

П С Х О Л О Г И Я

УДК 159.952

**КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ
У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ ИГРОТЕРАПИИ****А. О. Головацкая, М. С. Басалаева, О. В. Чернова**

Диагностировано 130 детей 10-12 лет с целью выявления основных проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью и объема внимания специальными методиками. Существует множество способов коррекции проявлений СДВГ. Одним из самых удобных и универсальных является метод игротерапии. В данной статье проведено исследование возможности применения игротерапии в работе с гиперактивными детьми. Показано, что использование игротерапии позволяет эффективно и в короткие сроки снять основные симптомы синдрома.

Ключевые слова: коррекция, дети, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, игротерапия

Высокая двигательная активность, неустойчивость внимания и импульсивность являются характеристикой нормального развития ребенка. А потребность в движении в нем заложена самой природой. Но существует группа детей, у которых эта потребность достигает патологического уровня. Таких детей называют гиперактивными, то есть сверхподвижными [2].

В настоящее время данная проблема приобретает не только психологическую, но и социальную значимость, так как психомоторное беспокойство, расторможенность, повышенная раздражительность мешают таким детям адаптироваться к жизни в обществе, усваивать школьную программу [1, 4]. При неблагоприятных обстоятельствах в подростковом возрасте поведение гиперактивных детей может стать девиантным.

Гиперактивность как одно из патологических проявлений является частью целого комплекса нарушений, которые составляют *синдром дефицита внимания с гиперактивностью* (СДВГ), включающий нарушения системы эмоциональной регуляции.

Основными проявлениями СДВГ считаются: гиперактивность, дефицит внимания и импульсивность. Не менее серьезными вторичными нарушениями являются слабая успеваемость и трудности в обучении [1, 7].

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, болтливость,

суетливость, несформированность праксиса и мелкой моторики, малая продолжительность сна и трудности при засыпании [10].

Настроение гиперактивных детей неустойчивое, наблюдается вспыльчивость, агрессивность, что часто приводит к конфликтам с окружающими. Большие трудности ребенок испытывает в коллективе сверстников, которые отказываются общаться с ним, мотивируя это его драчливостью и неумением играть [3].

Гиперактивный ребенок не способен долго переживать обиды, складывается впечатление, что с него все «как с гуся вода». Поэтому о таких детях говорят как о бесчувственных, а иногда и жестоких. Данный факт можно объяснить тем, что на нейрофизиологическом уровне у детей с СДВГ снижен болевой порог, то есть они менее чувствительны к боли, чем их сверстники. А не испытывая боли в полной мере сами, они не обращают внимания на то, что причиняют боль другим [8, 13, 15].

Интересы гиперактивных детей, как и эмоции, поверхностны. Их трудно увлечь чем-либо. Они скорее любопытны, чем любознательны. Постоянно находясь в движении, ребенок с СДВГ ежеминутно что-то трогает, хватает, задает массу вопросов [9]. Из-за неумения слушать он удовлетворяется первыми же словами ответа и не стремится понять суть явления. Поэтому его багаж знаний очень мал, а представления об окружающем мозаичны и упрощены. Такое положение дел предопределяет неуспеваемость при систематическом обучении в школе. Неспособность сконцентрировать внимание обуславливает учебные неудачи, так как, по мнению Л. С. Выготского, внимание является одной из важнейших функций и играет первостепенную роль для процесса мышления, абстракции и мотивации [2]. Тем не менее у большинства детей с СДВГ коэффициент интеллекта выше среднего.

Кроме дефицита внимания, для детей с СДВГ характерны повышенная утомляемость, нарушения памяти и низкая умственная работоспособность. Свидетельством повышенной утомляемости является усиление рассеянности по мере увеличения продолжительности времени, необходимого для выполнения того или иного задания. Основной характеристикой умственной деятельности детей с СДВГ является цикличность, короткий период работоспособности (5 – 15 минут) сменяется периодом «отдыха» мозга (3 – 7 минут). В эти моменты своеобразного «отключения» ребенок не реагирует на

замечания, но внешне остается столь же сосредоточенным, как и в период целенаправленной деятельности, он как бы накапливает силы, подзаряжается. Затем он снова включается в деятельность. Отсюда невозможность работы в общегрупповом режиме [4, 6].

Необычность поведения детей с СДВГ не является результатом дурного характера, упрямства или невоспитанности, как считают многие взрослые. Можно утверждать, что это – специфическая особенность психики, обусловленная как физиологическими, так и психосоциальными факторами [5, 7].

Считается, что возникновению СДВГ способствует асфиксия новорожденных, угроза прерывания беременности, анемия беременных, переносимость, употребление матерью во время беременности алкоголя и лекарственных препаратов, курение [12, 14].

Возникновение СДВГ может быть обусловлено воздействием различных этиологических факторов в период развития мозга до 6 лет. Незрелый, развивающийся организм наиболее чувствителен к вредным воздействиям и менее всего способен противостоять им [1, 11].

Исследователи еще не располагают убедительными доказательствами приоритета физиологических, биологических или социальных факторов при формировании подобных изменений высших отделов мозга, являющихся основой синдрома дефицита внимания с гиперактивностью [5].

Цель исследования – изучение возможностей использования игротерапии в социально-педагогическом процессе для работы с детьми, имеющими синдром дефицита внимания с гиперактивностью.

Материалы и методы

Для проведения исследования нами было выбрано 130 школьников в возрасте от 10 до 12 лет, так как именно в этот возрастной период основные проявления синдрома наиболее ярко выражены. Для выявления группы детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью мы использовали опросник J. Swanson. С помощью данного опросника возможно диагностирование четырех основных проявлений синдрома: невнимательность, импульсивность, гиперактивность, оппозиционные расстройства, невнимательность без гиперактивности [11]. Диагностирование проявлений синдрома возможно уже при наличии двух признаков.

Для уточнения данного синдрома использованы дополнительно две методики: «Запомни и расставь точки» и «Запомни рисунки», которые позволяют оценить объем внимания ребенка. Максимальным объемом внимания ребенка считается максимальное число точек и картинок, которое ребенок смог правильно воспроизвести и запомнить [11].

На первом этапе исследования были розданы опросники и прилагающиеся к ним бланки ответов классным руководителям, где им было необходимо в течение недели ответить на вопросы, выбрав один из вариантов ответа типа «никогда», «нечасто», «довольно часто» и «очень часто». Параллельно с детьми проводились дополнительные методики с представлением им стимульных материалов.

Для второго коррекционного этапа нашего исследования использованы игры, разбитые на пять блоков с различной целью и направленностью. Всего в пяти блоках 25 игр, которые представлены в табл. 1. Школьники, участвующие в эксперименте, были разделены на три группы по 14 человек в каждой.

Таблица 1

Комплексная программа игр

№	Наименование игры	Наименование блока игр	Время
Первый день			
1	«Все вместе» (И. В. Дубровина)	Направленные на концентрацию и развитие внимания, а также на умение сосредоточиваться на деталях.	45 мин
2	«Мирные и воинственные»		
3	«Кричалки-шепталки-молчалки» (И. Шевцова)		
4	«Слепые фотографии» (М. Сигимова)		
5	«Раздувайся пузырь» (Р. Калинина)		
6	«Узнай на вкус» (А. Бондаренко)		
Второй день			
1	«Магнит и шарики» (Л. Названова)	Направленные на развитие воображения и зрительной памяти.	45 мин
2	«Тюлени» (Н. Кряжева)		
3	«Большой глаз»		
4	«Знайка» (И. Климина)		
5	«Художник»		
6	«Лишнее зернышко»		

Продолжение табл. 1

Третий день			
1	«Услышь свое имя»	Направленные на развитие моторной ловкости и тактильной чувствительности.	45 мин
2	«Кто больше?»		
3	«Гонка мячей»		
4	«Мышка»		
5	«Ладонь в ладонь» (Н. Ключева, Ю. Касаткина)		
6	«Сиамские близнецы -1, -2» (Н. Кряжева)		
Четвертый день			
1	«Золушка»	Направленные на снятие напряжения и на развитие усидчивости.	30 мин
2	«Лови-лови!» (Р. Калинина)		
3	«Аквариум» (Т. Зинкевич-Евстигнеева)		
4	«Делаем зарядку».		
Пятый день			
1	«Подарки»	Направленные на развитие коммуникативных навыков.	20 мин
2	«Что происходит?» (М. Сигимова)		
3	«Оживим картинку» (М. Сигимова)		

Первый блок составляют игры, направленные на концентрацию и развитие внимания, а также на умение сосредоточиваться на деталях (6 игр): «Мирные и воинственные», «Все вместе» (И. В. Дубровина), «Кричалки-шепталки-молчалки» (И. Шевцова), «Слепые фотографии» (М. Сигимова), «Раздувайся пузырь» (Р. Калинина), «Узнай на вкус» (А. Бондаренко).

Во втором блоке находятся игры на развитие воображения и зрительной памяти (6 игр): «Магнит и шарики» (Л. Названова), «Тюлени» (Н. Кряжева), «Большой глаз», «Знайка» (И. Климина), «Художник», «Лишнее зернышко».

Третий блок содержит игры на развитие моторной ловкости и тактильной чувствительности (6 игр): «Услышь свое имя», «Кто больше?», «Гонка мячей», «Мышка», «Ладонь в ладонь» (Н. Ключева, Ю. Касаткина), «Сиамские близнецы» (Н. Кряжева).

Четвертый блок составляют игры на снятие напряжения и на развитие усидчивости (4 игры): «Золушка», «Лови-лови!» (Р. Калинина), «Аквариум» (Т. Зинкевич-Евстигнеева), «Делаем зарядку».

В последний пятый блок вошли игры на развитие коммуникативных навыков (3 игры): «Подарки», «Что происходит?» (М. Сигимова), «Оживим картинку» (М. Сигимова) (14).

Для более удобного протекания процесса исследования было решено проводить игры по следующей схеме: в каждый учебный день игры проводились согласно составленной нами программе (табл. 1). И так в течение трех недель с каждой группой школьников.

Игры проводились с письменного разрешения родителей в присутствии классного руководителя и социального педагога ежедневно по 50 минут, обычно после занятий или непосредственно перед ними. Для проведения игр не было отведено специальных помещений, что и не требовалось. Весь

комплекс игр проводился в условиях школьного классного кабинета с применением специальных стимульных материалов.

Контрольная диагностика проводилась с использованием методов первого этапа.

Результаты и обсуждения

На первом *диагностическом этапе* при диагностике школьников с использованием опросника J. Swanson были получены следующие данные: два признака присутствовали у 19 школьников, три – у 19, одновременное сочетание четырех признаков отмечено у четырех. Признаки проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью отсутствовали у 63 учеников, и один признак был обнаружен в 25 случаях (рис. 1).

Анализируя полученные результаты, можно отметить, что распространенность синдрома среди школьников 10-12 лет по результатам опросника J. Swanson дефицита внимания с гиперактивностью высока и составляет 32 % (42 школьника из 130).

С помощью методики «Запомни и расставь точки» очень высокий объем внимания был выявлен у 12 школьников, высокий – у 10, средний – у 15, низкий – у 13, очень низкий – у 18 (рис. 2).

По данным результатов методики «Запомни рисунки» у нас получилось, что очень высокий объем внимания наблюдается у 9 школьников, высокий – у 10, средний – у 17, низкий – у 11, очень низкий – у 15 (рис. 3).

Итак, по итогам дополнительных двух методик очень высокий объем внимания у 21 школьника, высокий – у 20, средний – у 32, низкий – у 24, очень низкий – у 33. Школьники последних двух подгрупп имели низкий объем внимания, что позволило им документировать синдром дефицита внимания. Эти данные совпадали с результатами первой диагностики (рис. 4).

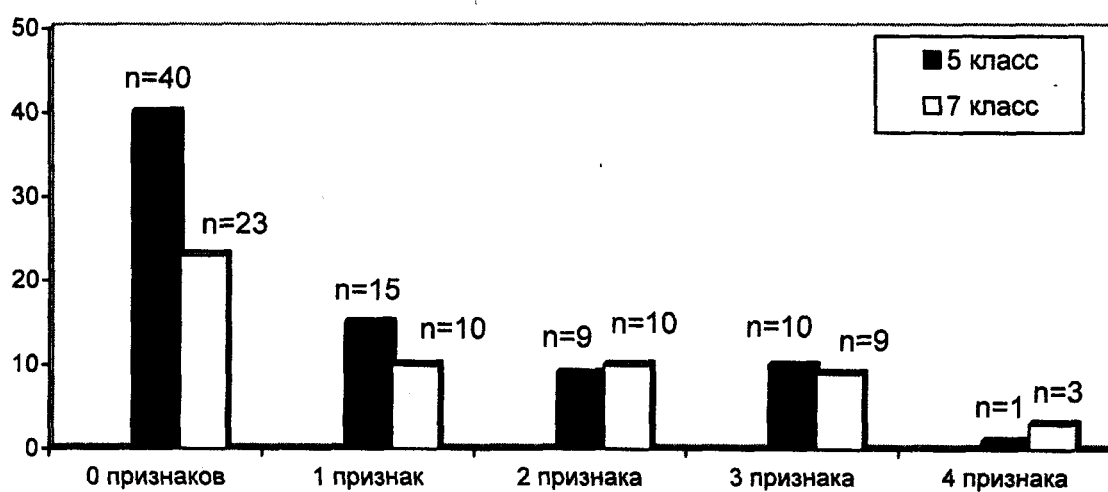


Рис. 1. Результаты первичной диагностики по данным опросника J. Swanson

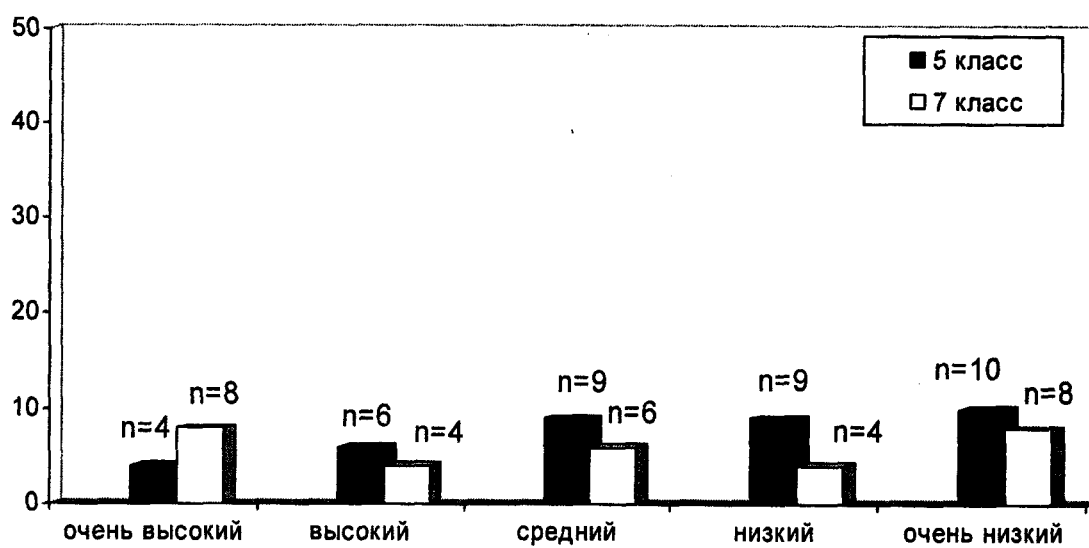


Рис. 2. Результаты первичной диагностики по данным методики «Запомни и расставь точки»

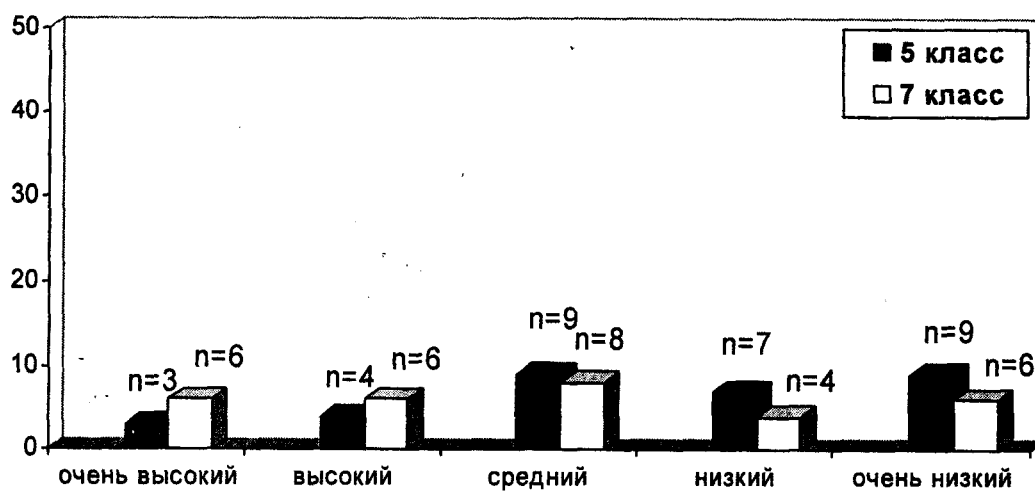


Рис. 3. Результаты первичной диагностики по данным методики «Запомни рисунок»

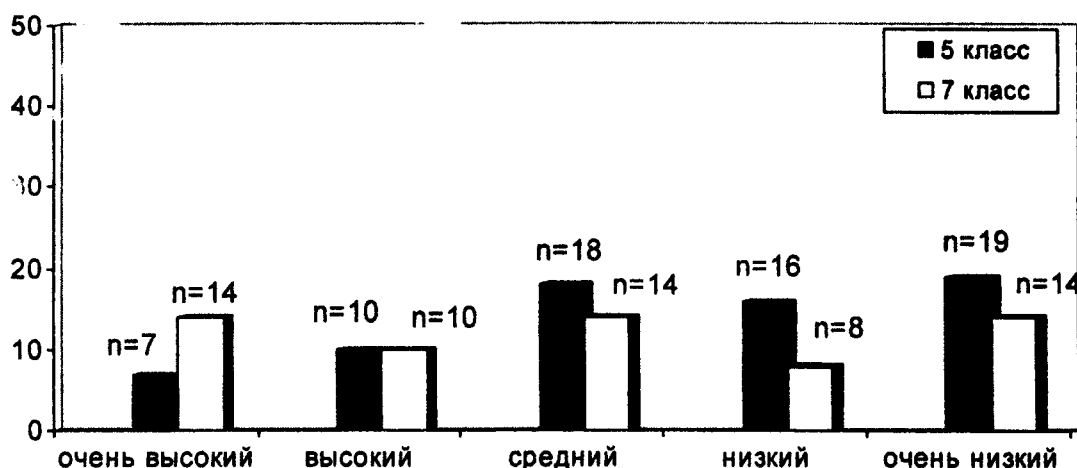


Рис. 4. Комплексный анализ первичной диагностики по методике «Запомни и расставь точки» и методике «Запомни рисунки»

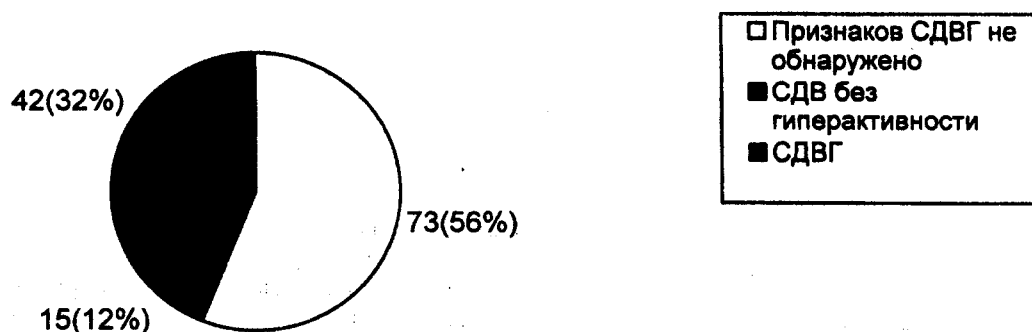


Рис. 5. Обобщенный результат первичной диагностики

Таким образом, по нашим исследованиям, среди детей 10 – 12 лет синдром дефицита внимания с гиперактивностью встречается в 32 % случаев, а синдром дефицита внимания без гиперактивности встречается реже и составил 12 % (15 из 130) (рис. 5).

Повторная диагностика испытуемых после проведения комплекса игр показала, что проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью уменьшились. Так, в двух случаях с ярко выраженной клиникой синдрома (4 признака) – эффекта от игротерапии не было, в двух других отмечено улучшение – из четырех признаков в разных сочетаниях стало три; три признака было у 19 школьников и после эксперимента у 11 их стало два; из 19 школьников с легкими проявлениями (имеющими два признака) у 10 в ходе исследования данный синдром был купирован.

Таким образом, к заключительному этапу четыре признака синдрома дефицита внимания с гиперактивностью имели 2 школьника, три признака – 10, два признака – 20 учеников (рис. 6).

После повторного проведения методики «Запомни и расставь точки» очень высокий объем вни-

мания наблюдался у 13 учеников, высокий – у 13, средний – у 16, низкий – у 12, очень низкий – у 14 школьников (рис. 7).

По итогам второй методики «Запомни рисунки» среди школьников очень высокий объем внимания наблюдался у 10, высокий – у 11, средний – у 20, низкий – у 8, очень низкий – у 13 (рис. 8).

Из результатов вторичной диагностики методиками «Запомни и расставь точки» и «Запомни рисунки» можно отметить позитивные сдвиги: 6 школьников с очень низким объемом внимания дополнили подгруппу с низким объемом внимания; из 20 учеников с исходно низким уровнем – 10 стали иметь средний объем; из группы со средним объемом внимания 6 учеников показали высокие результаты и у школьников с ранее высокими показателями объем внимания стал очень высоким.

Таким образом, групповое распределение по результатам дополнительных методик было следующим: очень высокий объем внимания стали иметь 23 школьника, высокий – 24, средний – 36, низкий – 20, очень низкий – 27 (рис. 9).

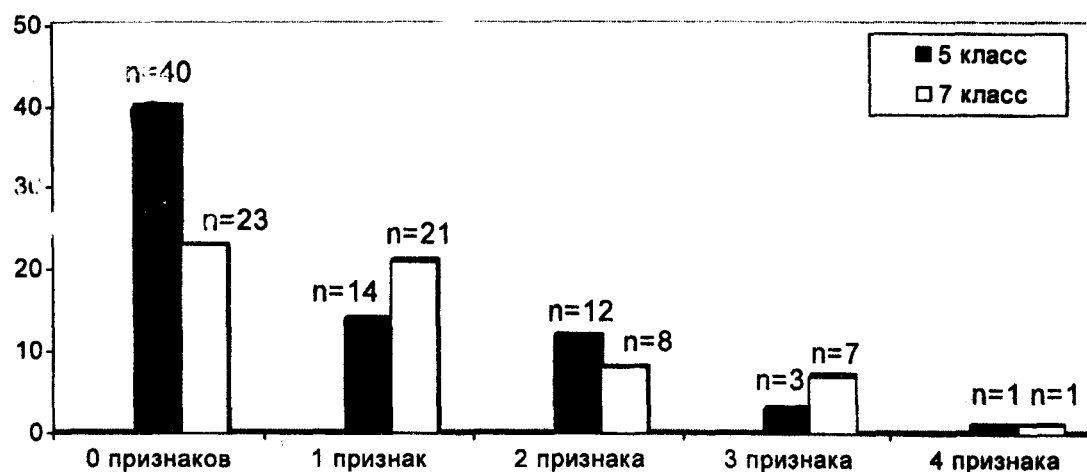


Рис. 6. Результаты вторичной диагностики по данным опросника J. Swanson

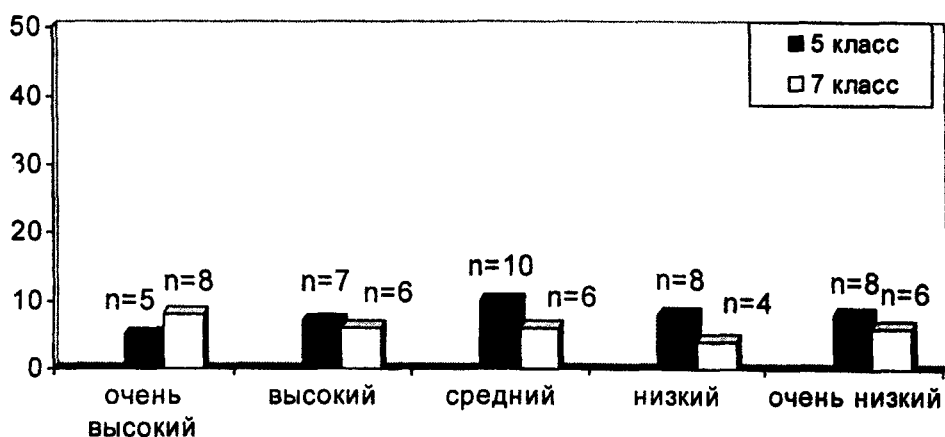


Рис. 7. Результаты вторичной диагностики по данным методики «Запомни и расставь точки»

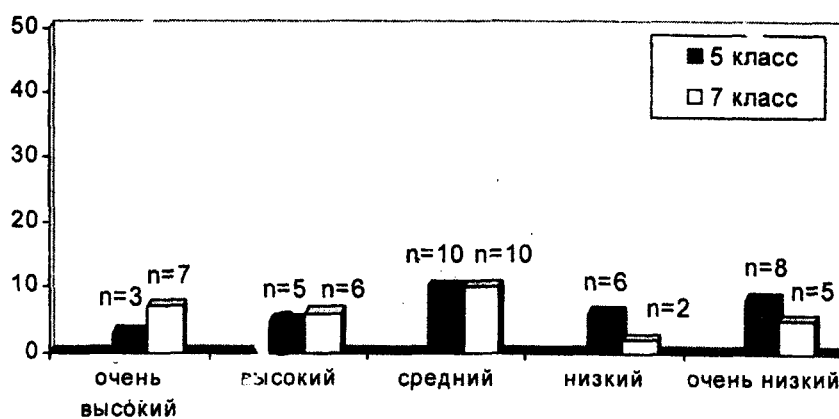


Рис. 8. Результаты вторичной диагностики по данным методики «Запомни рисунки»

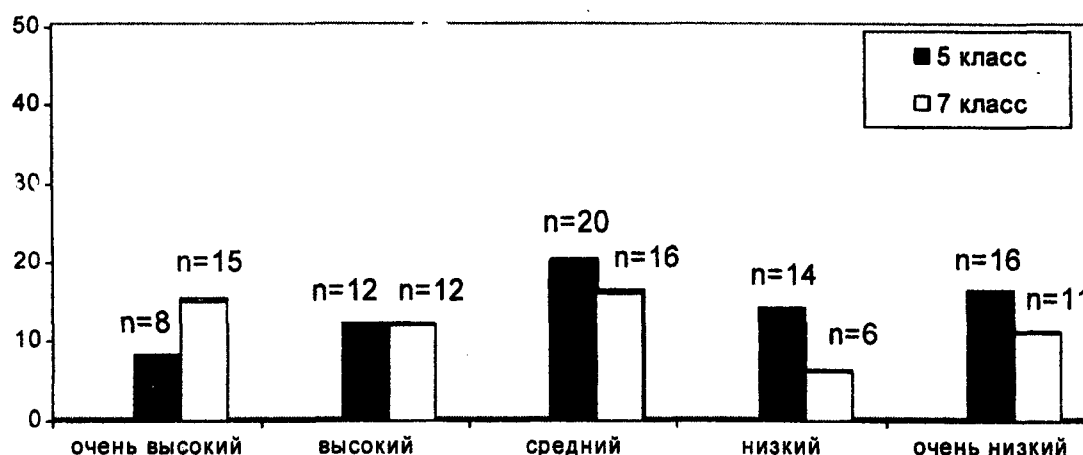


Рис. 9. Комплексный анализ вторичной диагностики по методикам «Запомни и расставь точки» и методике «Запомни рисунки»

В результате нашего исследования полная компенсация синдрома дефицита внимания с гиперактивностью наблюдалась в 10 случаях, значительное улучшение (снижения количества признаков на один уровень) отмечено у 23, показатели тестирования на заключительном этапе – у 19 были на исходном уровне.

Выводы

1. Распространенность синдрома дефицита внимания с гиперактивностью среди школьников 10-12 лет составила 32 % (42 из 130).

2. Разделение игр на блоки (направленные на концентрацию и развитие внимания, а также на умение сосредотачиваться на деталях; на развитие воображения и зрительной памяти; на развитие моторной ловкости и тактильной чувствительности; на снятие напряжения и на усидчивость; на развитие коммуникативных навыков) позволяет более успешно проводить коррекционную работу.

3. Полная компенсация синдрома дефицита внимания с гиперактивностью нашего исследования наблюдалась в 10 случаях, значительное улучшение (снижения количества признаков на один уровень) отмечено у 23, показатели тестирования на заключительном этапе – у 19 были на исходном уровне.

Литература

- Брызгунов, И. П. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях / И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. – 96 с.
- Выготский, Л. С. Избранные психологические исследования / Л. С. Выготский. – М.: Просвещение, 1956. – 230 с.
- Гонеев, А. Д. Основы коррекционной педагогики / А. Д. Гонеев, Н. И. Лифинцева, Н. В. Ялпаева. – М.: Академия, 1999. – 280 с.
- Заваденко, Н. Н. Факторы риска для формирования дефицита внимания и гиперактивности

у детей / Н. Н. Заваденко // Мир психологии. – 2000. – № 1. – С. 2 – 5.

5. Заваденко, Н. Н. Диагностика и лечение синдрома дефицита внимания у детей / Н. Н. Заваденко, Т. Ю. Успенская, Н. Ю. Суворинова // Журн. Неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1997. – №1. – С. 57 – 61.

6. Касатикова, Е. Б. Характеристика детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / Е. Б. Касатикова, И. П. Брызгунов // Педиатрия. – 2001. – № 2. – С. 40 – 42.

7. Кошелева, А. Д. Диагностика и коррекция гиперактивности ребенка / А. Д. Кошелева, Л. С. Алексеева. – М.: НИИ семьи, 1997. – 62 с.

8. Кучма, В. Г. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики, прогноза / В. Г. Кучма, И. П. Брызгунов. – М.: ММА, 1994. – 43 с.

9. Лютова, Е. К. Шпаргалка для взрослых: психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница. – М.: Генезис, 2000. – 192 с.

10. Немов, Р. С. Психология: учеб. для студентов высш. пед. учеб. заведений: в 3-х кн. Кн. 3: Экспериментальная педагогическая психология и психодиагностика / Р. С. Немов. – М.: Просвещение, ВЛАДОС, 2000. – С. 111 – 165.

11. Политика, О. И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / О. И. Политика. – СПб.: Речь, 2005. – 208 с.

12. Семаго, Н. Я. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – М.: АРКТИ, 2000. – 208 с.

13. Шевченко, Ю. С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психоподобным синдромом: практическое руководство для врачей, психо-

логов и педагогов / Ю. С. Шевченко. – М.: Вита-Пресс, 1997. – 52

14. Широкова, Г. А. Практикум детского психолога (2-е изд.) / Серия «Психологический практикум» / Г. А. Широкова, Е. Г. Жадько. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 320 с.

15. Ясюкова, Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций: методическое руководство / Л. А. Ясюкова. – СПб.: ИМАТОН, 2000. – 100 с.