

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТИПОЛОГИИ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Л.С. Рычкова, Д.Ю. Гузанова

Рассматривается явление школьной дезадаптации (ШД) как предмет клинико-психологического изучения, проводится анализ факторов и групп риска по ШД, даются основы комплексного многоосевого анализа состояний ШД с позиций функционального диагноза. Разработана систематика ШД при состояниях легкой умственной отсталости (ЛУО) в виде аффективно-кинетического, аномально-личностного, дискогнитивного, аддиктивного типов с соответствующими вариантами. Выделенные типы ШД апробированы в качестве многомерной клинико-психолого-педагогической оценки школьной неуспешности для целенаправленной организации профилактики и коррекции нарушенных форм поведения у детей с умственной отсталостью.

Ключевые слова: школьная дезадаптация, умственная отсталость, типология, нарушенные формы поведения, профилактика, коррекция.

Школьная дезадаптация (ШД) и умственная отсталость (УО) являются широко распространенными, угрожающими для общества явлениями, так как служат источником серьезных проблем, к основным из которых следует отнести неполноценное психосоциальное функционирование лиц с нарушениями психического развития и сопутствующим ему ростом преступности среди несовершеннолетних, а также заметным снижением качества трудовых ресурсов [3, 9, 11].

Повышение качества интеграции умственно отсталых лиц в общество возможно лишь при достаточной степени их социально-психической адаптации, механизмы которой формируются и реализуются на уровне целостной личности в процессе онтогенетического развития и социализации. Одним из наиболее важных этапов онтогенеза следует рассматривать период школьного обучения и связанные с ним процессы адаптации и дезадаптации [1, 5–8, 10, 12].

Явление школьной дезадаптации как предмет клинико-психопатологического изучения, наиболее целесообразно рассматривать в качестве специфического варианта социальной дезадаптации. Несмотря на наличие признаков, характеризующих ШД как вполне самостоятельный феномен, данное состояние корректнее изучать как более частное явление по отношению к общей социально-психологической и психической дезадаптации, в структуре которой ШД может выступать как в роли следствия, так и в роли причины.

Школьная дезадаптация – сложное явление,

имеющее мультифакторное происхождение. Среди факторов, играющих заметную роль в генезе школьной дезадаптации, существенное значение принадлежит отклонениям в психическом здоровье школьников. Роль психической патологии в происхождении школьной дезадаптации определяется тем, что усвоение учебных знаний, а также выполнение требований и условий школьной дисциплины зависят от уровня общего психического развития ребенка и степени зрелости его личности. Сложное соединение органических и социальных факторов развития ребенка оформляются в различные феномены нарушения поведения, общей или частичной дезадаптации, нередко достигающие уровня клинико-психопатологической выраженности.

В понимании общих закономерностей процесса ШД при относительном сходстве позиций разных авторов отмечают некоторые расхождения как в оценке роли отдельных факторов, в нем участвующих, так и механизмов их взаимодействия. Следует подчеркнуть, что именно клиническая модель умственной отсталости, на протяжении многих десятилетий лежащая в основе господствующей парадигмы в данной области, является, на наш взгляд, наиболее адекватной концептуальной схемой для постановки и решения задач лечебно-профилактической, диагностической и коррекционной помощи детям с легкими нарушениями общего психического развития. Недооценка же значения особенностей процесса социальной адаптации ребенка с интеллектуальной недостаточностью влечет

за собой не только общий дефицит объективных представлений о его личности, но и обедненную, а часто и неверную интерпретацию феноменологии выявляемых у него нарушений психосоциального развития.

Вместе с тем, как показал анализ литературы, недостаточно изученными с медико-психологических позиций оказались такие актуальные аспекты проблемы, как типология нарушений школьной адаптации, роль основных определяющих ее факторов, особенности возрастной динамики. Являются недостаточно разработанными также вопросы профилактики и коррекции этих нарушений.

Можно утверждать, что, несмотря на накопленный положительный опыт обучения детей и подростков с умственной отсталостью [1, 3, 4, 11, 12], на практике по-прежнему имеет место недостаточно дифференцированный подход к данной категории детей, недоучет конкретных причинно-следственных связей, лежащих в основе нарушений школьной адаптации, что чревато крайне неблагоприятными последствиями, в том числе и социальными.

Контингент детей с легкой умственной отсталостью целесообразно рассматривать как группу «риска» по школьной дезадаптации, в связи с чем необходима ранняя дифференцированная психокоррекция.

При клинико-психопатологическом анализе состояний школьной дезадаптации у детей с легкой умственной отсталостью (ЛУО) как группы «риска» следует определять:

- роль психопатологических феноменов и степени выраженности общего психического недоразвития для возникновения состояний школьной дезадаптации;

- значение неблагоприятных микросоциальных факторов для возникновения состояний школьной дезадаптации при ЛУО;

- влияние возрастных критических периодов на клинические проявления и динамику ШД.

В связи с этим, нами предложены методические основы комплексного многоосевого анализа состояний ШД у детей с легкой умственной отсталостью с позиции функционального диагноза [2, 5–8, 10], включая:

- оценку уровня интеллектуального недоразвития;

- оценку аномальных психосоциальных ситуаций, которые могут сопутствовать состояниям ШД;

- оценку соматофизического и неврологического состояния и их влияния на уровень ШД;

- влияние специфических расстройств психологического развития на проявления ШД;

- психопатологические синдромы, которые могут входить в структуру состояний ШД;

- оценку психосоциальной недееспособности, в том числе декомпенсация состояний ШД;

- динамику состояний ШД при легкой умственной отсталости.

На основании комплексного клинико-психолого-педагогического анализа факторов, определяющих формирование ШД при легкой умственной отсталости, предлагается авторский подход к интерпретации феноменологии конкретных типов и вариантов ШД.

Выделенные типы школьной дезадаптации при легкой умственной отсталости (аффективно-кинестический, аномально-личностный, дискогнитивный, аддиктивный) предложены и апробированы в качестве многомерной клинико-психолого-педагогической оценки школьной неуспешности [4–9].

Аффективно-кинестический тип ШД составил наибольший удельный вес среди всех выявленных типов ШД. Этот тип декомпенсации проявлялся эмоционально-волевой неустойчивостью, аффективной возбудимостью, двигательной расторможенностью и патологией влечений. Помимо нарушений школьной дисциплины, неусидчивости, раздражительности, склонности к конфликтам, агрессии, систематическим прогулам у контингента этой группы детей наблюдалось асоциальное поведение в виде алкоголизации, воровства, бродяжничества, сексуальных эксцессов. Наиболее характерной особенностью было отсутствие интереса к школьным занятиям.

Аффективно-кинестический тип школьной дезадаптации был представлен тремя вариантами: гиперкинестический, астеногипокинестический, агрессивно-дисфорический.

Гиперкинестический вариант характеризовался гиперактивностью, которая сочеталась с дефектами концентрации внимания и импульсивностью. В связи с этим низкая продуктивность при выполнении школьных заданий была обусловлена не столько умственным дефектом и отвлекаемостью, сколько недостаточностью активного внимания и истощаемостью. Дети легко отвлекались на посторонние стимулы, на вопросы часто отвечали не задумываясь, не выслушав до конца. Преимущественными интересами у этих детей были игровые, главным мотивом поступков – удовольствие. Учебными обязанностями они тяготились, от заданий, требующих усилий, от-

казывались. На уроке были трудны из-за болтливости и двигательной расторможенности. В работе были импульсивны, нетерпеливы и пресыщаемы, легко переключались на игру. Основной причиной ШД можно считать гиперкинетическое расстройство поведения.

Группа детей с *астеногипокинетическим вариантом ШД*. Все они отличались медлительностью, вялостью в интеллектуальной деятельности и поведении. Они плохо воспринимали инструкцию и не удерживали ее, замедленно осмысливали задание, не пытались переспросить, во время классного чтения не следили за текстом, плохо слушали объяснение. Подбадривание лишь кратковременно стимулировало работу.

В моторной сфере отмечалась также медлительность, недостаточность динамической координации и тонкой моторики, частые застревания на предыдущих движениях, синкинезии. Из игр дети быстро выбывали в связи с плохим осмыслением правил, сюжета, не успевали за темпом. Во время занятий даже по программе школы VIII вида требовалась постоянная индивидуальная помощь педагога – наглядное, поэтапное, замедленное объяснение заданий и активизация внимания. Большинство из них имели диспластические стигмы, церебро-эндокринные расстройства, резидуальную неврологическую симптоматику с неврозоподобными, поведенческими расстройствами. Все это создавало впечатление о наличии более глубокого интеллектуального дефекта.

Агрессивно-дисфорический вариант ШД. По своей феноменологической сущности данный вариант ШД характеризовался полиморфной симптоматикой в виде поведенческих, эмоционально-волевых и аддитивных расстройств. На фоне легкого интеллектуального дефекта отмечалась эмоциональная взрывчатость, раздражительность, склонность к агрессивным разрядам. По незначительному поводу дети бросали книги и тетради, кричали на взрослых, дрались со сверстниками. Безудержность аффективных вспышек была неадекватна незначительности их причины, агрессия нередко напоминала состояние патологического аффекта. Однако эти аффективные вспышки были непродолжительны, часто отмечался истероформный компонент: склонность к громким рыданиям, угрозам самоповреждения.

Черты взрывчатости, эксплозивности в ряде наблюдений своеобразно сочетались с признаками несформированности мотива к обучению, нарушенных когнитивных процес-

сов длительно сохранялась инфантильная непосредственность, пресыщаемость, поверхностность и примитивность эмоций. Дети нарушали дисциплину, были невнимательны, неисполнительны. Все это в значительной степени снижало школьную успеваемость, что, в свою очередь, способствовало еще большему обострению конфликтных отношений с окружающими: с родителями, педагогами, сверстниками. Преобладание в характерологической структуре умственно отсталого ребенка эмоциональной возбудимости, конфликтности позволяли включать ее в самостоятельную группу, обозначив ее как *агрессивно-дисфорический вариант ШД*.

Аномально-личностный тип ШД. Основные трудности поведения определялись выраженной личностной незрелостью: отсутствием чувства долга, ответственности, неумением сдерживать свои желания, неспособностью подчиняться требованиям школы и семьи. Инфантильность проявлялась отсутствием стойких привязанностей при большой общительности и в эйфоричном, беззаботном настроении со склонностью к назойливости и суевливости.

Одновременно для таких детей было характерно сочетание чрезмерной двигательной активности с признаками неконструктивного поведения. Это выражалось в том, что они постоянно мешали учителям и провоцировали неправильное отношение к себе со стороны сверстников и одноклассников. Невнимательность во время выполнения заданий и при играх в сочетании с отвлекаемостью, часто возникающим желанием заняться чем-то другим приводили к тому, что они постоянно отвергались и на учебных занятиях, и во время совместных игр со сверстниками. Проблемы во взаимоотношениях с окружающими выявлялись довольно быстро в условиях любой организованной деятельности и занятий. Вследствие низкого интеллектуального развития при внешней склонности к общению они не обнаруживали восприимчивость к оттенкам межличностных взаимоотношений: не улавливали эмоциональной дистанции и реакций недовольства своим поведением, не могли успешно общаться и устанавливать продолжительные отношения с привязанностью и симпатией, не были способны к эмпатическим переживаниям.

При данном типе ШД было выделено три варианта школьной дезадаптации: *имитационный, депривационный, псевдоаутистический*. Каждый из вариантов имеет определен-

ные клинические и психолого-педагогические характеристики, которые необходимо учитывать для решения вопросов профилактики и коррекции.

Имитационный вариант. Основанием для отнесения в эту группу детей с ЛУО служили такие характеристики, как повышенная внушаемость и их готовность подражать и копировать девиантные формы поведения.

Следует заметить, что именно из-за повышенной внушаемости дети с имитационным вариантом ШД легко примыкали к асоциальным компаниям, играя там подчиненную роль. Они быстро начинали курить, употреблять алкоголь, участвовать в воровстве, в силу низких критических способностей часто не осознавали делинквентного и криминального характера своих действий. Их влечения, как правило, не носили неодолимого характера, а совершались обычно из подражания. Процесс кражи воспринимался как увлекательная игра. Предметом воровства часто были игрушки, лакомства.

Таким образом, фактор аномальной, незрелой, инфантильной личности в виде крайней несамостоятельности, стремления к подражанию асоциальным формам поведения на фоне интеллектуальной несостоятельности оказался определяющим в формировании имитационного варианта школьной дезадаптации.

Депривационный вариант ШД. Основная особенность детей в этой группе была связана с условиями эмоциональной, преимущественно семейной, материнской депривации, а также фактором стойких внутрисемейных конфликтных отношений, включая физические наказания и жестокое отношение с детьми. При этом ШД также начинает проявляться рано – наиболее постоянно в младшем школьном возрасте. В этом случае сопутствующие семейные депривационные влияния усугубляются развитием, неразрешимых и непонятных для умственно отсталого ребенка, внешнего и внутреннего конфликтов с родными и сверстниками. Неприятие асоциальных членов семьи такого ребенка положительно ориентированными сверстниками быстро приводило к психологической самоизоляции его в школьном коллективе.

У детей с депривационным вариантом аномально-личностного типа ШД наблюдались уходы из дома и бродяжничество, которые провоцировались стойкой семейной и школьной дезадаптацией. Прогрессирующее течение данной формы нарушений выявило позитивные корреляции девиантного поведе-

ния с ранней алкоголизацией и личностной деформацией по асоциальному типу. Особенностью данного варианта у лиц с ЛУО явилось отсутствие форм невротического регистра.

В пятой части наблюдений был отмечен *псевдоаутистический вариант* аномально-личностного типа ШД. В формировании школьной неуспешности определяющее значение имели не столько признаки недостаточности развития познавательной деятельности, интеллектуальной сферы и истощаемости психических процессов, сколько закрепившиеся при неадекватном родительском и воспитательном отношении вторичные проявления тормозимости (*псевдоаутистичности*). В ее основе лежала недостаточная потребность в контактах с окружающими, слабость побуждений личной инициативности с бездеятельностью и отгороженностью, ограниченная речевая активность с пассивными отказными реакциями, которые при конфликтных ситуациях в школе принимали характер избирательного мутизма.

Дополнительным источником затруднений в усвоении школьной программы наряду с легкой умственной отсталостью были свойственные этим детям признаки вялости, замедленности и обедненности внешних выразительных проявлений аффективного реагирования и ограниченность контактов. Данные особенности определяли диссоциированность между имеющимися возможностями речевого общения и сниженной потребностью в речевом контакте, между пассивным и активным словарем. Эмоциональные реакции у этих детей внешне были недостаточно глубокими и недифференцированными, не имели ярких проявлений, характерных для здоровых детей и типичной для детского возраста эмоциональной лабильности, но отличались повышенной фиксированностью на обидах и низким уровнем тревожности. Все поведение было «тихим», дети вели себя незаметно, молчаливо. В целом, при данном типе нарушений ведущими являлись расстройства коммуникативных функций, зафиксированные на ранних этапах дизонтогенетического развития. Наиболее постоянно эти симптомы коррелировали с отклонениями эмоционального и личностного развития детей на фоне низкого уровня интеллекта.

Дискогнитивный тип ШД. Детей объединял симптомокомплекс с преимущественно неравномерной структурой интеллекта, с более низкими показателями в одних случаях вербальных характеристик (дисвербальный

вариант), в других наблюдениях – по невербальной структуре (аконструктивный вариант).

При клинико-психопатологическом анализе *аконструктивного варианта ШД* значительные затруднения возникали у детей при выполнении конструктивных действий, в процессе лепки, рисования, требующих четкой дифференцировки и координации, что проявлялось сопутствующей моторной недостаточностью и нарушениями пространственных представлений. На основании клинического опыта и результатов исследования все те случаи, когда дети овладевали основами чтения, письма и счета в сравнительно быстрые сроки были отнесены к аконструктивному варианту ШД. Однако, несмотря на серьезность учебной несостоятельности, учителя часто недооценивали патологического характера расстройств и считали, что ребенок «может, но не хочет... просто ленится, не старается». Это было связано с тем, что дети обнаруживали выраженные трудности именно при необходимости усвоения нового учебного материала. В тех случаях, когда задания носили для них освоенный и привычный характер, выражались в форме, включенной в игровые занятия, они обнаруживали достаточную успешность. В целом, это указывало на необходимость специального подхода к компенсации нарушений с использованием определенных форм коррекционно-развивающего обучения. Педагоги же, повседневно сталкиваясь с такими детьми, испытывали преимущественно чувство раздражения, которое проявлялось и в беседах с консультантом, и в явной установке на выведение такого «неуспешного» ученика из класса и помещение его в психиатрический стационар на обследование, и лечение в связи с проблемами школьной адаптации. Данный вариант ШД характеризовался недостаточной дифференциацией и координацией мелких действий, требующих точности при их выполнении. Указанная моторная недостаточность часто сопровождалась стереотипно повторяющимися, произвольными движениями, подергиваниями и сокращениями в отдельных группах мышц. Эти простые, неритмичные движения имели ограниченный характер и усиливались при эмоциональном напряжении, реакциях раздражения, гневливости или боязливости. Несмотря на общую моторную недостаточность, обнаруживалась определенная способность к производству целенаправленных действий.

Также у детей с аконструктивным вариантом ШД установлены следующие признаки:

а) неспособность правильно воспроизводить задаваемые им ритмы (при штриховке на бумаге, постукивании пальцем по столу и т. д.), а также ряда последовательных положений кисти руки в использованном нами тесте Н.И. Озерецкого – «кулак, ладонь, ребро» и т. д.; б) столь же длительные нарушения пространственной ориентировки: «право-лево», то есть неспособность правильно ориентироваться в сторонах тела – своего и собеседника. В более грубых случаях у таких детей длительно отмечались, кроме того: а) разные степени несоответствия развития временных и пространственных представлений, неспособность дифференцировать понятия «вчера-завтра», «сверху-сбоку» и т. д.; б) длительная неспособность самостоятельно одеваться, раздеваться и овладевать другими двигательными актами, состоящими из ряда последовательных действий. Эти проявления часто служили предпосылками для возникновения ШД.

Иные характеристики имели дети, отнесенные нами к **дисвербальному варианту ШД**, который отмечался в третьей части наблюдений, отнесенных к дисконгнитивному типу. У всех обследованных с дисвербальным вариантом ШД, согласно медицинской документации, отмечалась задержка речевого развития, первые слова появились в основном после года, запас слов длительно сохранялся ограниченным, речь быстрая, невнятная, слова выговаривались нечетко, трудно давалось освоение сложных слов. В клинической картине обнаруживались признаки отклоняющегося речевого развития, которое характеризовалось бедностью, малой выразительностью, однообразием звуко сочетаний. Продолжительный этап лепетной речи с существенной задержкой (3–3,5 года) переходил в членораздельную речь. В ней отмечались дефекты произношения отдельных звуков и целых слов. Моторная недостаточность, ограничивающая артикуляционно-интонационные, мимические, жестовые способности выразительного общения существенно обедняла и замедляла формирование вербальных функций.

С началом учебной деятельности и в период адаптации к ней констатировались следующие основные типы нарушений. Ведущими были нарушения в усвоении школьных навыков чтения, письма с неспособностью длительно, на период урока и всего учебного дня удерживать внимание и интерес к объяснениям материала и учебным заданиям. В педагогических характеристиках отмечались нарушения целенаправленной учебной актив-

ности с психической инертностью, замедленным включением в занятия, личностной пассивностью и непродуктивностью в работе; признаки затрудненного формирования навыков чтения, письма, счета. Дети испытывали затруднения в понимании устного рассказа, допускали грубые ошибки при чтении и письме «под диктовку», при выполнении заданий по словесной инструкции. Они также долго не могли обучиться навыкам письма, их почерк отличался неравномерностью и дисграфией, неправильным расположением букв. Эти дети обнаруживали продолжительную, обычно годами длящуюся неспособность овладеть чтением и письмом, что служило основой их школьной декомпенсации.

Признаком, использованным нами для разграничения аконструктивного и дисвербального вариантов школьной дезадаптации, явилась способность детей к овладению операциями, состоящими из ряда последовательных актов. В частности, при диагностике дисвербального варианта, отмечаются длительные нарушения «рядоговорения», неспособность заучивать и перечислять в прямом, а тем более в обратном порядке дни недели, месяцы, счетные операции. Для них характерны своеобразные, относительно выраженные нарушения памяти, проявляющиеся, в основном, в неспособности самостоятельного воспроизведения прошлых событий в хронологической их последовательности.

4. Аддиктивный тип ШД. Обусловлен ранней алкоголизацией, употреблением психоактивных веществ с различными комбинациями нарушений когнитивной, аффективно-волевой сферы и личностной незрелости. Во всех наблюдениях факторами риска формирования зависимости явились дисфункциональные семейные условия с преимущественно конфликтным, дисгармоничным характером, что проявлялось алкогольным бытом с безразличием членов семей по отношению друг к другу. Одновременно определяющим отношением к потреблению наркотически действующих средств было влияние сверстников из неформальных групп, которому очень легко подвергались дети и подростки с ЛУО. Наиболее часто наряду с алкогольными напитками использовались токсикоманические средства: применяли средства бытовой и промышленной химии; употребляли транквилизаторы. Незначительное число детей с легкой умственной отсталостью принимали антигистаминные (димедрол) и антипаркинсонические средства. Практически каждый из обследо-

ванных детей с ЛУО имел опыт употребления не менее 2–3-х веществ; наиболее часто использовались гашиш, кустарно приготовленные препараты из мака и барбитураты.

Данный тип требовал целенаправленной профилактической антинаркотической помощи, которая может быть оказана разными специалистами – врачами, психиатрами, наркологами и осуществляться как в период госпитализации, так и при возвращении ребенка с легкой умственной отсталостью в образовательную среду.

Знания специалистами основных клинических проявлений различных форм школьной дезадаптации у детей с легкой умственной отсталостью, особенностей их динамики служат основой для построения принципов медико-психологической и социально-педагогической коррекции, являются важным условием их выявления, преодоления и профилактики более стойких нарушений личности, характера и глубокой социальной дезадаптации в более старшем возрасте.

Установление типа школьной дезадаптации осуществлялось на основе комплексной многоосевой диагностики. Клинико-психопатологическая феноменология дезадаптационных расстройств важна для определения приоритетов в коррекционной работе, повышения точности и эффективности тех или иных воздействий на основе максимальной индивидуализации конкретных проблем дезадаптированного ребенка с ЛУО и установления иерархической структуры коррекционно-реабилитационной помощи в каждом отдельном случае. Количество получаемых данных при использовании многоосевой диагностики состояний школьной дезадаптации у детей с ЛУО, даже в минимальном объеме, более чем достаточно для надежной дифференциальной диагностики, способной существенно снизить риск диагностических ошибок при установлении типа ШД. Направленность на коррекцию придает конкретную значимость диагностической деятельности, осуществляемой каждым специалистом, и создает предпосылки для заинтересованного обмена информацией.

Основополагающим принципом в организации профилактики и коррекции нарушенных форм поведения у детей с ЛУО следует считать межведомственный подход с объединением усилий многих специалистов в комплексной реабилитации. Кроме того, к составлению профилактических, коррекционно-реабилитационных, психотерапевтических программ, нельзя подходить вне связи с оцен-

кой проблемных ситуаций дезадаптированного ребенка с ЛУО. В связи с этим, каждую программу необходимо рассматривать как сложную многоуровневую систему, элементами и активными участниками которой являются как специалисты, так и социально дезадаптированный ребенок, включая его семью и окружающую предметную и социальную среды в их взаимодействии.

Установление клинико-психологического диагноза следует рассматривать как основную цель совместной деятельности специалистов. Вместе с тем, возможность комплексной оценки состояний ШД у детей с ЛУО обуславливает принципиальное изменение качества диагностики, направленной не только на клиническую квалификацию случая, но и на выработку дифференцированных (индивидуализированных) коррекционно-реабилитационных рекомендаций (индивидуальных коррекционных маршрутов развития) с учетом конкретного клинико-психопатологического типа и варианта школьной дезадаптации у детей с легкой умственной отсталостью.

Литература

1. Исаев, Д.Н. *Умственная отсталость у детей и подростков* / Д.Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2007. – 391 с.

2. *Классификации болезней в психиатрии и наркологии: пособие для врачей* / под ред. М.М. Милевского. – М.: Изд-во «Триада-X», 2003. – 184 с.

3. Коробейников, И.А. *Нарушения развития и социальная адаптация* / И.А. Коробейников. – М.: ПЕРСЭ, 2002. – 192 с.

4. Рычкова, Л.С. *Сравнительные клинико-психологические аспекты школьной дезадаптации у детей с проблемами развития* / Л.С. Рычкова // *Теоретическая, экспериментальная и практическая психология: сб. науч. тр.* / под ред. Н.А. Батурина. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2000. – С. 91–99.

5. Рычкова, Л.С. *Клинические аспекты школьной дезадаптации у детей с легкой умственной отсталостью* / Л.С. Рычкова // *Российский психиатрический журнал*. – 2003. – № 4. – С. 57–58.

6. Рычкова, Л.С. *Медико-психологическая оценка типов школьной дезадаптации у детей с легкой умственной отсталостью* / Л.С. Рычкова // *Теоретическая, экспериментальная и прикладная психология: сб. науч. тр.* / под ред. Н.А. Батурина. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2003. – С. 63–69.

7. Рычкова, Л.С. *Многоосевая диагностика и клиническая систематика школьной дезадаптации у детей с легкой умственной отсталостью* / Л.С. Рычкова // *Вестник ЮУрГУ. Серия «Образование. здравоохранение. Физическая культура»*. – 2003. – Вып. 2. – № 7(23). – С. 57–61.

8. Пат. 2003107336 *Российская федерация. Способ диагностики клинических типов школьной дезадаптации, установление особенностей возрастной динамики и прогноза дезадаптационных состояний детей с легкой умственной отсталостью* / Л.С. Рычкова. – 17.03.2003.

9. Рычкова, Л.С. *Клиническая типология школьной дезадаптации у детей с легкой умственной отсталостью: автореф. дис. ... д-ра мед. наук* / Л.С. Рычкова / Томск, 2004. – 42 с.

10. Шилова, Т.А. *Диагностика психосоциальной дезадаптации у детей и подростков: практическое пособие* / Т.А. Шилова. – М.: Айрис-пресс, 2004. – 112 с.

11. Шипицына Л.М. *«Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта* / Л.М. Шипицына. – СПб.: Дидактика Плюс, 2002. – 496 с.

12. Шпек О. *Люди с умственной отсталостью: обучение и воспитание: пер. с нем. А.П. Голубева / О. Шпек*. – М.: ИЦ «Академия», 2003. – 432 с.

Поступила в редакцию 7 апреля 2009 г.

Рычкова Лидия Сергеевна. Профессор кафедры общей психологии: 8(351)267-99-81.

Lydia S. Rychkova. Professor of department of general psychology of South Ural State University: 8(351)267-99-81.

Гузанова Дарья Юрьевна. Магистр кафедры общей психологии ЮУрГУ: 8(351)267-99-81.

Darya J. Guzanova. The master of department of general psychology of South Ural State University: 8(351)267-99-81.