



Коррекционно-педагогическое сопровождение обучающихся начальных классов со СДВГ¹

Н.В. ГЛУЩЕНКО,

учитель-логопед, школа № 113, Москва

Актуальность данной темы определяется, прежде всего, возрастающим запросом от родителей. Несмотря на то что проблемам синдрома дефицита внимания с гиперактивностью или без нее посвящено большое количество публикаций, многими специалистами, педагогами и родителями как сам термин, так и организация психолого-педагогической помощи таким детям осознаются по-разному.

Зачастую родители детей, имеющих гиперактивность, считают эту особенность поведения оправданием для всех поведенческих отклонений или проблем с обучением своих чад. Действительно, в ряде случаев СДВГ обуславливает школьную дезадаптацию, но в таком случае обучающийся страдает из-за весьма серьезных проблем адаптации и нуждается в грамотном комплексном психолого-педагогическом сопровождении.

Итак, что же такое СДВГ? Синдром дефицита внимания с гиперактивностью является наиболее распространенным вариантом минимальной дисфункции мозга (МДМ) — нарушения диффузно-церебральной регуляции различных уровней центральной нервной системы, приводящего к нарушению восприятия и поведения, к изменению в эмоциональной и вегетативной системах. При МДМ отмечаются легкие расстройства поведения и обучения без выраженных интеллектуальных нарушений [2, 6]².

Частота встречаемости МДМ колеблется от 2 до 20 % в популяции. По некоторым данным она доходит до 47 % [2]. Такой разброс данных обусловлен отсутствием

единых методологических подходов к формулировке диагноза.

С точки зрения нейропсихологии, СДВГ — это одно из проявлений нарушений или искажения становления подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий, функциональной специализации правого и левого полушарий [5].

Причины СДВГ различны по происхождению. Среди факторов, вызывающих развитие СДВГ, можно выделить:

- перинатальные факторы: питание и здоровье матери во время беременности; обезболивание, кесарево сечение и вспомогательные мероприятия во время родов; болезни и травмы ребенка в раннем возрасте;
- экологические факторы: уровень загрязнения окружающей среды (отдельного упоминания заслуживает московский смог в августе 2010 г.), радиологические и космические исследования и связанные с ними побочные воздействия на окружающую среду, в том числе утечки опасных для здоровья веществ;
- химические факторы: применение в пищевой промышленности генномодифицированных и прочих химических добавок (в том числе входящих в состав искусственных детских смесей, детского питания);
- социальные факторы: неполные семьи, стиль семейного воспитания и образ жизни, многоязычие и увеличение числа обучающихся мигрантов, вредные привычки и различные виды аддикции, современная культура и субкультуры,

¹ Синдром дефицита внимания с гиперактивностью.

² В квадратных скобках указан номер работы из списка «Использованная литература». — *Ред.*



СМИ, побочные эффекты компьютеризации;

- экономические факторы [3].

В основе патогенеза СДВГ лежат несколько факторов, ведущим из которых является нарушение нейромедиаторного обмена (сбои в передаче нервного импульса вследствие нарушенных химических обменных процессов в нейронах).

Исследователи, долгое время изучающие природу СДВГ, выявили, что максимальные признаки заболевания совпадают с критическими периодами развития мозга (соответствующими этапам созревания мозговых структур различных уровней и кризисным этапам психического развития): 2–4 года, 6–8, 10–12 и 14–16 лет [2].

В период обучения в начальной школе у ребенка проявляются следующие особенности:

- запоздалая установка «ведущей» руки;
- нарушение тонкой координации движений кистей и пальцев рук, затрудняющее обучение письму;
- нарушение зрительно-пространственной координации, препятствующее успешному формированию пространственных и временных представлений;
- общая двигательная расторможенность;
- дизритмия (у ребенка с трудом устанавливаются суточные биоритмы, он плохо засыпает, тяжело просыпается, уровень активности в течение дня может непредсказуемо колебаться);
- кратковременная и слабая концентрация внимания;
- нарушения эмоционально-волевой сферы (возбудимость или же апатия, неуверенность, внутреннее напряжение, частая смена настроения, негативизм, тревожность, агрессивность, мачерничание).

Дети со СДВГ обучаются в общеобразовательных школах, но работа с ними должна строиться индивидуально. Они нуждаются в особом отношении со стороны педагогов и родителей. Таких учащихся надо всегда поощрять за хорошее поведение, предоставлять им возможность много двигаться. Правила, предлагаемые гиперактивному ребенку, должны быть простыми, яс-

ными и, насколько это возможно, немногочисленными. Ребенку со СДВГ необходим четкий режим дня. Следует избегать чрезмерной стимуляции и перенапряжения ребенка.

При сочетании СДВГ и трудностей в обучении ребенку может потребоваться комплексное коррекционно-педагогическое воздействие, включающее работу ряда специалистов: педиатра, невролога, логопеда, нейропсихолога, психолога, психотерапевта.

Медикаментозное воздействие осуществляется строго по назначению врача!

Обзор фармакотерапии при СДВГ

В литературе широко представлены данные по лечению расстройств адаптации психотропными веществами (лекарственными средствами, оказывающими влияние на психические функции, эмоционально-волевую сферу и поведение [4]) — транквилизаторами, оказывающими противотревожное действие, и нейролептиками, предназначенными для лечения психозов — грубых нарушений психической деятельности. Несмотря на то что эти вещества снижают внимание, способствуют социальной адаптации ребенка и даже имеют ряд известных негативных последствий приема, многие врачи продолжают выписывать пациентам со СДВГ препараты названных групп. Отнестись к данному вопросу следует очень внимательно. Прежде чем назначать такую терапию, врачу следует глубоко изучить данные о развитии ребенка.

Зарубежные неврологи в лечении СДВГ активно применяют психостимуляторы — психотропные вещества, оказывающие возбуждающее действие. Однако препараты этой группы также имеют ряд побочных эффектов, в том числе привыкание и зависимость.

Современные отечественные неврологи и нейрофизиологи в лечении энергетического дефицита и нарушений обменных процессов нервной системы активно применяют ноотропные препараты, в том числе нейропептиды — биологически активные соединения, синтезируемые в нервных клетках. Нейропептиды участвуют в регуляции обменных процессов, поддержании иммунитета, играют важную роль в механизмах памяти и обучения; используются в медицине как лекарственные средства [1]. Ноотропы являются



психоактивирующими средствами, но не вызывают психомоторного возбуждения, истощения функциональных возможностей организма, привыкания и пристрастия. Принципиальной особенностью действия ноотропных препаратов является их относительная избирательность и направленность на коррекцию когнитивных и мнестических расстройств [2].

Несколько особняком в ряду ноотропных препаратов пептидной структуры стоит кортексин — нейропептид, синтезированный на основе современных фармацевтических технологий из вещества, выделенного из коры головного мозга крупного рогатого скота. Характерным свойством кортексина является отсутствие токсичности, аллергенности, иммуногенности и канцерогенности. Эффективность кортексина проявляется как при монотерапии, так и в сочетании с другими методами лечения. Препарат повышает эффективность энергетического обмена нейронов, улучшает внутриклеточный синтез белка, стабилизирует мозговой кровоток. Особенностью кортексина является не только его положительное влияние на когнитивные процессы, но и благотворное нормализующее действие на эмоционально-волевую сферу.

Психолого-педагогическое воздействие включает поведенческую терапию (стабильный распорядок дня, единство требований родителей, участие в совместной деятельности, использование системы вознаграждений (здесь самое главное — довести дело до конца), помощь взрослых (в случае, если ребенок сам о ней просит), установление четких границ дозволенности), обеспечение двигательной активности (занятия спортом БЕЗ соревновательного момента (плавание, бег и т.д.), длительные прогулки с подвижными играми, танцы и т.д.), массаж, занятия рукоделием.

Психотерапевтическое воздействие предусматривает сеансы семейной психотерапии, индивидуальные занятия с психотерапевтом, занятия по развитию дыхания — их проводит как логопед, так и психолог (или психотерапевт).

Для успешной коррекции СДВГ важно выявлять особенности ребенка еще в дошкольном возрасте. Учителя начальных классов должны тесно сотрудничать со школьным логопедом и психологом для оказания квалифицированной консультативной помощи родителям детей со СДВГ по вопросам их обучения и воспитания.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Большой энциклопедический словарь. [Электронный ресурс] // Словари и энциклопедии на Академике. URL: <http://dic.academic.ru/dic.nsf/encЗр/210466> (дата обращения: 08.07.2015).
2. Глуценко В.В., Шабанов П.Д. Минимальная дисфункция мозга. М., 2013.
3. Глуценко Н.В. Обзор основных факторов школьной неуспешности современного поколения // Модернизация образования и векторы развития современного поколения: Сб. матер. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (26 февраля 2015 г.) / Под ред. Л.В. Козиловой, Е.В. Меркель. М., 2015. Ч. 3.
4. Медицинская энциклопедия. [Электронный ресурс] // Словари и энциклопедии на Академике. URL: http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/25537/ (дата обращения: 08.07.2015).
5. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учеб. пос. 6-е изд. М., 2013.
6. Уманская Т.М. Невропатология. Естественно-научные основы специальной педагогики: Учеб. пос. для студентов-бакалавров / Т.М. Уманская; Под общ. ред. В.И. Селиверстова. М., 2015.