявляют новые, усложненные требования к психофизиологическим, интеллектуальным, личностным возможностям ребенка. Часто именно на этапе поступления в школу выявляется существенное количество проблем, не столь выраженных на дошкольном этапе развития ребенка.

1. По последним данным существует значительное количество детей, обучающихся, в том числе по массовой программе, которые не способны в полной мере усваивать получаемые знания, испытывают существенные трудности в адаптации к условиям образовательной системы, требуют индивидуального подхода к обучению, дополнительной коррекционной, логопедической, психотерапевтической, лечебной помощи, относятся к категории детей с выраженной школьной дезадаптацией (ШД).

2. Оптимальное обучение данной категории детей возможно только при условии комплексного подхода в диагностике и медико-психолого-педагогическом сопровождении, оказании своевременных лечебных и коррекционных воздействий. Даже при условии обучения детей с интеллектуальными, речевыми, поведенческими, эмоциональными и коммуникативными нарушениями в рамках надомного обучения, они должны оставаться в структуре педагогической системы.

3. Оказание медицинской и психологической помощи данным категориям школьников возможно только в тесном сотрудничестве с педагогами.

4. Переход на надомную или семейную форму обучения формирует предпосылки для будущих проблем с социальной адаптацией детей, не является решением всех их дидактических или поведенческих проблем, требует дополнительной работы педагогов, логопедов, психиатров, психологов.

### **Список литературы**

1. Шац И.К. Школьная дезадаптация детей с психическими нарушениями: системный подход и возможности психотерапевтической помощи // Сборник статей междун. конференции «XIV Мнухинские чтения» 24 марта 2016 г. Под общ. ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигашова, СПб: Альта-Астра. – 2016. – С.271-279.

2. Бражник Е.И., Федорова Г.Г. Признаки школьной дезадаптации детей и возможности психолого-социальной помощи. Комплексная психологическая помощь в образовании // Материалы международной научно-практической конференции, 17 декабря 2012 г., СПб.: Изд-во РРГПУ им. А.И. Герцена. – 2012. – С. 91-95.

3. Миллер Н.А. Подростковый стресс – одна из причин возникновения школьной дезадаптации в условиях кадетского корпуса. Вопросы психического здоровья детей и подростков // Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин. – 2014 (14). – № 2. – С. 76-78.

4. Казикова Е.П. Психологическая зависимость учащихся подростково-юношеского возраста от педагога // Ананьевские чтения – 2015: Фундаментальные проблемы психологии: материалы научной конференции, 20-22 октября 2015 г. Отв. ред. В.М. Аллахвердов. СПб.: СПбГУ, Скифия принт. – 2015. – 127 с.

5. Данькова А.А., Седегова В.В. Дезадаптация – фактор неуспешности ребенка: проблемы в поведении как показатель школьной дезадаптации. Комплексная психологическая помощь в образовании // Материалы международной научно-практической конференции, 17 декабря 2012 г., СПб.: Изд-во РРГПУ им. А.И. Герцена. – 2012. – С.54-58.

6. Шигашов Д.Ю., Яковенко В.В., Горьковская И.А. Проблема школьной дезадаптации у пациентов кризисного отделения Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина // Матер. междун. конфер. «XIV Мнухинские чтения» 24 марта 2016 г. Под общ. ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигашова, СПб: Альта-Астра. – 2016. – С.304-311.

7. Шигашов Д.Ю., Худик В.А. Понятия «Учебная, школьная и социальная дезадаптация»: тождественность или генезис явления? // Матер. конфер. «Наследие профессора С.С. Мнухина: из века 20-го в век 21-й», СПб: Нева-Трейд. – 2009. – С. 247-251.
8. Фесенко Е.В, Фесенко Ю.А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. СПб: Наука и техника, 2010. 384 с.
9. Barkley R.A. Attention deficit disorder with hyperactivity: A handbook for diagnosis and treatment. N.Y., 1990. 256 p.
10. Фесенко Ю.А. Аутизм: мифы, реальность, возможности педагогической коррекции // Вестник ЛГУ. – 2019. – №2. – С.211-219.
11. Lochman J.E., Matthys W. Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Children, 2009. 344 p.
12. Lainhart J.E., Folstein S.E. Affective disorders in people with autism: a review of published cases. Journal of Autism and Developmental Disorders, 1994. 24(5). Pp.587-601.
13. Kim J. et al. The prevalence of anxiety and mood problems amongst children with autism and Asperger syndrome. Autism, 2000. 4(2). Pp.117-132.
14. Steiner H., Remsing L. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Oppositional Defiant Disorder (англ.) // J. Elsevier BV, 2007. Vol. 46, n. 1. Pp. 126-141.
15. Christenson J.D. et al. The cost of oppositional defiant disorder and disruptive behavior: A review of the literature // Journal of Child and Family Studies. 2016. Vol. 25. №9. P. 2649-2658.
16. Green J., Sciberras E., Enticott P. G. Conduct disorder and oppositional defiant disorder // Developmental Disorders of the Brain. 2016. P. 139-155.
17. Психологическая и педагогическая коррекция заикания: коллект. моногр. / Ю.А. Фесенко, Л.Я. Миссуловин, М.И. Лохов, Р.И. Лалаева. СПб: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2012. 164 с.
18. Сетко Н.П. Психическое здоровье детей и подростков: монография // Н.П. Сетко, А.Г. Сетко, Е.В. Булычева. Оренбург. Изд.-во ОрГМУ, 2019. 335 с.
19. (Remschmidt H.) Ремшмидт Х. Психотерапия детей и подростков. М.: Мир, 2000. 656 с.
20. Лохов М.И., Фесенко Ю.А. Коррекция заикания и других речевых расстройств детского возраста. СПб.: Детство-Пресс, 2010. 160 с.
21. Бердышев И.С., Яковенко В.В. Возможности проактивной педагогики и мультисистемной терапии для успешной адаптации в школе детей с СДВГ // Материалы конфер. «Мнухинские чтения» 19 мая 2006, СПб. – 2006. – С.10-11.
22. Воронков В.Б. Детская и подростковая психиатрия, СПб.: Наука и техника, 2009. 232 с.
23. Пашковский В.Э. Ранний детский аутизм: дорожная карта // XII Мнухинские чтения. АУТИЗМ: медико-психолого-педагогическая, социально-экономическая и правовая проблема. Под общ. ред. Ю. А. Фесенко, Д. Ю. Шигашова. СПб.: Виктория Плюс. – 2014. – С. 171-178.
24. Bölte S., Poustka F., Holtmann M. Trends in autism spectrum disorder referrals // Epidemiology, 2008. №19(3). P. 519-20.
25. Frith U. A new look at language and communication in autism. British Journal of Disorders of Communication, 1989. Vol. 24. Pp. 123-150.
26. Lord C., Rutter M., DiLavore P.C., Risi S. Autism Diagnostic Observation Schedule. Generic. Los Angeles, 1999.
27. Riggs P.G., Whitmore E.A. Расстройство поведения // Джекобсон Дж.Л., Джекобсон А.М. Секреты психиатрии. Пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ, 2005. С.374-379.
28. Нельсон III У.М., Финч-мл. А. Дж. Управление гневом в детском возрасте: когнитивно-поведенческий подход / Психотерапия детей и подростков. 2-е изд. / Под ред. Ф. Кендалла. СПб.: Питер, 2002. С.137-176.

## References

1. Shacz, I.K. (2016) Shkol`naya dezadaptaciya detej s psixicheskimi narusheniyami: sistemny`j podxod i vozmozhnosti psixoterapevticheskoj pomoshhi. Sbornik statej mezhdun. konferencii «XIV Mnuhinskiye chteniya» 24 marta 2016 g. Pod obshh. red. Yu.A. Fesenko, D.Yu. Shigashova. SPb: Al`ta-Astra. S.271-279. (In Russian).
2. Brazhnik, E.I., Fedorova, G.G. (2012) Priznaki shkol`noj dezadaptacii detej i vozmozhnosti psixologo-social`noj pomoshhi. Kompleksnaya psixologicheskaya pomoshh` v obrazovanii: Materialy` mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii, 17 dekabrya 2012 g. SPb.: Izd-vo RRGPU im. A.I. Gercena. S. 91-95. (In Russian).

3. Miller, N.A. (2014) Podrostkovy`j stress – odna iz prichin vznikonoveniya shkol`noj dezadaptacii v usloviyax kadetskogo korpusa. Voprosy` psixicheskogo zdorov`ya detej i podrostkov. Nauchno-prakticheskij zhurnal psixiatrii, psixologii, psixoterapii i smezhny`x disciplin. № 2. S. 76-78. (In Russian).
4. Kazikova, E.P. (2015) Psixologicheskaya zavisimost` uchashhixsya podrostkovo-yunosheskogo vozrasta ot pedagoga. Anan`evskie chteniya – 2015: Fundamental`ny`e problemy` psixologii: materialy` nauchnoj konferencii, 20-22 oktyabrya 2015 g. Otv. red. V.M. Allaxverdov. SPb.: SPbGU, Skifiya print. 127 s. (In Russian).
5. Dan`kova, A.A., Sedegova, V.V. (2012) Dezadaptaciya – faktor neuspeshnosti rebenka: problemy` v povedenii kak pokazatel` shkol`noj dezadaptacii. Kompleksnaya psixologicheskaya pomoshh` v obrazovanii: Materialy` mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii, 17 dekabrya 2012 g. SPb.: Izd-vo RRGPU im. A.I. Gercena. S.54-58. (In Russian).
6. Shigashov, D.Yu., Yakovenko, V.V., Gor`kovaya, I.A. (2016) Problema shkol`noj dezadaptacii u pacientov krizisnogo otdeleniya Centra vosstanovitel`nogo lecheniya «Detskaya psixiatriya» imeni S.S. Mnxina. Mater. mezhdun. konfer. «XIV Mnxinskije chteniya» 24 marta 2016 g. Pod obshh. red. Yu.A. Fesenko, D.Yu. Shigashova. SPb: Al`ta-Astra. S.304-311. (In Russian).
7. Shigashov, D.Yu., Xudik, V.A. (2009) Ponyatiya «Uchebnaya, shkol`naya i social`naya dezadaptaciya»: tozhdestvennost` ili genезis yavleniya? Mater. konfer. «Nasledie professora S.S. Mnxina: iz veka 20-go v vek 21-j». SPb: Neva-Trejd. S. 247-251. (In Russian).
8. Fesenko, E.V., Fesenko, Yu.A. (2010) Sindrom deficita vnimaniya i giperaktivnosti u detej. SPb: Nauka i texnika. 384 s. (In Russian).
9. Barkley, R.A. Attention deficit disorder with hyperactivity: A handbook for diagnosis and treatment. N.Y., 1990. 256 p.
10. Fesenko, Yu.A. (2019) Autizm: mify`, real`nost`, vozmozhnosti pedagogicheskoy korrekcii. Vestnik LGU. №2. S.211-219. (In Russian).
11. Lochman, J.E., Matthys, W. Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Children, 2009. 344 r.
12. Lainhart, J.E., Folstein, S.E. Affective disorders in people with autism: a review of published cases. Journal of Autism and Developmental Disorders, 1994. 24(5). Pp.587-601.
13. Kim, J. et al. The prevalence of anxiety and mood problems amongst children with autism and Asperger syndrome. Autism, 2000. 4(2). Pp.117-132.
14. Steiner, H., Remsing, L. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Oppositional Defiant Disorder (angl.) // J. Elsevier BV, 2007. Vol. 46, n. 1. Pp. 126-141.
15. Christenson, J.D. et al. The cost of oppositional defiant disorder and disruptive behavior: A review of the literature // Journal of Child and Family Studies. 2016. Vol. 25. №9. P. 2649-2658.
16. Green, J., Sciberras, E., Enticott, P. G. Conduct disorder and oppositional defiant disorder // Developmental Disorders of the Brain. 2016. P. 139-155.
17. Psixologicheskaya i pedagogicheskaya korrekciya zaikaniya: kollekt. monogr. (2012) Yu.A. Fesenko, L.Ya. Missulovin, M.I. Loxov, R.I. Lalaeva. SPb: LGU im. A.S. Pushkina. 164 s. (In Russian).
18. Setko, N.P. (2019) Psixicheskoe zdorov`e detej i podrostkov: monografiya // N.P. Setko, A.G. Setko, E.V. Buly`cheva. Orenburg. Izd.-vo OrGMU. 335 s. (In Russian).
19. (Renschmidt, H.) Remshmidt, X. Psixoterapiya detej i podrostkov. M.: Mir, 2000. 656 s.
20. Loxov, M.I., Fesenko, Yu.A. (2010) Korrekciya zaikaniya i drugix rechevy`x rasstrojstv detskogo vozrasta. SPb.: Detstvo-Press. 160 s. (In Russian).
21. Berdy`shev, I.S., Yakovenko, V.V. (2006) Vozmozhnosti proaktivnoj pedagogiki i mul`tisistemnoj terapii dlya uspeshnoj adaptacii v shkole detej s SDVG. Materialy` konfer. «Mnxinskije chteniya» 19 maya 2006. SPb. S.10-11. (In Russian).
22. Voronkov, V.B. (2009) Detskaya i podrostkovaya psixiatriya. SPb.: Nauka i texnika. 232 s. (In Russian).
23. Pashkovskij, V.E., (2014) Rannij detskij autizm: dorozhnaya karta. XII Mnxinskije chteniya. AUTIZM: mediko-psixologo-pedagogicheskaya, social`no-e`konomicheskaya i pravovaya problema. Pod obshh. red. Yu. A. Fesenko, D. Yu. Shigashova. CPb.: Viktoriya Plyus. S. 171-178. (In Russian).
24. Bölte, S., Poustka, F., Holtmann, M. Trends in autism spectrum disorder referrals // Epidemiology, 2008. №19(3). R. 519-20.

25. Frith, U. A new look at language and communication in autism. *British Journal of Disorders of Communication*, 1989. Vol. 24. Rr. 123-150.

26. Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C., Risi, S. *Autism Diagnostic Observation Schedule. Generic*. Los Angeles, 1999.

27. Riggs, P.G., Whitmore, E.A. Rasstrojstvo povedeniya // Dzhekobson Dzh.L., Dzhekobson A.M. *Sekrety` psixiatrii*. Per. s angl. M.: MEDpress-inform, 2005. S.374-379.

28. Nel`son, III U.M., Finch-ml., A. Dzh. (2002) Upravlenie gnevom v detskom vozraste: kognitivno-povedencheskij podxod. *Psixoterapiya detej i podrostkov*. 2-e izd. / Pod red. F. Kendalla. SPb.: Piter. S.137-176. (In Russian).

## **Medical aspects of psychological and pedagogical support for students with mental disorders and disabilities**

**Fesenko Yu.A.**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0512-936X>,

E-mail: [yaf1960@mail.ru](mailto:yaf1960@mail.ru)

**St. Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia**

**Romanovskaya M.V.**

E-mail: [m1901rom@yandex.ru](mailto:m1901rom@yandex.ru)

**Bychkovsky D.A.**

E-mail: [dmitry\\_ab@yandex.ru](mailto:dmitry_ab@yandex.ru)

**Saint Petersburg Rehabilitation Center «Child Psychiatry» named S.S. Mnukhin, Saint Petersburg, Russia**

**Abstract.** The article is devoted to the organization of psychological and pedagogical support for children with disabilities and disabilities with mental disorders, taking into account the medical aspects of the problem. The problem of school maladjustment of students from a clinical and psychological-pedagogical point of view is highlighted.

In the presented scientific work, the authors describe the main problems of students: violations of the formation of school skills, ADHD (hyperkinetic disorder with attention deficit or ADHD – in medical practice), autism, behavioral disorders causing oppositional disorder. The types of correctional and consulting, therapeutic care for these types of psychopathology are highlighted in detail.

The authors insist that optimal education for this category of children is possible only if an integrated approach is taken in diagnosis and medical, psychological and pedagogical support, and timely medical care is provided.

**Key words:** child with disabilities, mental disorders, medical, psychological and pedagogical support.

### **For citation**

Fesenko Yu.A., Romanovskaya M.V., Bychkovsky D.A. Medical aspects of psychological and pedagogical support for students with mental disorders and disabilities. // *Medical Psychology in Russia: online scientific. Zhurn.* - 2024. - T. 16, No. 4 (85). - P.22-34 - URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (date of access: hh.mm. yyyy).

Дата принятия 01.11.2024

Accepted for publication 01.11.2024.for all articles № 4(85) 2024