УДК 159.9

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СДВГ

Абшилава Э.Ф.

ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», г. Екатеринбург, Россия

В статье представлена схема комплексной многоуровневой лечебно-коррекционной помощи детям с СДВГ: первый уровень - метаболический - предполагает медикаментозные воздействия; выбор препаратов диктуется структурой поведенческого симптомокомплекса. Второй уровень - нейропсихологический - включает нейропсихологическую диагностику и комплексную психомоторную коррекцию онтогенетических блоков мозговой организации деятельности ребенка. Третий уровень - синдромальный - включает комплекс развивающих игр, позволяющих изолированно воздействовать на отдельные элементы синдрома, четвертый уровень - поведенческий и пятый уровень - личностный - подразумевает использование различных видов индивидуальной и групповой психотерапии, направленной на разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост, эффективное взаимодействие с взрослыми и сверстниками.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания, гиперактивность, младший школьный возраст, сопровождение.

Psychological and pedagogical support of primary school children with ADHD

Abshilava E. F.

State Autonomic Health Institution of the Sverdlovsk Region
Multiprofile Clinical Medical Center «BONUM»

The article demonstrates peculiarities of development of volunteer movement and differentiates volunteering from socially useful labour. Development and management of volunteer movement in Ural State Medical University is demonstrated specifically.

Keywords: volunteering, social values, social projects and actions

Актуальность исследования

В настоящее время синдром дефицита внимания является достаточно распространенным заболеванием с высокой степенью социальной дезадаптации, возникающей на его фоне. Ведущими клиническими проявлениями данной патологии являются невнимательность, гиперактивность и импульсивность [1]. Этиология,

диагностика и лечение синдрома дефицита внимания были и являются предметом активных дебатов. По многим причинам синдром дефицита внимания остаётся одним из самых противоречивых психических расстройств, несмотря на то, что он является реальным медицинским диагнозом. Проблема социальной незрелости, недостаточной сформированности позиции ученика у учащихся начальной школы, проявляющаяся прежде всего в нарушении саморегуляции поведения и произвольного внимания, последние годы занимает ведущее место среди причин школьной неуспешности в начальной школе [2]. В свою очередь, проблемы регуляции произвольной деятельности (в том числе учебы и поведения) в этом возрасте, по данным медиков, преимуществен но опосредованы различными вариантами функциональной незрелости ЦНС [3].

Синдром дефицита внимания необходимо выявлять на его ранней в стадии в младшем школьном возрасте. Наличие нарушений обучения и социальных функций является необходимым критерием для установления диагноза синдром дефицита внимания. Вопрос об объективности диагностики и достаточных основаниях для назначения медикаментозного лечения остается дискуссионным, в силу отсутствия единых диагностических критериев и методов оценки симптомов заболевания [4]. Многие родители отказываются от фармакологической помощи для детей с синдромом дефицита внимания, а альтернативная психолого-педагогическая помощь развита не в полной мере. Лекарства оказывают также негативное влияние на весь организм, имея ряд побочных действий на весь организм человека. По некоторым данным, распространенность синдрома среди младших школьников составляет порядка 10–15%, у мальчиков он встречался в 2,8–3 раза чаще, чем у девочек [5]. Проблема изучения синдрома дефицита внимания заключается в том, что нет разработанной психолого-педагогической базы для помощи детям, не существует программ развития и коррекции, помогающие детям младшего школьного возраста с синдромом улучшить свою успеваемость, путём тренировки познавательной сферы [6].

Материалы и методы

1. Организационные методы – анализ и изучение научной литературы по проблеме исследования.

2. Эмпирические методы: методика «Тест Тулуз-Пьерона»; методика «Прогрессивные матрицы Дж. Равена»; методика «Зрительно-моторный гештальт-тест» Л.Бендер; методика «Исследования мотивации учения у первоклассников».

3. Методы математической статистики [7].

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные результаты по всем шкалам были проверены на нормальность распределения с помощью программы Statistica 6.1. Распределение результатов не является нормальным, поэтому мы использовали критерий Спирмена и получили результаты: линейное визуальное мышление связано с точностью переработки информации на уровне значимости $p<0,05$, получена достоверная корреляционная связь 0,309250. Также была выявлена корреляционная связь между точностью переработки информации и структурном визуальном мышлении 0,237630 на уровне значимости $p<0,05$. Исходя из результатов данного исследования, актуальной необходимостью является развитие когнитивно-познавательной сферы с помощью специализированной программы для первоклассников.

Анализ данных констатирующего эксперимента показал, что среди первоклассников обнаружены дети с симптомами синдрома дефицита внимания. Полученные данные по методике «Тест Тулуз - Пьерона» (скорость и точность переработки информации) свидетельствуют о том, что у большинства первоклассников нормальный уровень развития. Но также у многих детей уровень развития скорости и переработки информации находится в зоне патологии, а именно является показателем возможной минимальной мозговой дисфункции. Также были выявлены уровни: близкий к норме, требующий речевого контроля и медлительный. В результате исследования мыслительных операций по методике «Прогрессивные матрицы Дж. Равена», у большинства испытуемых выявлен хороший уровень развития линейного визуального мышления. Много первоклассников имеют уровень патологии. Мы диагностировали также слабый, средний и хороший уровни развития линейного визуального мышления. Исследуя структурное визуальное мышление, у большинства первоклассников - хороший уровень развития. В меньшей степени у первоклассников был выявлен высокий уровень и уровень патологии. Мы выявили слабый, средний и высокий уровни развития структурного визуального мышления. По методике изучающей зрительно – моторную координацию «гештальт – тест Бендер» средний уровень развития был диагностирован у большинства первоклассников. Много детей имеют слабо развитую зрительно-моторную координацию. Также были выявлены первоклассники с нарушением зрительно – моторной координации и хорошим уровнем. Высокий уровень развития не продемонстрировал ни один ребенок. Полученные результаты по методике исследования мотивации учения свидетельствуют о том, что у большей части испытуемых доминирующий мотив к обучению является учебный, это норма. Мы диагностировали также социальный, позиционный, игровой мотивы и мотив

отметки, который свидетельствует о не готовности ребенка к обучению в школе. Проведя первичную диагностику, мы выявили детей с самыми низкими показателями, а именно тех, у кого диагностировались симптомы синдрома дефицита внимания. Эти первоклассники составили группу, которая посещала программу психологического сопровождения [8]. На основании проведённого исследования и выявленных особенностей первоклассников с синдромом дефицита внимания, мы разработали и провели программу психологического сопровождения. Цель нашей программы психологического сопровождения: развитие когнитивной сферы и регулировка поведения первоклассников с синдромом дефицита внимания.

Целевая группа – учащиеся первых классов в возрасте от 6,5 лет до 8 лет в количестве 31 человек. Схема комплексной многоуровневой лечебно-коррекционной помощи детям с СДВГ представлена несколькими уровнями: первый уровень - метаболический - предполагает медикаментозные воздействия; выбор препаратов диктуется структурой поведенческого симптомокомплекса. Второй уровень - нейропсихологический - включает нейропсихологическую диагностику и комплексную психомоторную коррекцию онтогенетических блоков мозговой организации деятельности ребенка. Третий уровень - синдромальный - включает комплекс развивающих игр, позволяющих изолированно воздействовать на отдельные элементы синдрома, четвертый уровень - поведенческий и пятый уровень - личностный - подразумевает использование различных видов индивидуальной и групповой психотерапии, направленной на разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост, эффективное взаимодействие с взрослыми и сверстниками [9]. После проведения программы психологического сопровождения у первоклассников с синдромом дефицита внимания была проведена вторичная диагностика, целью которой было выявление динамики развития когнитивно – познавательной сферы у первоклассников и оценка эффективности данной программы. Для повторной диагностики испытуемых использовались методики, которые применялись на этапе констатирующего эксперимента.

Для достоверности значимости результатов был применен критерий Спирмена для выявления связи линейного визуального мышления, структурного визуального мышления со вниманием (скоростью и точностью переработки информации) у первоклассников. Связь была установлена, и мы получили результаты: линейное визуальное мышление связано с точностью переработки информации. Также была выявлена связь между точностью переработки информации и структурным визуальным мышлением. После проведения программы психологического сопровождения первоклассников с синдромом

дефицита внимания была проведена вторичная диагностика, целью которой было выявление динамики развития когнитивной сферы у первоклассников. После прохождения программы психологического сопровождения у первоклассников увеличился уровень нормы в развитии точности и скорости переработки информации. Уровень близкий к норме, остался без изменений. Уменьшилось количество испытуемых, имеющих медлительный уровень и уровень ММД. Анализируя сравнительные результаты по методике «Прогрессивные матрицы Дж.Равена», мы выявили что после прохождения программы психологического развития ни у кого из первоклассников не был выявлен слабый уровень и уровень патологии. Соответственно, увеличилось количество первоклассников имеющих средний, хороший и высокий уровень развития. Это свидетельствует о развитии линейного визуального мышления и о том, что у всех детей показатели увеличились и находятся в пределах возрастной нормы. Также ни у кого из первоклассников не был выявлен уровень патологии в развитии структурного визуального мышления. Уменьшилось количество детей имеющий слабый уровень. Выросло количество первоклассников имеющих средний и высокий уровень развития структурного визуального мышления. Возможно, в связи с этим не значительно уменьшился хороший уровень развития. Таким образом, в ходе проведенного исследования подтвердилась гипотеза, что после прохождения программы психологического сопровождения у первоклассников с синдромом дефицита внимания, произошли положительные качественные изменения в познавательной сфере, а именно изменение зрительно-моторной координации, памяти, мышления, свойств внимания и произвольности процессов. В связи с этим, в ходе работы была достигнута поставленная цель и выполнены все поставленные задачи. Полученные данные вносят вклад в изучение понятия синдрома дефицита внимания у первоклассников, расширяют представления о возможностях помощи детям, имеющим его и их родителям.

Дети с синдромом дефицита внимания нуждаются в особом обращении и психологическом комфорте, предоставляющим окружающими. Ниже мы приводим **рекомендации** родителям и специалистам по работе с детьми, имеющими синдром дефицита внимания.

1. Синдром дефицита внимания не болезнь, не стоит паниковать, если его обнаружили у вашего ребенка. Стоит задуматься об изменении собственного поведения: не ругать ребёнка и не впадать из крайности в крайность.

2. У детей с синдромом дефицита внимания часто диагностируется и гиперактивность. У таких детей очень высокий порог чувствительности к отрицательным стимулам, поэтому стоит отказаться от физических наказаний, а лучше использовать похвалу и поощрение.

3. Постарайтесь выделить для ребенка комнату или ее часть для занятий и свободного время препровождения. Не стоит использовать в оформлении комнаты ярких цветов. На столе и в ближайшем окружении ребенка не должно быть отвлекающих предметов. Ребенок с синдромом дефицита внимания сам не в состоянии сделать так, чтобы ничто постороннее его не отвлекало.

4. Составьте с ребенком распорядок дня и все времяпрепровождения должно соответствовать этому распорядку. Организация всей жизни должна действовать на ребенка успокаивающе. Определите для ребенка круг обязанностей, а их исполнение держите под постоянным наблюдением и контролем, но не слишком жестко. Чаще отмечайте и хвалите его усилия, даже если результаты далеки от совершенства.

5. Следите за тем, что бы ребенок соблюдал режим дня и спал не менее 10 часов. Так же ребенку необходим и дневной отдых, возможно сон.

6. Пусть ребенок выберет для себя интересный спорт и посвятит ему свое свободное время. Необходимо выбрать наименее опасный вид спорта.

7. Желательно работать с ребенком в первой половине дня, особенно исключая различные виды активности перед ночным сном.

8. Необходимо строить взаимоотношения с ребенком на взаимопонимании. Не следует разрешать делать ребенку все, что он захочет, но стоит набраться терпения, чтобы объяснить ребенку что можно, а что нет.

9. Для того, чтобы ребенок научился вас слышать и понимать все с первого раза, давайте ему короткие и очень четкие инструкции.

10. Не избегайте физического контакта, особенно во время выполнения задания требующего концентрации внимания (обнимайте и хвалите ребенка).

11. Не заставляйте ребенка выполнить все задание сразу, устраиваете ему физкульт - минутки. Ребенку необходима частая смена деятельности.

12. Занимайтесь с ребенком творчески: рисование, конструирование, лепка. Это поможет развивать ребенку мелкую моторику и вообще зрительно-моторную координацию.

13. Эмоционально поддерживайте детей во всех попытках конструктивного, положительного поведения, но сдерживаете эмоции, если вы огорчены и недовольны поведением своего ребенка.

14. Необходимо уберечь ребенка от возможных конфликтов между взрослыми: даже если назревает какая-то ссора, ребенок не должен видеть ее, а тем более быть её участником.

15. Нельзя перегружать внимание ребенка, то есть на определенный отрезок времени поручайте только одно дело, чтобы он мог его завершить. Перед этим обсудите задание, которое должен выполнить ребенок.

16. Если ребенку необходимо ваше присутствие во время выполнения какого-либо задания, обеспечьте это ребенку. Ему не столько нужна ваша помощь, сколько поддержка.

17. Главное это терпение и любовь, которой вы окружите вашего ребенка. Помните об этом и тогда успехи в работе с вашим ребенком будут наиболее очевидными.

Список литературы

1. Рассел, А. Ваш непослушный ребенок / А.Рассел, К. Бентон- СПб.: Питер, 2010. – 380 с.
2. Мэш, Э. Детская патопсихология / Э. Мэш, Д. Вольф. – М.: Прайм-Еврознак, 2010. – 560 с.
3. Заваденко Н.Н. Как понять ребёнка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания // Лечебная педагогика и психология. Приложение к журналу «Дефектология». - М.: Школа-Пресс, - 2010. - №5. - С. 10 – 25.
4. Гонеев, А.Д. Основы коррекционной педагогики. – М.: Академия**, - 2010. – 272 с.**
5. Выготский, Л.С. Вопросы детской психологии / Л.С. Выготский. – СПб.: Союз, 2010. – 255 с.
6. Шевченко С.С. Помощь гиперактивным детям // Журнал «Здоровье детей» - 2010. - № 2. - С. 12 - 15.
7. Ясюкова, Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация ММД / Л.А.Ясюкова. - СПб.: Речь, 2010. - 183 с.
8. Абшилава Э. Ф. Синдром дефицита внимания и гиперактивности в общей систематике нарушений психического развития у детей// Педагогическое образование в России. 2016 № 4.С.15-21.
9. Naboychenko E.S., Abshilava E.F. The results of approbation test aimed at the diagnosis of ADHD and hyperactivity in primary school children //The collection includes the 3rd International Conference «Research, Innovation and Education» by SCIEURO in London, 25-30 January 2016. С.180.

Абшилава Экатерина Феликсовна - аспирант, врач ультразвуковой диагностики ГАУЗ СО МКМЦ«Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. . Хохрякова 73, тел: (343)240-42-68 , e-mail: eka_k_f@mail.ru