

УДК 159.952.6

**К ВОПРОСАМ О ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА
ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ**

З.А. Ахметова

Приводится анализ проблем психологической коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности; психологическая коррекция; сопутствующие психические расстройства.

**TO THE ISSUES OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF CHILDREN'S
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER**

Z.A. Ahmetova

The article is devoted to the problem of psychological correction of children's Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder; psychological correction; associated mental disorders.

В последние годы отмечается тенденция к более высокому распространению синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) среди детей: 7,5–15 % в экономически развитых странах [1], 2–47 % – в России [2]. В Кыргызской Республике до сих пор отсутствуют эпидемиологические данные о частоте встречаемости СДВГ, однако мы склонны предполагать, что и у нас в стране при нарастании темпов современной общественной жизни наблюдается стремительный рост случаев СДВГ, поскольку отмечается рост факторов, приводящих к данному синдрому. Чаще всего это экологические, биологические причины (патология беременности и родов), социально-психологические факторы (рост алкоголизма и наркомании, увеличение количества неполных семей, педагогическая запущенность и др.) [3–5]. Социальная значимость СДВГ определяется не только чрезвычайной распространенностью в детской популяции, но и тем, что данный синдром является одной из самых частых причин обращения за помощью к специалистам [2], трудностей обучения (100 % [6]), школьной дезадаптации [2; 5; 7]. К подростковому возрасту у этих детей могут нарастать нарушения поведения, поэтому они входят в группу риска по совершению правонарушений, развитию алкоголизма и наркомании [3; 5; 7]. В связи с этим усилия

специалистов должны быть направлены на своевременное выявление и коррекцию СДВГ.

Цель данной работы состоит в теоретическом анализе проблемы психологической коррекции СДВГ у детей. Мы попытались кратко ответить на следующие вопросы: “Почему необходима психокоррекция при СДВГ?”, “Когда ее лучше проводить?”, “Кто должен участвовать в данном процессе?”, “Какие звенья психики ребенка с СДВГ нуждаются в коррекционном воздействии?” и “Какие методы применяются при коррекции СДВГ?”

Несмотря на то, что СДВГ – это медицинский диагноз и традиционно считается, что данный синдром нуждается, прежде всего, в медикаментозной коррекции, многие врачи указывают на то, что медикаменты не могут решить всех проблем гиперактивных детей [8], такое лечение не гарантирует формирование психологических и нейропсихологических аспектов, обнаруживающих слабость у детей с СДВГ [9]. Кроме того, существуют случаи гиперактивности у детей, которые вообще не требуют врачебного вмешательства, такие дети нуждаются только в психологической помощи [8].

Между тем, медикаментозная терапия СДВГ используется более чем широко, однако до сих пор нет единого мнения об эффективности лечения препара-

тами. Одни врачи считают, что назначаемые препараты приносят лишь кратковременный эффект, другие отрицают это [3]. Ко всему прочему, традиционная фармакотерапия СДВГ сопряжена с развитием нежелательных побочных эффектов. Согласно наблюдениям В. Оклендер, дети, благодаря ежедневному приему лекарств, могут оставаться спокойными достаточно долго, но при этом ребенок не приобретает внутренней силы, позволяющей без посторонней помощи взаимодействовать с окружающим миром. Он использует лекарства как костыли [10]. В то же время, ни одна таблетка не может научить ребенка, как надо себя вести.

В результате многочисленных исследований было показано, что психолого-педагогические методы позволяют достаточно успешно и на более длительный срок корректировать нарушения поведения и трудности в учебе, чем использование медикаментов. Поэтому в 1990 г. Американской академией педиатров относительно СДВГ была вынесена резолюция о том, что медикаментозной терапии должна предшествовать педагогическая и поведенческая коррекция [3]. Отсюда следует, что лекарственная терапия должна назначаться только в тех случаях, когда нарушения когнитивных функций и поведения у ребенка с СДВГ не могут быть преодолены лишь с помощью немедикаментозных методов.

Исходя из вышесказанного, можно заключить, что в большинстве случаев СДВГ, наряду с лекарственной терапией, у детей возникает необходимость в психологической коррекции, а в некоторых случаях врачебного вмешательства не требуется вообще, таким детям может помочь только психолог.

Когда лучше проводить психокоррекционную работу с детьми, страдающими СДВГ? Данный синдром – расстройство, при котором возможны серьезные вторичные последствия, поэтому необходимо своевременно осуществлять эффективные психосоциальные вмешательства, тем более при условии оказания своевременной помощи данная группа является одной из самых перспективных с точки зрения возможной положительной динамики [1]. Большинство авторов склоняется к тому, что наиболее оптимальным возрастом для коррекции СДВГ является возраст не позднее 5–10 лет [1]. Для этого существует несколько причин:

1. Время проявления СДВГ. Чаще всего симптомы СДВГ начинают обращать на себя внимание в условиях возрастания психических и физических нагрузок – примерно в возрасте трех-четырёх (ребенок начинает посещать детский сад) или в возрасте шести-семи лет (начало обучения в школе) [3; 5; 11]. По мнению И.П. Брызгунова и др., мак-

симальное проявление симптомов СДВГ приходится на возраст 7–12 лет [3]. Именно в эти периоды легче всего диагностировать данный синдром.

2. Пластичность нервной системы детей 5–10 лет достаточна, а компенсаторные возможности мозга велики для того, чтобы проводимые мероприятия давали более оптимистичные возможности для реабилитации таких детей [1; 3].

3. Угроза формирования сопутствующих расстройств. Если коррекционная работа не проведена своевременно, у ребенка могут сформироваться стереотипы поведения, которые достаточно часто усугубляются непоследовательным воспитанием в семье. Кроме того, эффективность коррекции зависит и от того, имеют ли дети негативный опыт неуспешного обучения или еще нет [1; 7].

Оказание помощи детям с СДВГ всегда должно носить комплексный характер, психокоррекционные воздействия будут эффективны при условии тесного сотрудничества психолога с родителями и педагогами, которые будут придерживаться единых принципов в отношении к ребенку дома и в школе. Только такое воспитание и обучение могут способствовать более полной реализации потенциала ребенка [3; 7; 11; 12]. Кроме того, родители и педагоги отслеживают эффективность коррекции и сообщают о его результатах специалистам [7].

При первых беседах с родителями специалист должен объяснить родителям природу СДВГ. Необходимо тактично разъяснить им, что ребенок не виноват, не должно быть комплекса вины и у родителей [7]. Важно подчеркнуть, что сопутствующие СДВГ нарушения поддаются коррекции, но процесс улучшения состояния ребенка обычно занимает длительное время, не менее нескольких месяцев [12]. Э. Мэш и Д. Вольф для этих целей рекомендуют проводить тренинг родительской компетентности, на котором родителей знакомят с основными принципами воспитания детей с СДВГ, помогают в адаптации к эмоциональным трудностям, вызванным воспитанием таких детей, обучают техникам, улучшающим поведение ребенка [4]. Одна из таких техник заключается в использовании системы очков для немедленного вознаграждения хорошего поведения или работы. Другая техника состоит в использовании “тайм-аута” – методики временной изоляции, применяемой в условиях, когда поведение ребенка становится неконтролируемым [7; 12].

В целом рекомендации родителям предусматривают: использование определенных правил и положительного подкрепления; приучение ребенка к самостоятельности; определение его круга обязанностей; поддержание дисциплины; орга-

низация режима дня и места для занятий; упорядочивание окружающей обстановки с ограничением отвлекающих факторов; избегание чрезмерной жалости и вседозволенности; спокойное, мягкое, позитивное общение; избегание переутомления, постановки завышенных требований и др. Родителям не следует стремиться добиваться изменения нескольких нежелательных форм поведения ребенка сразу, необходимо выбирать одну проблему на определенный период времени. Воспитание ребенка с СДВГ требует большого напряжения, поэтому родителям рекомендуется освоить методы борьбы со стрессом [3; 7; 12; 13].

Психолог также ведет разъяснительную работу с педагогами. Им предоставляются подробные сведения о природе гиперактивности, о характере поведения таких детей в детском саду, школе. Необходимо точно определить, какие индивидуальные трудности характерны для каждого ученика, и в соответствии с этим совместно с педагогами разрабатывается индивидуальная программа развития такого ребенка [7; 12].

Примерные рекомендации для учителей, работающих с гиперактивными детьми, сводятся к следующему: посадка детей поближе к доске; предъявление наиболее прямых, последовательных инструкций; включение в урок заданий, направленных на развитие зрительного, слухового, кинестетического восприятия; организация постоянной обратной связи, возможности частого обращения за помощью; изменение хода урока с включением минуток активного отдыха, подготовка ученика к переходу от одной деятельности к другой; концентрация каждый раз только на одной проблеме; поощрение даже минимальных достижений с целью создания положительной мотивации, ситуаций успеха; игнорирование по возможности вызывающих поступков и т. д. [3; 7; 12; 13].

Выбор методов коррекции СДВГ должен носить индивидуальный характер, с учетом степени выраженности основных проявлений СДВГ и наличия сопутствующих ему нарушений. К основным признакам этого синдрома относят дефицит внимания, гиперактивность и импульсивность [3]. Относительно сопутствующих нарушений, связанных с СДВГ, в литературе часто указывается на когнитивную, эмоционально-волевою и поведенческую сферы, а также межличностные отношения.

В когнитивной сфере у таких детей страдает восприятие (искаженное видение букв и цифр [14], плохое восприятие формы предметов [8]), память (снижение объема оперативной памяти, слабость долговременной памяти [3]), внимание (слабая концентрация, переключение, устойчивость, рас-

пределение, объем [7], повышенная отвлекаемость [3, 11], недостаток бдительности [4]), умственная работоспособность (объем мышления снижен, утомляемость повышена [3]), речь (недостаточная сформированность прагматических речевых функций [5], дисграфии [3]).

Нарушения в эмоционально-волевой сфере, по данным Н.Н. Заваденко и др., имеют место у 72 % мальчиков и 74 % девочек с СДВГ [5]: эмоциональное развитие запаздывает [2], частая смена настроения, высокая тревожность [4, 5], эмоциональная неустойчивость [5; 11], низкая самооценка [2, 3, 5, 8, 13, 14], отклонения в мотивационной сфере [3].

Согласно Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Сувориной, нарушения поведения встречаются у 71 % мальчиков и 68 % девочек [6], по данным Э. Мэш, Д. Вольф – у 50 % детей с СДВГ [4]. Чаще всего это: импульсивность, агрессивность [3; 5; 13], склонность к риску [4], некоторые формы делинквентного поведения [4], а также трудности во взаимодействии с окружающими людьми [3; 5; 6].

Все эти проявления непременно нуждаются в психокоррекционном воздействии, при котором с учетом результатов психологической диагностики сопутствующих нарушений составляется индивидуальная психокоррекционная программа.

Анализ литературных данных позволил нам выделить следующие принципы психологической коррекции СДВГ у детей:

1. Необходимо проводить психокоррекцию в единстве трех компонентов психического развития личности – когнитивного, эмоционального и поведенческого [8].

2. Первоначальная психокоррекция у детей с СДВГ должна осуществляться индивидуально. Затем в малой подгруппе (2–4 человека) и только после этого можно участвовать в общегрупповых играх и занятиях. Иначе ребенок может перевозбудиться, потерять контроль, переутомиться [7; 11].

3. Развитие и тренировку слабых функций следует проводить в эмоционально-привлекательной форме.

4. При развитии дефицитарных функций следует проводить работу поэтапно, начиная с развития одной отдельной функции. По достижению устойчивых положительных результатов можно переходить к тренировке одновременно двух, затем трех функций [7; 11].

5. Коррекционно-педагогическое воздействие должно быть сориентировано не на слабые, а на сохраненные звенья психической деятельности. Использование функционально подвижных ансамблей корковых зон позволяет формировать новые межфакторные связи. Поэтому усилия психолога должны быть направлены на выявление сильных

сторон, что повышает самооценку и мотивацию достижений в других видах деятельности [7; 15].

6. Выбор методов коррекции детей с СДВГ должен быть обусловлен индивидуальными особенностями, потребностями ребенка, степенью выраженности основных проявлений СДВГ и наличием сопутствующих нарушений, а также возможностями психолога [7].

Среди психолого-педагогических методов коррекции СДВГ главная роль отводится поведенческой психотерапии, главным принципом которой является применение вознаграждения ребенка за желаемое поведение и наказания (отсутствии поощрения) – за неправильное [3; 7].

В настоящее время в коррекционной работе с детьми с СДВГ отмечается перспективность проведения арт-терапии. В процессе рисования кистью, пальцами, работы с глиной, песком, водой ребенок с СДВГ имеет возможность выплеснуть негативные эмоции на бумаге без вреда для окружающих. Кроме того, любые тактильные ощущения помогают таким детям сконцентрировать внимание и начать лучше понимать самих себя. Метод является эффективным для развития следующих качеств: отношение к себе, адаптационные способности, зрительный анализ, произвольная регуляция деятельности, чувство внутреннего контроля. Арт-терапия помогает выстраивать отношения с ребенком на основе любви и взаимной привязанности [7; 10; 16].

Игровая терапия – наиболее естественная и эффективная форма работы с детьми. Особенно этот метод эффективен при коррекции социального инфантилизма, агрессивности, трудностях в обучении. Л.С. Выготский называл игру “школой произвольного поведения”, так как игровая деятельность способствует развитию произвольности психических процессов: произвольного внимания и памяти, умственной деятельности, волевой активности. В процессе такой психокоррекции ребенок с СДВГ начинает лучше понимать свои чувства, учится принимать самостоятельные решения. Кроме того, повышается его самооценка, улучшаются коммуникативные навыки [7].

Нейропсихологический подход, приобретающий всю большую популярность, состоит в переходе с помощью различных упражнений на предыдущие этапы онтогенеза с целью перестройки неправильно закрепленных функций. Основываясь на сохраненных звеньях, нейропсихолог постепенно развивает слабые для гиперактивных детей звенья психики: программирование и контроль, кинетическую организацию движений, пространственный анализ и синтез [9].

Таким образом, синдром дефицита внимания и гиперактивности на сегодняшний день является социально значимой проблемой ввиду высокой распространенности данного состояния в детской популяции и провокации негативных последствий, таких как нарушение поведения, школьная дезадаптация, ранняя алкоголизация и пр. В связи с этим для коррекции СДВГ следует своевременно (в возрасте 5–10 лет) принимать необходимые меры. Многие авторы склоняются к тому, что именно психологическая коррекция должна быть основным коррекционным вмешательством при данном состоянии. Однако психокоррекционные воздействия будут эффективны при условии тесного сотрудничества психолога с родителями и педагогами. Выбор методов коррекции СДВГ должен носить индивидуальный характер с учетом степени выраженности основных проявлений синдрома и наличия сопутствующих ему нарушений. На сегодняшний день самыми популярными среди специалистов являются такие психолого-педагогические методы коррекции, как поведенческая терапия, арт-терапия, игровая терапия, нейропсихологический подход.

Литература

1. Хотылева Т.Ю. Технологии психолого-педагогической помощи детям с СДВГ в Норвегии / Т.Ю. Хотылева, Т.В. Ахутин // Психологическая наука и образование. 2010. № 5. URL: http://www.psyedu.ru/journal/2010/5/Hotyleva_Ahutina.phtml
2. Заломихина И.Ю. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей / И.Ю. Заломихин // Логопед. 2007. № 3. С. 33–39.
3. Брызгунов И.П. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях / И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова. М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. 96 с.
4. Мэш Э. Детская патопсихология: нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф. СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. 384 с.
5. Заваденко Н.Н. Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики / Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинова, М.В. Румянцева // Дефектология. 2003. № 6.
6. Тревожность у детей с гиперактивностью и дефицитом внимания: терапевтическая эффективность пираретама / Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинова. URL: http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/02_03c/30.shtml
7. Моница Г.Б. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь: монография / Г.Б. Моница

- на, Е.К. Лютова-Робертс, Л.С. Чутко. СПб.: Речь, 2007. 186 с.
8. *Кайгородов Б.В.* Гиперактивность как школьная и индивидуальная проблема / Б.В. Кайгородов, О.А. Насырова // Мир психологии. 1996. № 1. С. 100–106.
9. *Соловьева Ю., Кинтанар Л.* Методы нейропсихологической коррекции мексиканских дошкольников с дефицитом внимания / Ю. Соловьева, Л. Кинтанар // Культурно-историческая психология. 2006. № 3. С. 60–67.
10. *Оклендер В.* Окна в мир ребенка: руководство по детской психотерапии / В. Оклендер. М.: 2007. 336 с.
11. *Горпинич Ж.О.* Гиперактивность детей младшего школьного возраста / Ж.О. Горпинич. URL: <http://festival.1september.ru/articles/103539/?member=103539>
12. *Заваденко Н.Н.* Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте / Н.Н. Заваденко. М.: Академия, 2005. 256 с.
13. *Кравцова М.* Развитие внимания в начальной школе / М. Кравцова // Школьный психолог. 2003. № 46.
14. *Добсон Д.* Непослушный ребенок: практ. руководство для родителей / Д. Добсон. М.: Пенаты: Т-Око, 1992. 205 с.
15. *Кузнецова И.В.* Психолого-педагогическая модель коррекции гиперактивного синдрома с дефицитом внимания у детей дошкольного возраста / И.В. Кузнецова // Психология. 2008. № 4 (57).
16. *Дьячкова М.С.* Психологические особенности готовности к обучению в школе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью: автореф. дис. ... канд. психол. наук / М.С. Дьячкова. Ярославль, 2006.