DOI: 10.17117/na.2016.07.02.248

<http://ucom.ru/doc/na.2016.07.02.248.pdf>

Поступила (Received): 03.07.2016

Смирнова Т.А., Закаблуква А.А. Использование ФБУ БОС в работе с детьми с СДВГ

Smirnova T.A., Zakablukova A.A.
FBU BOS in working with ADHD children

В работе с детьми с СДВГ выделяют три наиболее эффективных подхода: игровая терапия, нейропсихологический подход и использование ФБУ БОС. Наибольшую результативность показало использования БОС-оборудования. Это обусловлено тем, что у специалиста и ребенка появляется возможность отслеживать критерии достигаемого результата, наглядно фиксировать положительную динамику

Ключевые слова: СДВГ, синдром дефицита внимания и гиперактивности, ФБУ БОС, гиперактивность

There are three the most effective approach in working with children with ADHD syndrome: play therapy, neuropsychological approach and approach with using the FBU BOS. The biggest impact was with use of FBU BOS equipment. This is due to the fact that the specialist and the child may monitor all criteria of result and have a chance to capture the positive dynamics

Key words: ADHD, attention deficit hyperactivity disorder, FBU BOS, hyperactivity

Смирнова Татьяна Анатольевна

Педагог-психолог

Белгородский региональный центр психолого-медицинско-социального сопровождения

г. Белгород, ул. Губкина, 15

Smirnova Tatiana Anatolievna

Educational psychologist

Belgorod regional centre for psychological, medical and social assistance

Belgorod, Gubkin st., 15

Закаблуква Анастасия Андреевна

Педагог-психолог

Белгородский региональный центр психолого-медицинско-социального сопровождения

г. Белгород, ул. Губкина, 15

Zakablukova Anasyasia Andreevna

Educational psychologist

Belgorod regional centre for psychological, medical and social assistance

Belgorod, Gubkin st., 15

Первые описания синдрома гиперактивности у детей были опубликованы в английском медицинском журнале около 100 лет назад. Интерес и сложность проблемы заключается ещё и в том, что она является комплексной: медицинской, психологической и педагогической.

«Активный» – от латинского «activus» – деятельный, действенный. «Гипер» – от греческого «Нупер» – над, сверху – указывает на превышение нормы. «Гиперактивность у детей проявляется несвойственными для нормального, соответствующего возрасту, развития ребенка невнимательностью, отвлекаемостью, импульсивностью» [2].

Существуют различные мнения о причинах возникновения гиперактивности: это могут быть генетические факторы, родовые травмы, особенности функ-

ционирования и строения головного мозга, перенесенные ребенком инфекционные заболевания и т.д. Как правило, в основе синдрома гиперактивности лежит минимальная мозговая дисфункция (ММД) [1].

Важно понимать, что невнимательность, гиперактивность и импульсивность в поведении ребенка имеют нейрофизиологическую основу, поэтому он не может с помощью волевой регуляции корректировать собственное поведение. Особенностью мозговой организации у детей с СДВГ является её цикличность: дети могут продуктивно работать 5- 15 минут, затем 3-7 минут мозг отдыхает, накапливая энергию для следующего цикла. В этот момент ребенок отвлекается и не реагирует, не воспринимает информацию. В связи с этим у таких детей распространены трудности в обучении.

Также, детей с СДВГ характеризует высокая утомляемость, особенно интеллектуальная (физическое утомление может, вообще, отсутствовать); трудности при оперировании большим объемом информации; сниженные возможности саморегуляции; низкая работоспособность; трудности перехода информации из кратковременной в долговременную память [5].

Подход к лечению ребенка с СДВГ и его адаптации в коллективе должен быть комплексным. Ни одна таблетка не может научить человека, как надо себя вести. Неадекватное же поведение, возникшее в детстве, способно зафиксироваться и привычно воспроизводиться.

Именно поэтому важно своевременное психолого-педагогическое сопровождение таких детей, осуществляемое психологом, учителем, которые, работая в тесном контакте с родителями, могут научить ребенка эффективным способам саморегуляции и общения.

На наш взгляд можно выделить три наиболее эффективных подхода в организации психологического сопровождения детей с СДВГ:

1. Игровая терапия позволяет осуществлять развитие и тренировку слабых функций в эмоционально привлекательной форме, что существенно повышает переносимость предъявляемой нагрузки и мотивирует усилия по самоконтролю. Это, прежде всего, игры на дифференцированные по задействованным ориентировочным анализаторам (слуховой, зрительный, кожный, вестибулярный, вкусовой, тактильный, обонятельный), по отдельным компонентам внимания (концентрация, фиксация, переключение, распределение, удержание) и развитие внимания (объема, устойчивости, распределения, переключения) [6].

Это могут быть игры на тренировку усидчивости и преодоление расторможенности (требующие напряжения активного внимания и не допускающие проявления импульсивности); игры на контроль импульсивности и тренировку выдержки. Также существуют игры с триединой задачей (с одновременной нагрузкой на внимание, усидчивость, сдержанность) и с двуединой задачей (требующие быть одновременно внимательным и сдержанным, внимательным и неподвижным, неподвижным и неимпульсивным).

2. Эффективным среди прочих подходов к изучению саморегуляции у детей с органическими и функциональными изменениями в работе ЦНС себя по-

казал нейropsychологический подход (Семенович А.В.) [4], предполагающий выделение центрального дефекта, связанного с определенной мозговой структурой, лежащего в основе синдрома нарушения всей психической сферы. Методологическим обоснованием данного подхода является метод замещающего онтогенеза. Сенсомоторный уровень считается базальным для дальнейшего развития ВПФ, поэтому логично в начале коррекционного процесса отдать предпочтение именно двигательным методам, не только создающим некоторый потенциал для будущей работы, но и активизирующим, восстанавливающим и протраивающим взаимодействия между различными уровнями и аспектами высшей психической деятельности. В комплекс приемов и техник нейropsychологической коррекции входят методика формирования сенсорных эталонов, методика развития пространственных действий, метод конструирования, функциональные и глазодвигательные упражнения и др.

3. Одним из современных, прогрессивных способов коррекции гипердинамического синдрома можно считать принцип биологической обратной связи (БОС), так называемого "нейрофидбека". Основной задачей занятий на БОС-оборудовании является обучение ребенка навыкам произвольной саморегуляции, психоэмоциональной релаксации путем диафрагмального дыхания.

В ходе сеанса компьютерные комплексы БОС регистрируют физиологические показатели работы какой-либо функциональной системы организма (например, дыхательной и сердечно-сосудистой) и отображают полученную информацию в доступной форме на мониторе. На экране компьютера отображаются показатели работы дыхательной и сердечно-сосудистой системы в виде пульсограммы. Задача ребенка – опосредованно через правильное диафрагмальное дыхание стабилизировать работу сердечно-сосудистой системы (снижение ЧСС, пульса, артериального давления). Наблюдая за цветным индикатором, ребенок в доступной форме получает обратную связь и тем самым может произвольно контролировать частоту и продолжительность собственных дыхательных циклов (вдохов и выдохов). Замедление частоты дыхания приводит к снижению частоты сердечных сокращений и как следствие к снижению напряжения, успокоению.

Оздоровительное влияние на организм диафрагмального типа дыхания дает возможность не только хорошего обогащения всех клеток организма кислородом, но и позволяет сформировать оптимальное функциональное состояние, которое характеризуется уравниванием процессов возбуждения и торможения и позволяет снизить избыточную нагрузку на сердечно-сосудистую систему. Несомненным достоинством БОС является то, что при ее применении в организм не вмешивается ничего извне. Ребенок фактически сам себе помогает и сам же оценивает и контролирует достигнутый результат.

В среднем для выработки навыков саморегуляции, психоэмоциональной релаксации путем диафрагмального дыхания у детей, входящих в группу нормы, требуется около 10 занятий, которые включают в себя три этапа:

- 1) Постановка навыка (3 занятия);
- 2) Отработка навыка (4 занятия);
- 3) Закрепление навыка (3 занятия).

По опыту работы с детьми с СДВГ можем отметить, что на реализацию первых двух этапов работы требуется больше времени в силу повышенной отвлекаемости, неусидчивости и трудностей формирования динамического стереотипа. Данные особенности гиперактивных детей требуют от специалиста больше усилий в процессе организации коррекционно-развивающей работы, постоянной помощи ребенку в концентрации внимания, напоминаниях, наглядно-практических указаниях.

Наибольшая результативность данного метода в работе с детьми с СДВГ определяется тем, что у специалиста появляется возможность отслеживать критерии достигаемого результата, наглядно фиксировать положительную динамику. Используя принцип визуализации в процессе выполнения заданий, ребенок так же отслеживает собственные достижения, и имеет возможность регулировать и корректировать их, что является дополнительным мотивирующим фактором для дальнейшей работы.

Список используемых источников:

1. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: Издательский центр "Академия", 2005.
2. Психологический словарь. 3-е изд., доп. и перераб. / Авт.-сост. Копорулина В.Н., Смирнова. М.Н., Гордеева Н.О. Ростов н / Д: Феникс, 2004. 640с.
3. Раттер М. Помощь трудным детям: Пер. с англ. / общ. ред. А.С. Спиваковский; Предисл. О.В. Баженовой и А.Я. Варга – М.: Прогресс, 1987.
4. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие. М.: Генезис, 2007. 474 с.
5. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам – М.: Сфера, 2005.
6. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей, психологов и педагогов. М.: Вита-Пресс 1997. 52 с.