

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ  
ОСНОВЫ  
СОВЛАДАНИЯ С  
СДВГ МЛАДШИМИ  
ШКОЛЬНИКАМИ**

Коррекция СДВГ, как и других психических расстройств, должна быть составлена мультимодально. На сегодняшний день существуют различные направления в лечении СДВГ, которые помогают снизить уровень симптомов. Один из основных методов, применяющих в коррекции, это медикаментозное лечение. Лечение медикаментами применяется для снижения поведенческого симптомокомплекса и вид лекарства зависит от него [1, 2]. В последние годы чаще стали использовать нейропсихологический, бихевиоральный и игровой методы [3, 4, 7, 8].

В нашем исследовании мы исходили из предположения о том, что преодоление СДВГ зависит от особенностей представленности значимых личностей для младшего школьника и специально-организованной деятельности [5, 6]. Чем выше представленность значимой личности для ребенка, тем выше вовлечённость ребёнка в деятельность и более эффективно совладание с симптомами.

В экспериментальной группе участвовали 23 младших школьника с СДВГ, которые занимаются в спортивных секциях, а в качестве контрольной группы – 25 школьников с СДВГ, которые не занимаются в специальных спортивных клубах.

Исследование проводилось 3,5 месяца: с начала февраля 2016 года до середины мая 2016 года. Первый этап проводился через родителей, в связи с тем, что официальный опросник диагностики СДВГ создан для них, остальные методики проводились с маленькими группами по 5-7 человек.

*Методики исследования:* Официальный опросник для диагностики СДВГ согласно DSM-V [9]; Методика на определение объема внимания «Запомни и расставь точки» (Р.С. Немов); Методика «Заучивание 10 слов» (А.Р. Лурия); Методика на определение самооценки (модифицированная методика Дембо-Рубинштейн); Методика шкалирования регуляторно-личностных отношений (Ю.А. Миславского) [10].

*Результаты:*

В результате диагностического опроса, мы получили следующие данные: у всех испытуемых отмечено как минимум 6 из 9 утверждений на гиперактивность и/или дефицита внимания.

**Таблица 1** – Выборка исследования

Группа	Синдром дефицита внимания	Синдром гиперактивности	Σ
Экспериментальная (дети с СДВГ, посещающие спортивные секции)	14 человек	9 человек	23
Контрольная (дети с СДВГ, не посещающие спортивные секции)	18 человек	7 человек	25

После того, как мы убедились, что все наши испытуемые имеют симптомы СДВГ, мы разбили всех испытуемых по 2-м типам СДВГ: Преобладание синдрома дефицита внимания и преобладание синдрома гиперактивности. Данное разделение поможет нам проследит

различия в протекании СДВГ, что в будущем будет лежать в основе разработки коррекционной программы.

Далее мы провели замер одних из основных когнитивных функций психики младших школьников, а именно внимания и памяти.

**Таблица 2** – Результаты методики «Запомни и расставь точки»

Показатели	Контрольная группа		Экспериментальная	
	Синдром дефицита внимания	Синдром гиперактивности	Синдром дефицита внимания	Синдром гиперактивности
Очень высокий (10 баллов)	-	-	-	1
Высокий (8-9 баллов)	-	1	2	2
Средний (6-7 баллов)	9	3	6	4
низкий (4-5 баллов)	4	2	4	2
Очень низкий (0-3 баллов)	5	1	2	-
Σ=	18	7	14	9

Согласно результатам, четко прослеживается, что показатели внимания младших школьников с

СДВГ, которые занимаются спортом, несколько выше, чем показатели контрольной группы.

**Таблица 3** – Результаты методики «Заучивание 10 слов»

	Показатели экспериментальной группы		Показатели контрольной группы	
	СДВ	СГ	СДВ	СГ
1	0,6	0,6	0,3	0,3
2	0,4	0,5	0,5	0,4
3	0,5	0,8	0,4	0,3
4	0,6	0,7	0,4	0,5

Продолжение таблицы

5	0,7	0,6	0,3	0,3
6	0,5	0,5	0,5	0,3
7	0,4	0,7	0,6	0,3
8	1	0,6	0,5	
9	0,5	0,6	0,4	
10	0,6		0,4	
11	0,6		0,5	
12	0,5		0,3	
13	0,4		0,4	
14	0,6		0,5	
15			0,3	
16			0,4	
17			0,3	
18			0,4	
Средний показатель	0,6	0,6	0,4	0,36

Несмотря на то, что средний показатель экспериментальной группы почти на половину превышает показатель контрольной группы, в общем, у всех детей прослеживается проблема с запомина-

нием. После того, как мы замерили когнитивные функции, мы провели модифицированную методику на самооценку Дембо-Рубинштейн. Полученные данные отражены ниже на Графике 1.

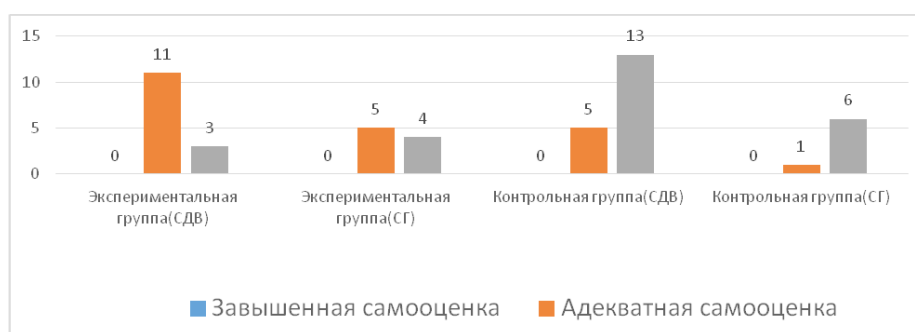


График 1 – Уровни самооценки в экспериментальной и контрольной группах

Как видно из графика, ни у одной из четырех групп не было замечено завышенной самооценки. В среднем, большинство экспериментальной группы обладают адекватной самооценкой, что означает, что они достаточно уверены в себе, но иногда все-таки сомневаются, могут проявлять нерешительность, а порой и спонтанное упрямство. Отмечается небольшая неодно-

родность категории, потому что некоторые из школьников могут быть более склонны к низкой самооценке, а некоторые, наоборот, к высокой. Небольшой процент детей имеют низкую самооценку. Испытуемые контрольной группы отличились большим количеством школьников с низкой самооценкой. Такие дети отличаются некой «потерянностью» в жизни, они пассив-

нее ведут себя в группе, не могут принимать комплименты. Как правило, низкая самооценка связана с застенчивостью. Подобная тенденция объясняется нами тем, что самооценке в спортивных секциях, где борьба ведется до последних минут, секунд, уделяют огромное внимание. Проявление самооценки наиболее заметно у спортсменов юного возраста, так как эмоциональная сторона превалирует над рациональной. Несомненно, выработка и определение правильной самооценки – трудоемкий и сложный процесс. И в данном случае только тренер может повлиять на уровень собственной значимости спортсмена, улучшить его уверенность. Поэтому последней проведенной нами методи-

кой была методика шкалирования регуляторно-личностных отношений Ю.А. Миславского [10]. Мы предположили, что именно позитивная представленность тренера повлияла на их успехи в спорте и развитие познавательных процессов. Она показывает, как отражается значимая личность и как она влияет на младших школьников. В экспериментальной группе мы оценили личность тренера, тогда как в контрольной группе, за неимением коего, была оценена личность классного руководителя. Эти личности проводят немалое время с детьми и оказывают влияние не меньше родителей. Рассмотрим результаты по показателю «Отражение ценности личности преподавателя/тренера»:

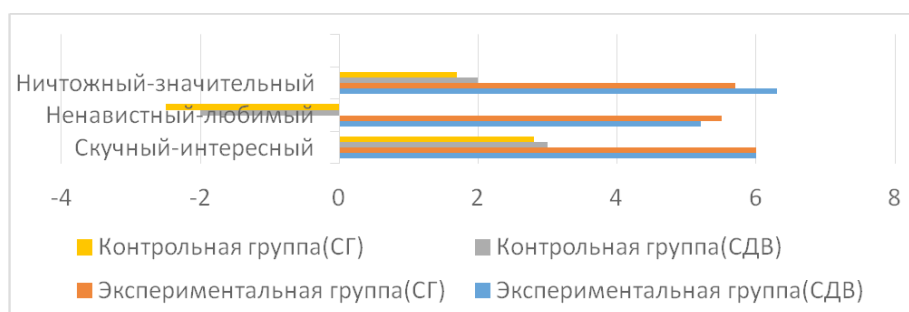


График 2 – Результаты подшкалы «Отражение ценности личности»

Анализ отраженной субъектности значимой личности младших школьников по показателю ценности их личности у представителей групп позволяет утверждать наиболее выраженную его значимость у Экспериментальной группы.

В то время как в Контрольной группе личность представлена несколько негативно, как «скучный» и «малозначимый». А теперь рассмотрим, насколько классный руководитель/тренер стимулирует достижение целей младших школьников:

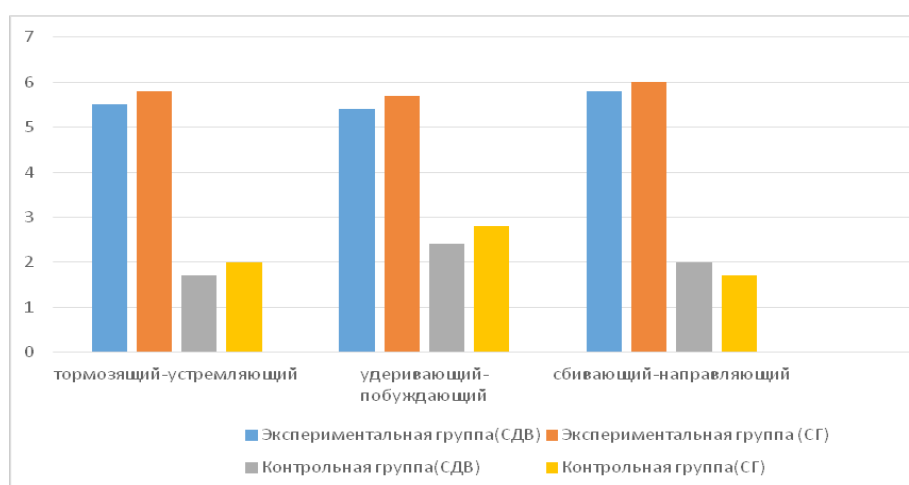


График 3 – Мера стимулирования тренера/классного руководителя достижений школьников

В Экспериментальной группе тренер представлен как устремляющий, побуждающий, а также направляющий. С другой стороны, в контрольной группе классный руководитель, более тормозящий, скорее удерживающий и однозначно сбивающий. Это можно объяснить тем, что одна из задач тренера – мотивировать юных спортсменов на успех, показывая свои навыки на примере, так как исход игры напрямую зави-

сит от настроения игроков. Несколько отрицательный результат в контрольной группе, вероятнее всего, объясняется тем, что в классе намного больше учеников, чем в спортивной секции, и на стимулирование каждого учащегося не хватает времени. Следующим параметром для оценки выступил в какой-то мере тренер/классный руководитель как стимулирующий уровень притязаний младших школьников:

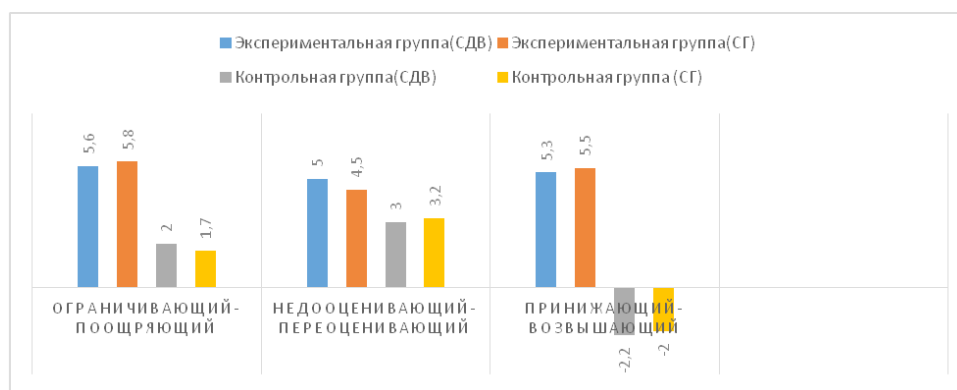


График 4 - Мера стимулирования тренером/классным руководителем уровня притязаний школьников

Согласно полученным данным, школьники из экспериментальной группы характеризуют тренера как поощряющих и возвышающих их уровень притязаний. Испытуемые из контрольной группы отражают классного руководителя как

принижающего и в какой-то мере ограничивающего их уровень притязаний. И наконец, насколько представленность тренера/классного руководителя имеет влияние над самооценкой младшего школьника? Данные представлены в Графике 5.

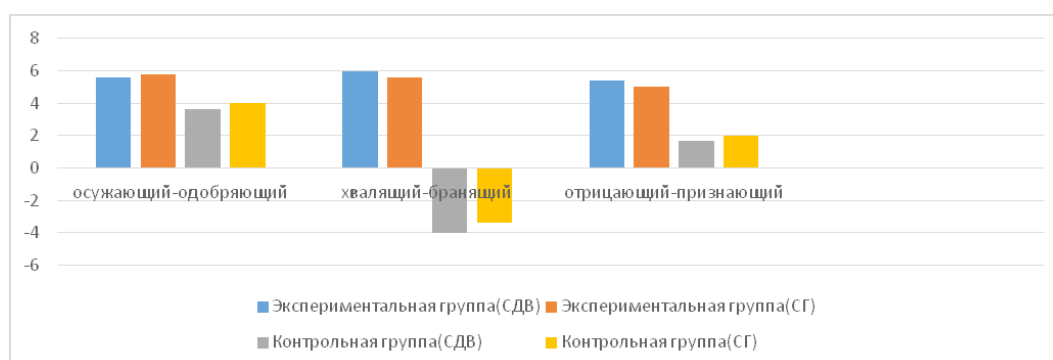


График 5 – Мера стимулирования самооценки

Для экспериментальной группы тренер выступает как одобряющий, хвалящий и, что немаловажно, признающий их самооценку. Младшие школьники из контрольной группы отмечают классного руководителя как немного

осуждающего, бранящего и скорее отрицающего их самооценку. Необходимо добавить, что только около 10% тренеров/классных руководителей были осведомлены, что у их учеников присутствует СДВГ.

## Заключение

Проанализировав все методики, можно констатировать, что тренер как значимая личность, а точнее его положительная представленность влияет не только на самооценку младшего школьника с СДВГ, но и на его когнитивные функции. Классный руководитель же в контрольной группе, в частности, его несколько негативная представленность, только «тормозит» протекание СДВГ. Данные, полученные нами в процессе исследования, доказывают, что спорт, а самое главное хороший тренер, не только развивает физические данные, но и улучшает показания таких когнитивных функций, как внимание и память, а также повышают самооценку. Это связано, во-первых, со строгими правилами, за нарушения которых сразу следует наказание, во-вторых, правильный подход тренера, который вызывает интерес и любовь к

любому виду спорта, в-третьих, любой спортсмен мотивирован на успех. А в случае с СДВГ эти факторы являются основными. При коррекции СДВГ важно уметь использовать личностные особенности ребенка, уметь распознавать те активности и род деятельности, который бы заинтересовал его и использовать это. Хотя вид физической активности не принципиален, важно систематические занятия им, правильный подход в установлении мотивации юного спортсмена. Одновременно развиваются и навыки самодисциплины, чего тяжело добиться в учебных и домашних условиях. Личностное доверие и положительное отношение ученика к тренеру залог развития самооценки, снижения симптомов СДВГ. Физический контакт очень важен, в сложной ситуации простое объятие или похлопывание по плечу за хорошо выполненную работу сыграют более значимую роль, нежели ограничения и упреки.

## Литература

- 1 Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. – М.: «Академия», 2005. – 256 с.
- 2 Кучма, В.Р., Брызгунов, И.П. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. // Вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза. – М., 1994. – 98 с.
- 3 Лютова Е.К., Моница Г.Б. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивным, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. – М.: Генезис, 2000. – 192 с.
- 4 Моница Г.Н. Работа с детьми, имеющими СГДВ. – М., 1987. – 98 с.
- 5 Ташимова Ф.С., Жагипарова Д. Гиперактивный ребёнок и рекомендации по его воспитанию // Вестник ПГУ, серия «Педагогика» / Павлодарский пед. университет им. Торайгырова. – 2014. – № 1. – С. 183-189.
- 6 Ташимова Ф.С., Калипанова М. Психологические основы преодоления гиперактивности // Материалы международной научно-методической конференции «Аль-Фараби и современные проблемы прикладной психологии», посвящённой 60-летию юбилею Ташимовой Ф.С., Алматы, 15.04.2016. Алматы: «Дайыр-баспа», 2016. – С. 150-155.
- 7 Madaan V., Kinnan S., Daughton J., Kratochvil C. Innovations and recent trends in the treatment of ADHD. // Expert Rev. Neurother. – 2006. – V. 6. – P. 1375-1385.
- 8 Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М.: Академия, 2002.
- 9 David Rabiner. New Diagnostic Criteria for ADHD: Subtle but Important Changes // www.helpforadd.com/2013/june.htm
- 10 Миславский Ю.А. Саморегуляция и творческая активность личности // Вопросы психологии. – 1988. – № 3. – С. 71–78.

## References

- 1 Zavadenko N.N. Giperaktivnost' i deficit vnimanija v detskom vozraste. – M.: «Akademija», 2005. – 256 s.
- 2 Kuchma, V.R., Brjazgunov, I.P. Sindrom deficita vnimanija s giperaktivnost'ju u detej. // Voprosy jepidemiologii, jetiologii, diagnostiki, lechenija, profilaktiki i prognoza. – M., 1994. – 98 s.
- 3 Ljutova E.K., Monina G.B. Shpargalka dlja vzroslyh: Psikorrekcionnaja rabota s giperaktivnym, agressivnymi, trevozhnymi i autichnymi det'mi. – M.: Genезis, 2000. – 192 s.
- 4 Monina G.N. Rabota s det'mi, imejushhimi SGDВ. – M., 1987. – 98 s.
- 5 Tashimova F.S., Zhagiparova D. Giperaktivnyj rebjonok i rekomendacii po ego vospitaniju // Vestnik PGU, serija «Pedagogika» / Pavlodarskij ped. universitet im. Torajgyrova. – 2014. – № 1. – S. 183-189.
- 6 Tashimova F.S., Kalipanova M. Psihologicheskie osnovy preodolenija giperaktivnosti // Materialy mezhdunarodnoj nauchno-metodicheskoy konferencii «Al'-Farabi i sovremennye problemy prikladnoj psihologii», posvjashhjonnoj 60-letnemu jubileju Tashimovoj F.S., Almaty, 15.04.2016. Almaty: «Dajyr-baspa», 2016. – S. 150-155.
- 7 Madaan V., Kinnan S., Daughton J., Kratochvil C. Innovations and recent trends in the treatment of ADHD. // Expert Rev. Neurother. – 2006. – V. 6. – R. 1375-1385.
- 8 Semenovich A.V. Nejropsihologicheskaja diagnostika i korrekcija v detskom vozraste. – M.: Akademija, 2002.
- 9 David Rabiner. New Diagnostic Criteria for ADHD: Subtle but Important Changes // www.helpforadd.com/2013/june.htm
- 10 Mislavskij Ju.A. Samoreguljacija i tvorcheskaja aktivnost' lichnosti // Voprosy psihologii. – 1988. – № 3. – S. 71–78.