

Ведяшкина Анастасия Викторовна

бакалавр, студентка

ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный университет»

г. Хабаровск, Хабаровский край

КОРРЕКЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОЯВЛЕНИЙ СДВГ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОЙ НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ

Аннотация: в статье раскрывается понятие синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, его этиология, клинические проявления, представленные триадой симптомов: гиперактивность, невнимательность, импульсивность. Описаны направления, методы, приемы, техники психолого-педагогической коррекции и профилактики СДВГ у младших школьников специалистами образовательных учреждений в условиях инклюзивного образования.

Ключевые слова: начальная школа, инклюзивное образование, младший школьник, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, гиперактивность, тьютор.

В последнее десятилетие в России повысилась частота выявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей, из-за чего у специалистов разных областей остро возникает проблема дальнейшей психолого-педагогической, психической и неврологической коррекции. Сегодня данный синдром рассматривается как медико-социальная проблема, поскольку его проявления в младшем школьном возрасте включают в себя не только состояние психического здоровья, но и особенности обучения, взаимодействия в детском коллективе и со взрослыми, особенности поведения и психологических реакций на различные ситуации, благополучие ребенка и его семьи в целом.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – психическое, неврологическое и поведенческое хроническое расстройство, диагностируемое после 5-летнего возраста, сопровождающееся тремя клиническими симптомами, влияющими на социальные взаимодействия ребенка: невнимательность, гиперактивность, импульсивность.

Среди отечественных специалистов, занимающихся изучением проблемы СДВГ, можно выделить: Л.О. Бадалян, И.П. Брязгунов, Н.Н. Заваденко, Е.В. Касатикова, Б.М. Коган, А.Л. Сиротюк, Ю.С. Шевченко, Л.С. Чутко, Л.А. Ясюкова.

Эпидемиологические данные о частоте СДВГ по данным зарубежных и отечественных исследователей варьируются в пределах от 2% до 18% в детской популяции, при этом чаще встречается у мальчиков, чем у девочек. Данный факт свидетельствует о высокой вероятности наличия ученика с данным синдромом в каждом классе начальной школы [5, с. 2].

Основные теории этиологии СДВГ:

- генетическая теория, обусловленная наследственной природой синдрома, его наличием у родственников ребенка. Мутации локализуются в 11-й хромосоме и в генах, ответственных за дофаминовый обмен. Данной теории придерживается большинство исследователей и специалистов;
- нейробиологическая и нейрофизиологическая теории объясняют наличие СДВГ следствием снижения поступления крови к лобной коре и подкорковым узлам;
- нейромедиаторная теория предполагает возникновение СДВГ как следствие дисбаланса в функционировании ключевых медиаторных систем;
- теория токсических веществ, приверженцы которой считают СДВГ следствием накопления в организме различных веществ (консервантов, пищевых красителей, свинца) и ненормированного употребления сахара и искусственных подсластителей [2, с. 336; 5, с. 4–5].

К факторам, повышающим риск появления СДВГ, относят:

- семейные: низкое социальное положение семьи, окружение с делинквентным поведением, нейропсихиатрические нарушения, наркомания, алкоголизация у членов семьи;
- пренатальные и перинатальные: гипоксия, интоксикации, инфекции плода, асфиксия новорожденных, недоношенность, неестественные роды, натальные травмы, искусственное вскармливание и т. д.;

– психологические и социальные: конфликты внутри семьи, неготовность партнеров к родительству, индифферентный стиль семейного воспитания [5, с. 4].

Этиология синдрома имеет комбинированный характер, что означает вероятность наличия нескольких экзогенных и эндогенных причин и факторов для его возникновения [3, с. 56]. Необходимо обеспечение комплексного обследования ребенка специалистами разных сфер.

В клинической картине синдрома выделяют 3 подтипа: синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), синдром дефицита внимания без гиперактивности (СДВ) и резидуальный тип (ставится подросткам и молодым людям, у которых в детстве наблюдался СДВГ). В зависимости от подтипа синдрома наблюдается преобладание тех или иных симптомов [2, с. 332]. Для диагностики синдрома и определения подтипа российские специалисты, кроме всего прочего, используют метод анкетирования, в котором представлены группы клинических симптомов и их характерные проявления по МКБ-10 [3, с. 55]. Специалистам, работающим в сфере образования с детьми дошкольного и младшего школьного возраста, рекомендуется с данными критериями ознакомиться.

Нарушения произвольного внимания при СДВГ в младшем школьном возрасте проявляются в неспособности концентрироваться на какой-либо деятельности без отвлечения на внешние стимулы и переключений на постороннюю деятельность (объектом деятельности зачастую является тело самого ребенка, одежда), наблюдается забывчивость и рассеянность (ребенок забывает, что и где необходимо записать даже при многократном повторении). При чтении художественного, научного текста или текста математической задачи такие дети запоминают только последние сведения, забывая детали и упуская важные связи между данными. Часто не доделывают до конца задания, не замечают дополнительных требований к их выполнению или оформлению [7, с. 19].

Импульсивность при СДВГ выражается у младшего школьника в вербальной и двигательной нетерпеливости (например, ребенок выкрикивает раньше, чем учитель закончит формулировать вопрос), часто перебивает собеседников, в

целом отмечается повышенная разговорчивость. Возникают трудности в ситуациях, где необходимо дождаться своей очереди [7, с. 20].

Гиперактивность проявляется в повышенной двигательной активности, суетливости, беспокойстве в игровой и иной деятельности, неспособности не совершать каких-либо неуместных движений и постоянных смен положения тела (за рабочим местом) [7, с. 19].

Перечисленные проявления клинических симптомов СДВГ в значительной степени влияют на успешность освоения учебных программ и сам процесс обучения младших школьников в целом. Несмотря на сохранные интеллектуальные способности, такие учащиеся имеют проблемы с освоением образовательных программ [3, с. 56]. Трудности со школьной успеваемостью обусловлены рядом причин, последствия которых должны решаться специалистами разных областей.

Одна из главных причин школьных трудностей – психоэмоциональное состояние учащихся с СДВГ или СДВ. У таких детей часто наблюдается низкая самооценка, тревожность, постоянная напряженность из-за сравнения себя с другими детьми и непониманием особенностей со стороны взрослых (родители, педагоги). В стрессовых состояниях испытывают и проявляют либо гнев и раздражительность, либо отчаяние и плаксивость. Зачастую дети оказываются в ситуации социальной депривации в детском коллективе. В течение первого года обучения наблюдается школьная дезадаптация, характеризующаяся социальной не зрелостью, инфантильностью, вспыльчивостью, капризностью, низкой учебной мотивацией, отсутствием сформированного чувства ответственности за себя, неумением взаимодействовать в коллективе. Перечисленные отклонения проявляются и в последующие годы школьного обучения и могут привести к девиантному поведению [1, с. 10]. Коррекция и предупреждение данных проявлений – сфера ответственности школьного психолога или педагога-психолога. Перечислим основные направления работы по профилактике и коррекции психоэмоционального состояния младших школьников с СДВГ:

-
- проведение, анализ психологических диагностик и дальнейшая подготовка рекомендаций для педагога, учащихся и родителей;
 - проведение индивидуальных, парных и групповых занятий, направленных на развитие ВПФ (особенно внимания и памяти), обучение навыкам самоуправления, развитие умения распознавать свои и чужие эмоции, контролировать собственные эмоции, развитие мелкой моторики и координации движений, повышение самооценки и учебной мотивации (Г.Б. Монина) [4]. Желательно применение и обучение таким психотерапевтическим методикам, как: визуализация, медитация, аутогенная тренировка, гипноз и самогипноз (И.П. Брязгунов, Е.В. Касатикова) или арт-терапевтических технологий [1, с. 30–35];
 - психологическое просвещение педагогов, родителей по вопросу СДВГ в разных формах: круглые столы, семинары, лекции, вебинары, групповые тренинги [6, с. 131].

Тремя распространенными среди детей с СДВГ специфичными логопедическими нарушениями являются: дислексия – нарушение процесса чтения, дисграфия – нарушение письма, дискалькулия – нарушение счетной деятельности. Непосредственно сама речь таких учащихся отличается торопливостью, несвязностью, неправильным построением фраз [7, с. 21]. Работа по коррекции перечисленных и других логопедических расстройств должна вестись штатным школьным логопедом или педагогом-логопедом и включать также следующие направления:

- работа над общим развитием речи, звуковой стороной речи, ее осмысленностью, устранение гипердинаминости;
- развитие мелкой моторики рук, координации движений. Применение расслабляющих упражнений для снятия напряжения с мышц верхних и нижних конечностей, лицевых мышц;
- развитие ВПФ, чувства ритма.

Учитывая особенности младших школьников с СДВГ, организация их обучения в инклюзивном классе имеет свои особенности. Необходимый специалист для организации качественного психолого-педагогического сопровождения в

современных реалиях инклюзивного образования – тьютор. Тьютор – «проводник», передающий информацию между обучающей средой, в лице учителя, и самим учащимся в доступном для него виде [8, с. 677]. Основными направлениями в сопровождении тьютором младших школьников с СДВГ являются:

- участие в разработке индивидуальных программ и маршрутов, основываясь на личностных, психоэмоциональных, физиологических и других особенностях учащихся;
- сопровождение ребенка в образовательной деятельности в течение всего учебного дня. Предоставление помощи в процессе социализации со сверстниками и взрослыми;
- консультативная и методическая помощь педагогу начальных классов и родителям учащихся, основанная на наблюдениях за детьми.

Непосредственно обучение обязательным образовательным компетенциям организует учитель начальных классов. В работе с учащимися с СДВГ педагогу целесообразно придерживаться следующих направлений и методов их реализации в своей практической деятельности.

Социализация младших школьников. Ключевым методом реализации в рамках классно-урочной системы может послужить кооперативное обучение – модель организации образовательной деятельности, при которой дети работают в подгруппах с четким распределением обязанностей внутри них ради достижения единых целей. Учебные задания превращаются при такой модели в совместные проекты, что способствует развитию УУД [6, с. 200–202].

Коррекция поведения и развитие навыков самоконтроля. Методы реализации: во-первых, организация образовательной среды таким образом, чтобы рабочее место учащихся с СДВГ располагалось как можно дальше от всех отвлекающих факторов – средний ряд 1–3 парты, при этом нельзя сажать вместе детей с особенностями развития. В образовательной среде все должно быть предсказуемо и реализовываться согласно четким правилам и распорядку (размещенным на классном уголке), необходимо наличие специальных знаков для регулирования поведения (находящихся на доске или на партах учащихся), организация

физкультминуток, реализация системы поощрений и санкций. Последнее эффективно внедряется с помощью техник: индивидуальная или общеклассная балльная система поощрений, «игра в хорошее поведение» и другие [6, с. 160, 187–188]. Во-вторых, поведение нарушается тогда, когда ребенку становится неинтересно, и он становится ведомым внешними стимулами, поэтому сам процесс обучения должен быть динамичным, структурированным, системным, с применением ИКТ, игровых технологий, с ориентацией на все каналы восприятия [6, 189–200]. Развитие навыков самоконтроля происходит постепенно от полного контроля учителем работы ребенка с постепенным увеличением уровня самостоятельности. Для данных целей целесообразно использовать индивидуально-личностный подход в обучении, при котором каждый ребенок осознает собственные образовательные цели и пути их достижения. В таком случае допустимы одинаковые учебные задания, но их содержание и объем могут отличаться в зависимости от особенностей каждого ребенка.

Повышение самооценки и мотивации обучения, уменьшение школьной тревожности. Методы: фиксирование учебных и неучебных достижений (техника лотереи, когда успехи учащихся записываются на листочках и хранятся до розыгрыша особого поощрения), игровые методы работы, релаксационные упражнения (техники глубокого дыхания), разрешение использования карточек с алгоритмами, схемами даже при выполнении самостоятельных работ, консультативная и просветительская работа с родителями [6, с. 194–195]. Для повышения мотивации возможно предоставление права выбора домашнего задания [4]. Дети с СДВГ не боятся допускать ошибок и хорошо работают в том случае, когда педагог поощряет, вербально и невербально подкрепляет их продвижение, создает ситуацию успеха [6, с. 184–185]. Учебная деятельность у учащихся с синдромом происходит циклично: 5–15 минут продуктивной работы с проявлениями импульсивности и гиперактивности, а затем 3–7 минут восстановления, при этом отвлекаясь от работы. Поэтому при планировании урока учитель должен четко распланировать время выполнения заданий и отдыха ребенка [7, с. 20].

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью, являясь медико-социальной проблемой, требует ответственного отношения к его коррекции и профилактике рядом специалистов как в образовательном учреждении (психолог, логопед, педагог), так и за его пределами (невролог, психиатр, дефектолог, олигофрено-педагог, нейропсихолог, клинический психолог) для преодоления учебных, социальных, поведенческих трудностей. Сотрудничество и партнерство педагога и родителей (законных представителей) обеспечивает единство подходов к воспитанию и обучению в школе и в семье, что является важной составляющей психоэмоционального состояния детей. Именно такой подход является системным и целостным, а обучение в рамках такого подхода – инклюзивным, учитывающим особые образовательные потребности каждого учащегося.

Список литературы

1. Брязгунов И.П. Непоседливый ребенок, или Все о гиперактивных детях. – 2-е изд., испр. и доп. / И.П. Брязгунов, Е.В. Касатикова. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2008. – 45 с.
2. Белопольская Н.Л. Детская патопсихология: хрестоматия. 5-е изд. / Н.Л. Белопольская, К.С. Лебединская, С.Д. Забрамная [и др.]; сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2019. – 352 с.
3. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: диагностика, патогенез, принципы лечения / Н.Н. Заваденко // Вопросы практической педиатрии. – 2012. – Т. 7, №1. – С. 54–62.
4. Монина Г.Б. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь: монография / Г.Б. Монина, Е.К. Лютова-Робертс, Л.С. Чутко. – СПб.: Речь, 2007. – 186 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://bookree.org/reader?file=589236>
5. Романцова Е.Б. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: учебное пособие / Е.Б. Романцова, А.Ф. Бабцева, И.Н. Молчанова [и др.]. – Благовещенск, 2009. – 21 с.

6. Романчук, О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей: Практическое руководство / О. И. Романчук. – 2-е изд. – Москва: Генезис, 2016. – 304 с.
7. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам / А.Л. Сиротюк. – М.: ТЦ «Сфера», 2002. – 128 с.
8. Чернова М.И. Значение тьюторского сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивной образовательной практики / М.И. Чернова // Молодой ученый. – 2015. – №4 (84). – С. 677–679.