

Основные подходы психолого-педагогического сопровождения детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в условиях Гимназии.

Бабайлова Людмила Григорьевна, педагог-психолог

Психолого-педагогического сопровождение детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в условиях гимназии осуществляется на основе подходов: диагностический, нейропсихологический, синдромальный, бихевиоральный, фармакологический, педагогический. Данные подходы необходимо использовать при условии комплексного использования, взаимодействия со специалистами, сотрудничества с родителями и использования в работе с детьми с СДВГ разных методов и способов коррекции.

В последнее время значительно увеличилось количество детей, имеющих проблемы, связанные как с физическим, так и с психическим здоровьем, все чаще дети приходят в школу неподготовленными, с неврологическими диагнозами, задержкой психического развития. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является наиболее актуальной проблемой, с которой обращаются к психологам родители детей младшего школьного возраста. Первые симптомы проявляются гораздо раньше, когда малыш начинает посещать детский сад, а в первом классе становятся более заметны, поскольку у ребенка появляются трудности, связанные с обучением.

Основные дефиниции данного понятия: «гипер...» — (от греч. нурег — над, сверху) — составная часть слов, указывающая на превышение нормы. Слово «активный» пришло в русский язык из латинского «a tivus» и означает «действенный, деятельный». СДВГ— психоневрологическое расстройство поведения в детском возрасте. Многими исследователями СДВГ считается одним из основных вариантов минимальной мозговой дисфункции (ММД)- общий диагностический термин, охватывающий различные поведенческие когнитивные и аффективные отклонения. По данным отечественных и зарубежных исследований

частота встречаемости этих расстройств среди детей дошкольного и младшего школьного возраста достигает 5-23% .

Изучение теоретических основ проблемы позволяет определить симптоматику и этиологию синдрома, которая до сих пор изучена недостаточно. Предполагается, что возникновение СДВГ связано с дисфункцией ЦНС, которая может быть вызвана генетическими факторами, неблагоприятным течением антенатального периода, родовыми осложнениями, а также заболеваниями в первые годы жизни ребенка.

Основными проявлениями СДВГ считаются гиперактивность, дефицит внимания и импульсивность, к вторичным нарушениям относятся нарушения в развитии функций, провоцирующие слабую успеваемость в школе, но по мнению В.Б Никишиной, «имеющие обратимые изменения» (6, с.11). А.Д. Гонеев выделяет комплекс клинических проявлений дефицита внимания у детей: беспокойные движения в кистях и стопах, неумение сидеть на одном месте, легкая отвлекаемость на посторонние раздражители, нетерпеливость, неумение доводить начатое до конца, очень быстрая переключаемость, частая потеря вещей, неумение разговаривать тихо, неумение прогнозировать последствия своих поступков, спонтанность и необдуманность действий, невыполнение правил, нарушения сна.

Несмотря на то, что синдром часто не сопровождается отставанием в психическом развитии и отклонения укладываются в рамки физиологических колебаний, при увеличившихся нагрузках на центральную нервную систему у ребенка начинают проявляться такие качества, как упрямство, негативизм, непослушание. Начинаются проблемы с речью, возможно заикание. Ребенок не хочет учиться, не в состоянии запоминать то, что говорит учитель, у него очень плохая каллиграфия. В зависимости от особенностей течения расстройства один ребенок может испытывать сложности в письме, другому тяжело дается чтение, третьему – счет и т.д. Длительные проявления импульсивности и гиперактивности могут привести к формированию девиантных форм поведения, а впоследствии, во взрослом возрасте проявляются неудачами в личной и профессиональной карьере [2].

На современном этапе развития системы образования на первый план выдвигается задача создания условий для становления личности каждого ребенка в соответствии с особенностями его психического и физического развития. Эта задача регламентируется изменениями в ФЗ № 273-ФЗ «Об образовании в РФ», направленными на инклюзивный подход к их обучению.

Методы исследования делятся: на организационные методы – изучение научной литературы по проблеме исследования, подбор диагностического инструментария; эмпирические методы – (психодиагностическое тестирование); методы математической статистики. Для выявления синдрома могут использоваться методики: «Тест Тулуз-Пьерона», методика «Прогрессивные матрицы Дж. Равена», методика «Зрительно-моторный гештальт-тест» (автор – Л.Бендер), методика «Кольца Ландольта», метод визуального наблюдения, диагностическое задание «Поза Ромберга». *Диагностический подход* позволяет не только выявить СДВГ, но и организовать мониторинг, выбрать образовательный маршрут, позволяющий скорректировать дальнейшее развитие ребенка.

В разных странах подходы к лечению и коррекции СДВГ могут отличаться. Однако, невзирая на эти различия, большинство специалистов считают наиболее эффективным комплексное решение проблемы, а в качестве основного подхода - психологический. В рамках данного подхода с успехом используются *нейропсихологические способы* преодоления СДВГ: тренировка психомоторной коррекции онтогенетических блоков мозговой организации деятельности ребенка (упражнение-тест «Таблица», направленное на синхронизацию работы полушарий головного мозга, «Горизонтальная восьмерка» и др.).

Одним из составляющих элементов коррекции является кинезиология- наука о развитии умственных способностей через определенные двигательные упражнения, которые позволяют создать новые нейронные сети и улучшить межполушарное взаимодействие. Развивающая кинезиологическая программа способствует развитию межполушарной специализации, синхронизации работы полушарий, развитию мелкой моторики, устранение дислексии (упражнения с

релаксационным мячом, «Кулак-ребро-ладонь», «Ухо-нос», «Оладушки», «Клювики» и др.).

Психолого-педагогическое сопровождение определяет направленность на развитие несформированных функций произвольной регуляции деятельности, процессов самоконтроля и планирования собственной деятельности ребенка (*синдромальный подход*). Поэтому психологическая работа также включает: снятие мышечного напряжения с использованием метода прогрессирующей мышечной релаксации (по Э.Джейкобсону), метод визуализации, психогимнастика М.Чистяковой (этюды, пантомимы, игры), дыхательные методики.

Поскольку необходимо добиться качественных изменений в познавательной сфере, а именно изменение зрительно-моторной координации, памяти, мышления, свойств внимания, в работе с детьми с СДВГ используется комплекс развивающих игр, позволяющих изолированно воздействовать на отдельные элементы синдрома. К этим упражнениям относятся «Что изменилось?», «Замри», «Холодно-горячо», «Барабанщик» и др.

Развивать дефицитные функции в системе синдрома помогает формирование и отработка желаемых моделей поведения в рамках *бихевиорального (поведенческого) подхода*. Для изменения поведения детей используются методы оперантного обусловливания, согласно которым поведение контролируется его результатом и последствиями, а модификация поведения осуществляется за счет влияния на них. Главным принципом такой терапии является применение вознаграждения (материального подкрепления) ребенка за требуемое поведение и наказания за неправильное. Данные методы не могут применяться только после нейропсихологической коррекции.

Психологический подход может с успехом сочетаться с фармакоррекцией, поскольку психолог выстраивает систему психолого-педагогического сопровождения с учетом рекомендаций врачей. При использовании *фармакологического или медицинского подхода* проблемой занимаются врачи

разных медицинских специальностей: неврологи, психоневрологи, педиатры, остеопаты. Под руководством невролога проводится коррекция имеющихся нарушений, особенно во время адаптации младшего школьника в школе, а также в критические периоды роста. Для коррекции нарушений поведения и устранения невротоподобных реакций применяют седативные, ноотропные препараты, мозговые метаболиты, например, препараты, улучшающие питание и обменные процессы мозга.

Педагогический подход предусматривает создание для ребенка ситуации успеха при выполнении заданий, исключение чрезмерной перегрузки, ограничение времени пребывания у телевизора, компьютера, снижение шумового фона, выполнение режима дня и др. Обобщенная система работы может включать следующие аспекты: физическая реабилитация, включающая комплексную оздоровительную работу, использование методов и приемов, направленных на формирование праксиса и мелкой моторики, развитие усидчивости («Фасоль-горох», «Собери корзинку», пальчиковая гимнастика).

У детей с СДВГ страдает артикуляция речи, слухоречевая память и восприятие, им сложно строить длинные предложения, их речь бедна, они с трудом рассказывают и пересказывают текст, плохо пишут сочинения. Для решения речевых проблем ребенку оказывается помощь логопеда.

Таким образом, система психолого- педагогического сопровождения гиперактивных детей предполагает использование разных подходов, реализующихся через взаимодействие с педагогами, медицинскими работниками, родителями. Комплексное их использование поможет психологам вовремя компенсировать имеющиеся у детей нарушения. Об этом, прежде всего, говорит то, что более 70 % детей с СДВГ при правильной организации коррекционно-развивающих занятий и медикаментозном лечении догоняют своих сверстников и учатся в массовой школе, такие проявления, как гиперактивность и дефицит внимания, снижаются или исчезают вовсе.