

УДК 373.1

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОБУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ (СДВГ)

Вейсбрут Т. Е.

МДОУ «СОШ №8»,

г. Калуга, Российская Федерация

E-mail: tassenkaiosifova@mail.ru

Аннотация. В данной статье рассматривается специфика такого расстройства, как синдром дефицита внимания и гиперактивности, а также ее влияние на обучение, развитие и социализацию. В основе исследования лежит комплексный подход к обучению детей младшего школьного возраста с СДВГ. Он предполагает: 1) осуществление взаимосвязанной работы специалистов учреждения (педагогов, логопеда, дефектолога, психолога) и родителей; 2) использование разноплановых приемов, методов, технологий, направленных на развитие высших психических функций, повышения качества знаний, совершенствование коммуникативных навыков, а также социальную адаптацию детей данной нозологической группы. Статья предназначена для учителей начальных классов, логопедов, психологов, дефектологов, осуществляющих работу с детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивности на базе общеобразовательной школы.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), комплексный подход, коррекция, обучение, инклюзивное образование.

A COMPREHENSIVE APPROACH TO TEACHING PRIMARY SCHOOL CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)

Tatiana E. Weisbrut,

*MBEI School 17,
Belgorod, Russian Federation
E-mail: tasenkaiosifova@mail.ru*

Abstract. This article examines the specifics of such a disorder as attention deficit hyperactivity disorder, as well as its impact on learning, development and socialization. The study is based on a comprehensive approach to teaching primary school children with ADHD. He assumes: 1) implementation of the interrelated work of the institution's specialists (teachers, speech therapist, speech pathologist, psychologist) and parents; 2) the use of diverse techniques, methods, technologies aimed at the development of higher mental functions, improving the quality of knowledge, improving communication skills, as well as social adaptation of children of this nosological group. The article is intended for primary school teachers, speech therapists, psychologists, speech pathologists who work with children with attention deficit hyperactivity disorder on the basis of a comprehensive school.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), integrated approach, correction, training, inclusive education.

Актуальность исследования непосредственным образом связана с высоким уровнем распространенности СДВГ среди детей школьного возраста. По данным Н.Н. Заводенко признаки синдрома дефицита внимания и гиперактивности отмечаются у 8% школьников, при этом у мальчиков они проявляются в 2 раза чаще, чем у девочек. У большинства детей с данным нарушением отмечаются трудности при обучении, поведенческие недостатки, сложности социализации. Без оказания своевременной психолого-педагогической помощи дети с СДВГ попадают в группу риска по совершению антисоциальных действий и правонарушений [7, с.4].

Прежде чем перейти к изучению этиологии и симптоматики данного нарушения следует рассмотреть понятие. СДВГ – это не недостатки воспитания, а нарушения формирования нервной системы, которые характеризуются

чрезмерной невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью, проявляющимися и усиливающимися в разных социальных условиях, а также несоответствующими возрастным нормам [2, с.16].

Следует отметить, что этиология данного нарушения изучена недостаточно, но можно выделить некоторые факторы риска развития СДВГ у детей. Условно их можно разделить на: 1) семейные; 2) пре- и перинатальные.

К семейным факторам относятся:

- Нахождение длительное время в условиях социальной опасности (социальная депривация);
- Криминальное поведение членов семьи;
- Ярко выраженные и часто проявляющиеся разногласия между родителями;
- Нейропсихиатрические нарушения у членов семьи;
- Алкоголизм;
- Отклонения сексуального поведения у родителей (чаще у матери).

К пре- и перинатальным факторам риска развития СДВГ относятся:

- Внутриутробное и родовое кислородное голодание – гипоксия и асфиксия;
- Недоношенность;
- Употребление матерью во время беременности наркотических, алкогольных, табачных, а также некоторых лекарственных веществ [6, с.38].

Наиболее распространенная классификация синдрома дефицита внимания и гиперактивности включает в себя три типа: 1) преобладание невнимательности; 2) преобладание гиперактивности и импульсивности; 3) смешанный (комбинированный). Следует отметить, что тип СДВГ может меняться со временем [6, с.43].

Далее рассмотрим симптоматику синдрома дефицита внимания и гиперактивности каждого типа, проявляющуюся в младшем школьном возрасте.

Тип с преобладанием невнимательности

Под дефектами внимания в данном случае подразумеваются сложности с концентрацией на важных деталях. Ребенок с данным типом СДВГ зачастую допускает ошибки при выполнении различных предметных заданий, из-за чего страдает общая успеваемость ребенка. Такие дети испытывают сложности при удерживании внимания на каком-то одном виде деятельности. Родители и учителя отмечают, что длительность удерживания внимания не превышает 1-2 минут, ребенок неусидчив, при наблюдениях за его деятельностью складывается впечатление, что он будто не слышит и не обращает внимания на происходящее вокруг [7, с.15].

Вышеуказанное явление, при котором человек сильно концентрируется на более интересном занятии, при этом не замечая ничего вокруг, психологи называют «гиперфокусом». Данная особенность у детей с СДВГ возникает из-за нарушений работы мозговых структур, а конкретно – незрелого функционирования коры лобных отделов головного мозга. Именно они отвечают за планирование, программирование, регуляцию, контроль, внимание, чувство самосохранения и мотивацию.

Одним из часто встречаемых признаков является не следование инструкциям. То есть, дети зачастую выполняют задание неверно, испытывают трудности при выполнении самостоятельной деятельности, даже после сообщения подробной инструкции или образца. Особенно это заметно у школьников, когда необходимо выполнить упражнение со сложной инструкцией. Чаще всего в таких ситуациях ребенок выполняет лишь часть задания, либо выполняет в неправильной последовательности, что приводит к неправильному результату [7, с.17].

Дети с данным типом СДВГ часто избегают занятий, которые требуют включения умственного напряжения, так как на него тратится значительное количество энергии. При выполнении заданий, требующих прикладывания умственных усилий, у детей отмечается апатия, снижение мотивации, потеря вни-

мания, отвлекаемость, быстрая утомляемость. Также следует отметить, что для детей характерны снижение объема памяти, плаксивость, рассеянность.

Тип с преобладанием гиперактивности и импульсивности

Такие качества как гиперактивность и импульсивность в поведении детей с СДВГ проявляется в ряде признаков. Одним из них является частое беспокойство, сопровождающееся бесцельными движениями кистями рук, ногами, головой, не в редких случаях, схожими с тиками. Дети, относящиеся к данному типу, неусидчивы, зачастую не умеют сдерживать эмоции, проявлять терпеливость [8, с.127].

При заданиях и играх, требующих четкого соблюдения правил, у детей отмечается их игнорирование, а также агрессия и неадекватная реакция на замечания.

Нельзя оставлять без внимания, что для детей с данным типом СДВГ характерно быстрое и громкое говорение, что в значительной мере тормозит формирование коммуникативных навыков. В процессе общения отмечается – неумение слушать, постоянные перебивания, торопливые необдуманные ответы, акцентирование внимания на незначительных деталях, неумение вести диалог. В случаях общения между взрослыми, ребенок часто «влезает» в разговор, пытается обратить на себя внимание.

Комбинированный тип характеризуется сочетанием симптомов двух ранее описанных типов СДВГ, с ситуативным преобладанием тех или иных признаков [7, с.18].

Важным моментом коррекции СДВГ является своевременная диагностика. Диагностические критерии синдрома дефицита внимания и гиперактивности были выделены Американской Психиатрической Ассоциацией. К ним относятся:

- Признаки СДВГ должны отмечаться в нескольких социальных обстановках (в школе, дома, секциях);

- Симптоматика данного неврологического расстройства должна проявляться непрерывно на протяжении не менее 6 месяцев;
- Признаки СДВГ должны проявиться в возрасте до 12 лет;
- Симптомы должны значительно снижать функционирование в учебной, социальной и трудовой деятельности;
- Признаки должны быть ярко выражены относительно возрастных норм [2, с.22].

Следует отметить, что при установлении диагноза «СДВГ» должны быть исключены схожие нарушения психического развития – минимальная мозговая дисфункция, задержка психического развития. Это обусловлено тем, что данные нарушения схожи по своей симптоматике, а неправильное установление диагноза приведет к осуществлению неправильной коррекции и реализации неверного образовательного маршрута. Рассмотрим сравнительную характеристику ранее указанных нарушений развития.

Таблица 1 – Дифференциальная диагностика СДВГ от схожих нарушения психического развития [6, с.59].

Критерии	СДВГ	ЗПР	ММД
Память	Снижение объема кратковременной памяти, запоминания, обусловленное отвлечением на посторонние раздражители.	Снижение продуктивности произвольной и произвольной памяти, обусловленные недостатками познавательной деятельности и нарушениями эмоционально-волевой сферы.	Снижение объема оперативной памяти, дети испытывают затруднения при запоминании нового материала.
Мышление	Длительное время ведущим является наглядно-действенное мышление, словесно-логическое мышление значительно отстает в	Снижение познавательной активности, преобладает наглядно-действенное мышление, ярко выраженные нарушения процесса	Значительно повышена умственная утомляемость, с возрастом проявляются нарушения абстрактного мышления.

	созревании, продуктивная деятельность циклическая, умственная деятельность приводит к повышенной утомляемости из-за отвлекаемости и снижения концентрации внимания.	обобщения, анализа и синтеза, сравнения, отмечается неумение устанавливать логическую связь.	
Восприятие	Часто отмечаются дефекты зрительного восприятия, при котором происходит неполноценная обработка зрительной информации.	Отмечаются нарушения всех видов восприятия, при этом снижена скорость, неполнота.	Дефекты зрительно-пространственных ориентировок, из-за чего нарушается процесс чтения и письма.
Внимание	Яркие проявления снижения концентрации внимания, объема, устойчивости, трудности при его переключении.	Невозможность распределять внимание, снижен объем, устойчивость, в наибольшей степени страдает произвольное внимание.	Трудности при распределении и переключении внимания. Сложности только при формировании произвольного внимания.
Целенаправленная деятельность	Отмечаются нарушения координации, двигательная расторможенность, частая отвлекаемость.	Значительные нарушения целенаправленной деятельности, связанные с недоразвитием высших психических функций, в особенности восприятия и внимания.	В наибольшей мере страдают двигательные целенаправленные действия – неловкость мелкой моторики, двигательное беспокойство, синкинезии, тики.
Речь	Могут отсутствовать, часто отмечаются брадилалия или тахилалия, нарушения голоса, про-	Зачастую отмечаются фонетические, фонематические нарушения, узость словаря, дефек-	Отмечается задержка развития речи, особенно фонетической стороны речи.

	содической системы, не редким явлением являются нарушения моторной функции артикуляционного аппарата и дыхания.	ты грамматического строя речи, то есть речевое расстройство носит системный характер.	
Обучение и социализация	Уровень социальной зрелости ниже возрастной нормы, отмечаются нарушения коммуникативных навыков, снижена успеваемость.	Учебная деятельность и социализация ребенка значительно снижены.	Отмечаются сложности при обучении чтению, письму, счету.
Эмоционально-волевая сфера	Отмечаются – переменчивость настроения, неадекватность реакций, низкий уровень самокритики, самооценки, произвольного контроля эмоций, повышен уровень тревожности.	Низкий уровень эмоционального интеллекта, конфликтность, неадекватность самооценки, высокий уровень соперничества, страхов, нарушения настроения.	Высокий уровень возбудимости, расторможенности, снижено ощущения чувства вины, а также критичности, эмоциональная лабильность, повышена инфантильность, раздражимость, импульсивность.

На данный момент существует множество методов коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности, к основным из них относятся: 1) рациональная фармакотерапия; 2) психотерапия; 3) нейропсихологические методы; 4) коррекционно-педагогическое сопровождение [3, с.229]. Прогноз развития детей с СДВГ относительно благоприятный при осуществлении коррекционной помощи. Многие симптомы и признаки данного расстройства к подростковому возрасту регрессируют и компенсируются. Неблагоприятный прогноз обуславливается наличием сопутствующих психических заболеваний, а также отсутствием коррекционного вмешательства [4, с.125].

Проблема изучения СДВГ стала актуальной для нас при поступлении в 1 класс ребенка с данным диагнозом, установленным неврологом, на базу МБОУ «СОШ №8» г. Калуга.

Цель исследования заключается в определении эффективности комплексного подхода к обучению детей младшего школьного возраста с СДВГ в условиях общеобразовательной школы.

Объект исследования – трудности обучения у ребенка данной нозологической группы. В свою очередь, предметом исследования, является комплексный подход к процессу обучения ребенка младшего школьного возраста с СДВГ.

В первую очередь, следует заметить, что у ребенка преобладал тип синдрома с доминированием гиперактивности и импульсивности. В школе и дома отмечался одинаковый комплекс симптомов: неусидчивость, неустойчивость концентрации внимания, сниженный объем памяти, двигательные манипуляции с предметами, рассеянность, быстрое говорение, торопливость, несоблюдение правил и инструкций, агрессия и неадекватные реакции на замечания, двигательная расторможенность.

Также следует сказать, что родители были активно заинтересованы в совместном взаимодействии с педагогическими работниками образовательного учреждения, необходимым для оказания целенаправленной помощи при обучении ребенка, которая была разделена на следующие направления:

1. Медикаментозное лечение, в виде препаратов ноотропного ряда, назначенных неврологом;
2. Работа с родителями;
3. Психологическая помощь;
4. Педагогическое сопровождение;
5. Участие во внеурочной деятельности на базе школы.

Наиболее подробно рассмотрим направления, реализуемые на базе образовательного учреждения.

Работа с родителями подразумевала под собой проведение индивидуальных консультаций, открытых уроков, а также совместного ведения рабочей тетради для детей с СДВГ, разработанную Келли Миллер, а также дневник самоконтроля [5].

В рамках консультаций родителям давались рекомендации по работе с детьми дома, обсуждались методы и приемы работы с ребенком, повышающие образовательные способности, социализацию и коммуникативные навыки. Следует выделить следующие рекомендации для родителей:

1. Соблюдение четкого распорядка дня, использование визуального расписания;

2. Ведение дневника самоконтроля, в котором необходимо отмечать успехи дома и в школе, при этом следует использовать балльную или знаковую систему оценивания.

3) При выполнении домашних заданий следует большое внимание уделить рабочему месту, на столе не должно быть отвлекающих предметов, а в комнате посторонних шумов.

4. Необходимо избегать большого скопления людей и высокого уровня шума, который приводит к излишнему возбуждению центральной нервной системы;

5. При выполнении домашних заданий следует чередовать виды деятельности, то есть между умственными упражнениями нужно делать паузы, переключать на двигательную активность.

6. При выполнении предметных заданий использовать памятки, отмечать каждый выполненный этап, чтобы формировать самоконтроль.

Важным элементом комплексного подхода являлась работа с психологом, которая осуществлялась на занятиях, проводимых два раза в неделю. Занятия были направлены на: 1) развитие высших психических функций; 2) преодоление поведенческих нарушений; 3) снятие психоэмоционального напряжения; 4) анализ и преодоление последствий случившегося асоциального поведения.

Следует отметить, что большинство занятий проводилось в игровой форме. Рассмотрим некоторые игры, приемы и технологии, используемые на занятиях.

Игра «Искатели». Один из приемов песочной терапии. Целью данного приема является развитие концентрации внимания, а также тактильного восприятия. На поднос сыпется песок, в него помещаются разные, знакомые ребенку предметы. Ребенку необходимо погрузить руки в песок, найти предмет, а затем, не доставая его, определит, какой предмет он нашел.

Игра «Что изменилось?». Целью данного задания является развитие внимания и памяти. На столе раскладываются предметы (5-7 штук), далее ребенку предлагается внимательно посмотреть и назвать, что он видит перед собой, запомнить все предметы, их последовательность. Затем ребенок отворачивается, один из предметов убирается, либо 2 предмета меняются местами. Ребенку необходимо открыть глаза и определить, что изменилось в ряду предметов.

Игра «Море волнуется» направлена на формирование контроля над двигательной активностью. Ребенку предлагается двигаться и изображать различные фигуры, на счет «три» замереть в том движении, которое он выполнял последнее и до 5 секунд удерживать его, не совершая других движений.

Также использовались упражнения «Слушаем хлопки», «Лабиринт», «Найди отличия», «Найди предметы», «На игрушку посмотри, а затем ее опиши», «Кубик я несу и его не уроню», «Бирюльки» и многое другое. Часто применялись методы арт-терапии и психотерапии.

Под педагогическим сопровождением при работе с ребенком с СДВГ подразумевается ежедневное оказание помощи в учебной и трудовой деятельности. Рассмотрим ее основные аспекты:

Важным моментом является рассадка. Ребенка с СДВГ следует сажать ближе к учителю, который может осуществлять внешний контроль за деятельностью. Нежелательно сажать ребенка на место возле окна или шкафа, так как они будут являться отвлекающими средствами.

Использование «визуального расписания» и «визуальных правил» позволяет формировать в сознании самоконтроль, дисциплину на уроке.

На уроках следует учитывать циклический характер деятельности – 5-15 минут продуктивная умственная деятельность, 3-7 минут смена деятельности (физкультминутка, пальчиковая гимнастика, зрительная гимнастика, минутка релаксации).

Ведение дневника самоконтроля – в котором во время урока оценивать с помощью понятной системы оценивания (баллы, наклейки) поведение во время урока, при этом отметки в дневнике делает сначала ребенок, затем учитель. Следует отметить, что в дневнике фиксируются только моменты успеха, недостатки фиксируются и поясняются в устной форме без интонации укора.

Задания должны иметь поэтапную конкретную инструкцию, желательно в письменном виде. Ребенок с СДВГ должен отмечать выполнение каждого этапа инструкции. Учитель должен напоминать о необходимости самопроверки. Также перед выполнением каждого упражнения необходимо определять понимание поставленной задачи, для этого ребенка можно попросить рассказать своими словами то, что необходимо сделать,

При решении математических задач печатный текст следует сопровождать визуальным материалом, чтобы ребенок мог представить ситуацию, происходящую в задаче. Работа с текстом должна выстраиваться путем деления на небольшие смысловые отрывки. С каждой частью необходимо работать отдельно, также сопровождая визуальным материалом. Эффективным приемом при работе с текстом является составление «Синквейнов». При работе со словарными словами можно использовать прием «Дермолексия», «Мнемословарь». При заучивании стихотворений необходимо отрабатывать каждое неизвестное и непонятное слово для ребенка, акцентировать внимание на рифмующихся словах, отмечать слова сложные для запоминания. Именно к забываемым словам ребенок с СДВГ может рисовать ассоциативные рисунки.

При обучении ребенка с СДВГ следует выявлять наиболее сильные стороны и за счет них создавать ситуации успеха, то есть ребенку необходимо позволить стать «экспертом» в каких-то отдельных областях знания, не акцентировать внимание на слабых сторонах.

Нельзя оставлять без внимания, что в образовательном процессе с участием ребенка с данной нозологией бывают спонтанные вспышки двигательной активности, не следует на них акцентировать внимание, прерывать урок, ругать за нарушение дисциплины. В подобных случаях необходимо предложить ребенку намочить губку для доски или протереть ее, раздать тетради, принести мел.

Также важным элементом оказания помощи детям с СДВГ является организация внеурочной деятельности – творческие, спортивные и исследовательские занятия. Например, на базе МБОУ «СОШ №8» г. Калуга открыт театральный кружок для обучающихся, его целью является формирование социальной адаптации, а также всестороннее развитие нормотипичных детей и детей с особенностями в развитии. Театрализованная деятельность способствует развитию коммуникативных навыков, практическому изучению школьной программы, адаптации детей в обществе; формированию высших психических функций, развитию навыков самоконтроля и саморегуляции, формированию морально-нравственных ценностей и преодолению предрасположенности к асоциальному поведению.

Организация данного вида деятельности с ребенком с СДВГ состоял из нескольких этапов:

1. Знакомство и подробное изучение материала - наиболее трудный этап для детей данной нозологической группы. Это непосредственным образом связано с трудностями восприятия информации, нарушениями памяти и внимания. Все произведение следует разделять на логические части, разбирать каждую отдельно. Также отдельно нужно рассматривать и персонажей произведения, их характер, особенности поведения. Следует отметить, что на этом этапе следует

использовать все возможные средства визуализации – просмотр мультфильмов, иллюстраций, создание собственных зарисовок.

2. Распределение ролей. Зачастую, на данном этапе трудностей не возникает. Но учитель должен замотивировать учеников на исполнение распределенных между ними ролей, объяснить, почему каждому досталась такая роль, почему каждый ребенок подходит на конкретную роль.

3. Репетиции. На данном этапе у детей с СДВГ могут возникать сложности. Это непосредственным образом связано с нарушениями памяти, неустойчивостью внимания, гиперактивностью, неполноценностью формирования коммуникативных навыков. На данном этапе необходимо использовать мнемotechnики для запоминания реплик, прием «эмоциональный интеллект», позволяющий научить ребенка отображать эмоциональный спектр и характер героя. Также на данном этапе можно использовать помощь учителя-логопеда для работы над интонационной выразительностью речи.

4. Непосредственное выступление.

Все перечисленные направления работы реализовывались в течение одного учебного года - с 1 сентября 2022 года по 31 мая 2023 года. По его окончанию были отмечены следующие положительные результаты в развитии ребенка с СДВГ: улучшение успеваемости по русскому языку, литературному чтению, окружающему миру, снижение проявлений поведенческих особенностей, повышение уровня самоконтроля, социальной адаптации, улучшения функционирования ВПФ и др.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что комплексный подход к обучению детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности является эффективным, так как позволяет затрагивать все стороны развития ребенка, создать индивидуальные и более спокойные для психики условия обучения. Но нельзя оставлять без внимания тот факт, что работу по данным направления следует продолжать до полного устранения проявлений СДВГ, включения компенсаторных возможностей.

Список использованной литературы

1. Башкеева, Н.Н. Акутальные принципы диагностики, коррекции и лечения СДВГ у детей младшего школьного возраста / Н.Н. Башкеева // Вестник научных конференций. – 2016. - №7-2 (11). – С. 21 - 23.
2. Бертин, М. Воспитание детей с СДВГ: практическое руководство / М. Бертин. – Киев: «Диалектика». – 2021. – 272 с.
3. Даниленко, Е.Н. Психосоциальный аспект при коррекции СДВГ у детей младшего школьного возраста / Е.Н. Даниленко, Е.А. Сапина // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2015. - № 4-2. – С. 229 - 232.
4. Евсеева, О.Н. Особенности работы с гиперактивными детьми / О.Н. Евсеева // Молодой ученый. – 2017. - №27 (161). – С. 123 - 125.
5. Миллер, К. Синдром дефицита внимания и гиперактивности. Рабочая тетрадь для детей / К. Миллер. – Спб.: ООО «Диалектика». – 2021. – 160 с.
6. Моница, Г.Б. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь. Монография / Г.Б. Моница, Е.К. Лютова-Робертс, Л.С. Чутко. – СПб.: Речь. – 2007. – 186 с.
7. 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.
8. Файзуллина, А.Г. Особенности обучения детей дошкольного и школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) / А.Г. Файзуллина // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2014. - №4 (9). – С.125-128.

Вейсбрут Татьяна Евгеньевна, учитель начальных классов, учитель-дефектолог, МДОУ «СОШ №8» г. Калуга.

Российская Федерация, 248001, г. Калуга, ул. Беяева, 2.

Weisbrut Tatyana Evgenievna, primary school teacher, teacher-defectologist, MDOU «Secondary School No. 8», Kaluga.

Russian Federation, 248001, Kaluga, st. Belyaeva, 2.

Поступила в редакцию / Received 10/07/2023.

Принята к публикации / Accepted 11/07/2023.

Опубликована / Published 12/07/2023.