

Особые дети



И.Н. Серегина

Психологическая коррекция с элементами психотерапии в рамках комплексного подхода к лечению СДВГ

Серегина Ирина Николаевна — преподаватель психологии факультета непрерывного образования Камчатского государственного университета им. Витуса Беринга, медицинский психолог детской поликлиники г. Петропавловска-Камчатского.

Лауреат премии им. П.Т. Новограбленова, учреждённой Главой Петропавловска-Камчатского городского округа за достигнутые успехи в области образования (2008).

Сфера профессиональной деятельности и научных интересов: психологическая помощь детям и родителям, психологическое консультирование, психологическое сопровождение детей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями и психосоматическими расстройствами; наблюдение детей, относящихся к группе «риска» по психосоматике и социальной дезадаптации; психологическая коррекция отклонений в развитии; психологическая профилактика синдрома дефицита внимания и гиперактивности в более раннем периоде развития ребенка; оптимизация развития адаптационных механизмов у детей.

В статье автор описывает полиморфизм проявления симптомов синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей, на клиническую картину которых в большей мере влияют стили семейного воспитания больного ребёнка. Семейная психокоррекция с элементами психотерапии в рамках комплексного подхода к лечению СДВГ у детей является эффективным методом в решении определенных задач данной проблемы. Эффективность терапии апробирована на базе детской поликлиники г. Петропавловска-Камчатского.

Что такое СДВГ?

Развитие человека представляет собой процесс физического, психического и социального созревания, охватывает все количественные и качественные изменения наследственных и приобретенных свойств (Выготский Л.С.). Что касается гиперактивных детей, то у них данный процесс протекает особенным образом в связи с клиническими проявлениями синдрома, выражающимися в двигательной расторможенности, дефиците внимания и импульсивности (СДВГ). СДВГ является этиологически полиморфным расстройством, где в подавляющем большинстве случаев генетические факторы играют основную роль. Также СДВГ является биопсихосоциальным расстройством, при котором главные этиологические факторы — биологические, а основные прогностические — психосоциальные, неблагоприятное течение которых (функционирование семьи) может закреплять клинические проявления и усиливать дезадаптацию детей, страдающих этим заболеванием (Тржесоглава, 1986; King, Noshpirz, 1991; Barkley, 2006). Но при благоприятных условиях воспитания проявление симптомов снижается или исчезает полностью, это зависит от формы выраженности (степени тяжести) СДВГ у ребенка.

Классификация подтипов

По американской классификации DSM-IV, выделяется три подтипа СДВГ:

1. комбинированный (сочетанная форма — complex) — с наличием симптомов гиперактивности/импульсивности и дефицита внимания;
2. с преобладанием гиперактивности/импульсивности при минимально выраженном или полном отсутствии дефицита внимания (чистая форма — simplex);

3. с преобладанием дефицита внимания, гиперактивность и импульсивность может отсутствовать полностью (чистая форма).

По данным исследований (Faraon, Biederman, Weber, 1998), синдром гиперактивности/импульсивности больше связан с риском, оппозиционным, агрессивным и антисоциальным поведением, синдром дефицита внимания — с тревожными расстройствами, депрессией и проблемами с учебой, комбинированный же подтип является самым тяжелым и прогностически сочетает в себе развитие проблем двух других подтипов. Однако в настоящее время ведется научная дискуссия относительно подтипов СДВГ, являются ли они формой одного расстройства или это разные по природе расстройства. Особенно это касается подтипа с преобладанием дефицита внимания, который, по мнению Barkley, является отдельной нозологической единицей¹. В настоящее время вопрос о подтипах СДВГ и клиническом значении до конца не исследован (Barkley, 2006).

Что касается степени (формы) тяжести СДВГ — понимание того, что в пределах одного подтипа в одной возрастной группе степень выраженности симптомов и их присутствие во всех сферах жизни ребенка может быть совершенно разной (в зависимости от этиологии СДВГ, биологической почвы расстройства у ребенка, клинической картины), выделение степеней тяжести имеет смысл. Более того, определение специалистом стратегий психокоррекции и психотерапии на основании степени выраженности синдрома у ребенка позволяет определить точные и эффективные методы работы. Врачи предлагают рассматривать легкую, умеренную (среднюю) и выраженную (тяжелую) по степени тяжести формы СДВГ. Однако ни в одной диагностической системе до сих пор нет четких диагностических критериев, определяющих степень тяжести СДВГ. Поэтому определяется она врачами-клиницистами по клинической картине и характеру выраженности симптомов (Романчук, 2010, с. 71).

Клинические проявления синдрома

К основным типам СДВГ (на основе поведенческих характеристик) относят (по DSM-IV, МКБ-10) следующие дефиниции триады симптомов (Фесенко, 2010, с. 180):

- **гиперактивность:** неспособность сосредоточиться на предъявляемом задании, спокойно сидеть на месте — в сочетании с видимым присутствием двигательной активности (двигательным беспокойством);
- **импульсивность:** трудности в определении и выделении приоритетов, а также в подавлении немедленных реакций на факторы окружения, конкурирующие в привлечении внимания детей;

- **нарушение внимания:** неспособность в полной мере подавлять поведенческое реагирование на менее значимые раздражители в различных условиях — семейных, учебных, других социально обусловленных ситуациях;
- сочетанные (комбинированные) формы могут сопровождаться *дополнительными нарушениями:* обучения (дислексия, дискалькулия, дисграфия и т. д.); моторики (нарушение моторного умения); общения (коммуникативные); нарушения экспрессивной (выразительной) речи, рецептивно-экспрессивной (ребенок не может распознать и выразить основные свойства предметов), фонации (звучание, произнесение); логоневрозы (заикание) и т. д.).

К коморбидным состояниям при СДВГ отнесены (Чутко, 2009):

- **нарушения эмоционального контроля:** аффективные, тревожность, страхи, панические;
- **нарушения двигательного контроля:** тикозные, пароксимальные (непроизвольного движения), нарушение сна (например, уменьшение продолжительности сна, трудности засыпания, снохождение, сноговорение, бруксизм — скрежетание зубами и др.);
- **нарушения комфорта:** головные боли, недержание мочи, синдром раздраженного кишечника;
- **нарушения, связанные с использованием интоксикантов:** токсические ингалянты, табак, алкоголь, наркотические вещества;
- **нарушения с разрушительным поведением:** оппозиционно-вызывающее поведение, антисоциальное поведение и т. д.;
- **повышенная истощаемость центральной нервной системы (ЦНС).**

Все симптомы СДВГ (гиперактивность, импульсивность и дефицит внимания) логично рассматривать совместно, так как они редко встречаются по отдельности и чаще всего диагностируются одновременно (Barkley, 1998).

Психологическая коррекция / психотерапия

Семья является основной средой жизни ребенка и определяющим фактором формирования его личности, соответственно — его будущего. Исследования Barkley (1996) показали, что главными факторами, которые определяют прогноз, возможность полноценного развития ребенка с СДВГ, его самоактуализации, являются характеристики семьи ребенка. Именно от них зависит риск развития (перехода) болезни в более тяжелую степень выраженности и формирование у ребенка вторичных психосоциальных проблем (асоциальное поведение и др.). СДВГ — это своего рода катализатор (Романчук), который в одной

¹ Нозологическая единица (нозологическая форма) — это определенная болезнь, которую выделяют как самостоятельную, как правило, на основе установленных причин, механизмов развития и характерных клинико-морфологических проявлений.



среде способствует реакциям, приводящим к одним последствиям, а в другой — к другим. Социальная среда определяет характер и следствие этих реакций — будут ли они положительно или отрицательно влиять на судьбу ребёнка и его семьи и в какой мере. Поэтому внимание к характеристикам семьи, понимание ее опыта и тесное сотрудничество с родителями в рамках семейно-центрированного подхода необходимы для обеспечения эффективной помощи (Романчук, 2010). А система мероприятий (психологическая коррекция), направленная на исправление недостатков психологии или поведения человека с помощью специальных средств, в комплексе с элементами психотерапевтического воздействия в работе с семьей, где растёт ребёнок с СДВГ, приводит к снижению болезненных расстройств у ребенка, изменению психических функций, реорганизации сложных паттернов функционирования семьи.

Таким образом, в практической работе с детьми и подростками лечебные психотерапевтические мероприятия настолько тесно переплетаются с психокоррекционными, воспитательными и социализирующими воздействиями, что разделить их можно лишь весьма условно (Шевченко, 1997). Отсюда и сходство методов и приемов психологического воздействия, которые используют врач-психотерапевт, клинический или школьный психолог.

Из всего вышесказанного становится понятным, что помимо метода психофармакокоррекции (медикаментозное лечение) крайне актуальным является применение (в рамках комплексной терапии) семейной системной психотерапии, подразумевающей комплекс психотерапевтических методов и приемов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи. Цель этого вида психотерапии — оптимизация семейных взаимоотношений, роль которых в улучшении исходов СДВГ не вызывает сомнений (Фесенко, 2010, с. 267). Семейные взаимоотношения мы рассматриваем как структуру семейных ролей, которая определяет — что, как, когда и в какой последовательности члены семьи должны делать, вступая в отношения друг с другом. По данным Эйдемиллера и Юстицкого (1999), у 66% семей, в которых проживают дети с нервно-психическими расстройствами, имеет место либо структура жестко фиксированных патологизирующих семейных ролей, либо структура как таковая отсутствует изначально.

Содержанием семейной психотерапии является анализ всех членов семьи, которые собираются вместе в ситуации «здесь и теперь» (Фесенко). В работе выделяется два этапа. На первом этапе создается и усиливается мотивация у обратившихся за помощью. Предоставляется информация о роли семьи в происхождении патологического синдрома у детей. Акцентируется внимание на том, что в любой семье заключен не только патогенный фактор, но и саногенный (путь к выздоровлению). Делается положительное эмоциональное подкрепление самой попытки обратиться за помощью. Второй этап — реконструкция

семейных отношений. Здесь производится анализ мотивации поведения участников сеансов, их эмоциональных реакций, оценочных суждений о взаимоотношениях в семье (возможно применение психодиагностических методов исследования, например опросников и т. д.). Огромное значение имеет «присоединение» психотерапевта к семье пациента. Особая роль принадлежит здесь динамике поведения специалиста от «наблюдения», «вершителя судеб», «всесильного волшебника», от роли, приписываемой ему членами семьи, к роли одного из элементов семейной системы — «того, кто говорит, как мы», «того, у кого, оказывается, есть такие же проблемы, но он их уже решил». Используется специальная программа психотерапевтических упражнений, цель которых — развить навыки невербальной коммуникации, эмпатии, экспрессии своих переживаний, развитие и обогащение когнитивных сценариев (Фесенко, 2010).

Говоря о психотерапевтических методах в работе с детьми и их семьями, необходимо отметить игру как одну из самых насущных потребностей ребенка, поэтому выбор игровых методик психотерапии как приоритетных при коррекционно-реабилитационной работе с детьми, страдающими СДВГ, является научно обоснованным методом, дополняющим комплексное лечение ребенка. Если проводить игровые занятия в группе детей с СДВГ, переходя к ним от позитивной, патогенетической, рациональной индивидуальной психотерапии, и базироваться при этом на самой важной части воздействия — системной семейной психотерапии, то это способствует достижению эффективных норм поведения и снижению клинических проявлений синдрома у ребенка (Фесенко, 2010, с. 270). Игра в группе способствует тому, что ребенок более глубоко и целенаправленно воспринимает себя и окружающий мир, учится строить свои взаимоотношения с окружающим его миром, понимает суть неудач и ошибок, возникающих вследствие неверного понимания знаков сосуществования. Хорошо продуманные и проведенные игровые психотерапевтические сеансы, включающие интеллектуальные игры, разновидности арт-терапии, создают все предпосылки плавного перехода от игровой практики к учебной и общественно-полезной деятельности ребенка (Кэдьусон, Шеффер, 2001).

Дети с СДВГ очень сильно зависят от собственных эмоций и не умеют эти эмоции контролировать или сдерживать. Они часто не отдают себе отчет в том, как проявляют свои эмоции, не могут разрядить внутреннее отрицательное напряжение социально приемлемым способом. Такие дети мало играют, потому что они шумные, быстро надоедают и постоянно испытывают состояние тревоги, ожидая недовольства со стороны окружающих. Из-за боязни быть наказанным взрослыми или отвергнутым сверстниками, они очень быстро разучиваются играть (особенно в группе) и проводят свободное время за компьютером, в компаниях старших детей, легко увлекаются табаком, алкоголем и т. п. Поэтому приоритетность групповых занятий обоснована, работа в группе преследует цель

воздействовать на основные составляющие отношений личности: познавательную, эмоциональную и поведенческую.

В работе с группой детей с СДВГ применяется директивная (психотерапевт — организатор, руководитель), регламентированная психотерапия, где пациент активен, идет к познанию себя и других. А также к познанию жизни, смотрясь в психотерапевта и в участников группы как в зеркало, отражающее суть всех его проблем (основы методики заложены В.И. Гарбузовым и представлены в книге «Практическая психотерапия»). Поскольку психотерапия в детском возрасте всегда, при любом ее виде — это семейная психотерапия, то в проводимых занятиях (сессиях) с детьми с СДВГ принимают участие их родители. Формы участия родителей — от пассивной (наблюдение) до исполнения роли в тренингах (Фесенко). С помощью игры успешно удается укрепить уверенность ребенка в своих силах, создать непринужденность в контактах и выбрать адекватные навыки общения через конструирование игр взаимодействия со сверстниками и взрослыми (Кэджусон). В игре возможно использовать драматизацию негативных переживаний ребенка, жизненных конфликтных ситуаций (во дворе, дома, в школе), поступков, из-за которых его наказали или отвергли. Каждое «событие» отражается в виде отдельных фантастических (сказочных) или реальных историй. Истории сочиняются (если дома, то при помощи родителей) и по желанию ребенка могут быть проиграны, но роли в этих историях он распределяет сам. Обыгрываются эмоциональные стороны страдания (например, мучительное чувство неуверенности, страха, тревоги, стыда, несправедливо причиненной обиды и др.) (Захаров, 2000).

По данным литературы и экспериментальных исследований участие родителей в каждой сессии групповой психотерапии приносит двойную пользу. Во-первых, они лучше видят как успехи, так и неудачи своих детей в достижении промежуточных целей психотерапии. Во-вторых, сами подвергаются психотерапии, что приносит многим из них существенную пользу. Методика групповой игровой психотерапии (для родителей) органично интегрирует различные приемы исправляющего воздействия, оказывающие влияние на когнитивно-мнестическую, потребностно-мотивационную, социально-коммуникативную сферы личности, что позволяет родителям детей приобрести эмоциональный, поведенческий и когнитивный опыт межличностного взаимодействия для решения проблем наиболее полной социализации своих детей. Лечить ребенка вне семьи практически невозможно (Заваденко, Чутко, Захаров, Брызгунов, Касатикова Романчук, Фесенко и мн. др.).

Клинико-психологический пример. Случай из практики

Психокоррекционная работа проводилась медицинским психологом на базе детской поликлиники №2 в городе Петропавловске-Камчатском.

На приеме у медицинского психолога семья — мать, отец и ребенок (Дима, 6 лет).

Анамнез

Биографические данные. Дима С. Возраст 6 лет. Страдает легкой степенью СДВГ. Мальчик первый ребенок в семье, младшая сестренка — 2 года. Мать — 28 лет, продавец-консультант в супермаркете, в настоящее время находится в отпуске по уходу за ребенком. Отец — 33 года, менеджер в торговой компании. Со слов родителей, отношения в семье оцениваются ими как конфликтные, отец постоянно задерживается на работе, периодически выпивает, что является основной причиной конфликтов. Семья проживает в маленькой двухкомнатной квартире, где маленькая спальня предназначена для двух малышей. Частые ссоры родителей происходят на глазах у детей.

При общении с каждым родителем в отдельности во время первой беседы отмечается заинтересованность родителей гармонизировать отношения в семье и совместно со специалистами помочь ребенку, у которого в последнее время поведение стало неуправляемым.

По анамнестическим данным: мальчик родился ослабленным, маленьким (вес 2500 г), с некоторыми неврологическими проблемами (перинатальная энцефалопатия) и аллергией. В первые месяцы жизни ребенок постоянно плакал, часто срыгивал, очень мало (для своего возраста) спал. Чтобы уложить ребенка спать, приходилось каждый раз укачивать минимум час, а иногда и дольше. Мать сильно истощалась, не успевала выполнять работу по дому, отдыхать. Отец постоянно находился на работе, помогал только по выходным дням. Когда ребенку исполнился 1 год, со слов мамы, стало легче. В процессе медицинского (профилактического) обследования в данном возрасте психологом детской поликлиники ребенок был определен в группу риска по СДВГ и взят под наблюдение. При оформлении ребенка в детский сад (2 г. 11 мес.) родители указали на повышенную активность ребенка, непослушание, агрессивность в поведении, частое падение «на ровном месте». Специалистами было проведено комплексное (дифференциальное) обследование мальчика, по результатам которого поставлен диагноз синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) легкой степени (формы) выраженности. На консультации медицинским психологом была проведена просветительская работа о проблеме СДВГ в полном объеме, были даны рекомендации родителям (относительно психофизиологических особенностей ребенка и его воспитания), разъяснены особенности семейных взаимоотношений, где растёт ребенок с СДВГ. В это же время мама была беременна вторым ребенком, и внимание в большей степени уделялось предстоящим родам.

Адаптация Димы к детскому саду проходила с небольшими трудностями, после того как в семье родился второй ребенок, Диму водили в детский сад



очень редко. Он часто и подолгу плакал, обижал сестрёнку, был «задиристым» мальчиком. В 6 лет у Димы проблемы поведения стали более выражены, что очень сильно раздражало родителей. Плаксивость, капризность, агрессивность были не только средством для достижения определенной цели — это стало стилем его поведения, был упрям, чрезмерно активен, не отзывался на просьбы. С таким ребёнком было невозможно выйти погулять в город, у родителей не хватало терпения, особенно у матери. Также со слов мамы, у ребёнка были трудности со сном (беспокойный сон и трудности засыпания).

Оказание помощи на первом этапе

Психологом детской поликлиники была рекомендована консультация невролога. Врачом назначены следующие процедуры (физиотерапия): жемчужные ванны, расслабляющий массаж и электрофорез с йодобромной салфеткой на шейно-воротниковую область по Щербак. Дополнительно Дима был включен в групповые занятия (ребёнок и родители) у медицинского психолога. После трех занятий в комплексе с физиотерапией эмоциональное состояние ребёнка стало более стабильным.

Далее был установлен план обследования ребенка и семьи, составлена диагностическая карта (представлена в конце статьи).

Результаты диагностического исследования психоэмоционального неблагополучия

По биографическим данным и наблюдению определяется эмоциональная неустойчивость и повышенная возбудимость. По экспериментально-психологической методике изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга² выявлены преимущественные типы и направленность реакций в ситуации фрустрации: экстрапунитивная (E) с преобладанием типов реакций, направленных на самозащиту (E) и ухода от разрешения ситуации (m). У ребёнка выявлен повышенный уровень агрессивности. Исследование самооценки по методике «Лесенка»³ показывает неустойчивую тенденцию к снижению. По исследованию отношения ребёнка к членам своей семьи применялась методика «Цветовой тест Люшера»⁴. Выявлен страх и трудности при установлении контакта со сверстниками, и

одновременно мальчик не испытывает потребности в общении с родными, что говорит об определенном изолированном положении ребёнка от контактов как внутри, так и вне семьи. Индекс тревожности по методике «Выбери нужное лицо»⁵ составляет 39%, что означает уровень тревожности несколько выше среднего. С помощью опросника «Скажи, пожалуйста, ты боишься или не боишься...»⁶ были выявлены актуальные страхи, такие как: страх темноты, смерти, высоты, оставаться одному дома, страх наказания, воспитателей, уколов, страшных снов, глубины, сказочных персонажей. Данное количество страхов, превышает показатели нормы для возраста 6 лет (Захаров). Также для Димы характерны медицинские, социальные и другие страхи. Наличие большого количества разнообразных страхов у ребёнка; реакции ухода от решения ситуации; тревожности; повышенной возбудимости; агрессивности защитного характера; положение изолированности является показателем психоэмоционального неблагополучия ребёнка, что свидетельствует о пограничном состоянии в развитии нервно-психического расстройства (в частности, риск осложнения и перехода СДВГ в более тяжелую степень). При определении страхов особенно значимыми для мальчика оказались страхи страшных снов и смерти. С целью улучшения психоэмоционального состояния с ребёнком была проведена работа со страхом.

Работа со страхом

На первом этапе Диме было предложено на листе А4 (белого цвета) нарисовать свой страх. Для выполнения рисунка мальчик выбрал черный карандаш и нарисовал «Монстра» с рогами, открытым ртом, большими кистями рук с длинными острыми когтями.

На втором этапе работа носила следующий характер:
Психолог: Кто изображен на рисунке?

Дима: Монстр, который хочет забрать меня с собой.

П: Почему он хочет забрать тебя с собой?

Д: Потому что я плохой и непослушный.

П: Что бы ты хотел сделать?

Д: Я хочу его победить, чтобы он не смог меня забрать.

² Руководство по использованию «Тест рисуночный ассоциации С. Розенцвейга», разработанное С.Е. Лукиным, А.В. Суворовым (1993).

³ Методика «Лесенка» разработана С.Г. Якобсон, В.Г. Щур и предназначена для выявления системы представлений ребенка о том, как он оценивает себя сам и как, по его мнению, его оценивают другие люди.

⁴ Методика «Цветовой тест Люшера» позволяет измерить психофизиологическое состояние человека, его стрессоустойчивость, активность и коммуникативные способности. Методика Люшера позволяет определить причины психологического стресса, который может привести к появлению физиологических симптомов.

⁵ Методика «Выбери нужное лицо» представляет собой детский тест тревожности, разработанный американскими психологами Р. Тэмпл, М. Дорки и В. Амен.

⁶ Для диагностики подверженности страхам у детей проводился опрос по заданной схеме: вначале задается вопрос «Скажи, пожалуйста, ты боишься или не боишься...», и далее представляются ребенку различные ситуации или объекты, которые могут вызвать страх (Рогов Е.И., 1999).

П: Как ты думаешь, что для этого нужно сделать?

Д: Я должен стать Суперменом (положительный сказочный персонаж).

П: Давай нарисуем Супермена (Дима рисует персонаж на весь лист А4).

П: Соединяем два рисунка вместе (Супермен на листе бумаги получился гораздо больше по размеру чем Монстр).

П: Как ты чувствуешь себя сейчас?

Д: Мне уже почти не страшно, я знаю, что смогу себя защитить, Супермен мне поможет.

П: Как ты думаешь, как чувствует себя Монстр?

Д: Он боится, ему страшно, Супермен может убить его.

П: Посмотри на Монстра, тебе его не жалко, может его можно сделать хорошим? Тогда с ним можно будет подружиться.

Д: Да, жалко, а как его можно сделать хорошим?

П: Давай разукрасим его разными цветами (Дима берет голубой, желтый, зеленый карандаши и раскрашивает Монстра).

П: Нарисуй ему на «лице» красивую улыбку, розовые щечки и дай ему другое прозвище (Дима дорисовывает).

Д: Какой красивый получился Монстр, мы будем звать его Монстрик (мальчик смеется).

П: Что теперь будут делать Супермен и Монстрик?

Д: Дружить.

П: Давай нарисуем праздник для Супермена и Монстрика (мальчик рисует солнышко с длинными лучиками, салют и растущие вокруг персонажей желтые одуванчики).

П: Как чувствует себя Супермен?

Д: Ему весело! Он сильный! А Монстр теперь Монстрик, совсем не страшный. Они теперь будут дружить и веселиться.

По окончании занятия у Димы наблюдалось хорошее настроение. Далее психолог определил ребёнку дни для групповых встреч (занятий) с детьми по теме «Страхи».

В данной работе использовались принципы работы с детьми (Раттер, 1999, с. 365–366) и методы психотерапии (Захаров, 2000, с. 363–364).

Поэтапно Дима принимал участие в групповых психокоррекционных занятиях по определенным темам (например, «Формирование партнерских отношений со сверстниками»). Также активно участвовал

во всех предложенных детям играх и упражнениях. Спорил с участниками группы, ссорился, обижался на детей. После обсуждения психологом с Димой ситуаций, вызывающих конфликты, ребёнок старался контролировать свои эмоции и поведение, шел на компромисс и продолжал взаимодействовать с детьми. На групповом занятии с родителями был более спокоен и уверен в себе. Испытывал особое вдохновение при семейном взаимодействии в ходе выполнения задания «Семейное рисование» на свободную тему и тренинга на расслабление.

Родители Димы также участвовали в психодиагностическом исследовании семейных взаимоотношений, родительских установок и преобладающих воспитательных стратегий по методикам: опросник PARI⁷ и опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ)⁸.

Результаты исследования показали выраженность тенденций: конфликтность в семье, неустойчивый стиль воспитания, воспитательная неуверенность, фобия утраты ребёнка, гипопека со стороны отца при удовлетворении потребностей ребёнка, гиперпротекция матери; перенесение личных проблем родителей в воспитательный процесс (неудовлетворенность матери недостаточным вниманием мужа, расширение родительских чувств).

Дополнительно проводились консультации, на которых обсуждались проблемы воспитания и развития детей с СДВГ, в частности, касающиеся психофизических особенностей Димы. Обсуждались приемлемые способы взаимодействия в семье, влияние негативных тенденций воспитания на психоэмоциональное состояние ребёнка, которые могут способствовать осложнению болезни (ухудшение клинических проявлений). Проводились групповые занятия с родителями и ребёнком по различным темам, например, «Учимся понимать друг друга».

План проведения группового занятия с детьми и их родителями, тема «Учимся понимать друг друга» (авторский вариант)

Цель: снятие тревожности и напряженности в отношениях между родителями и детьми, установление телесного и эмоционального контакта. Время занятия 40 мин. — 1 час 30 мин. Занятие носит вариативный характер.

Знакомство и приветствие участников в кругу.

Участники (3 пары — ребенок и родитель) поворачиваются друг к другу с одной и другой стороны и приветствуют, например, добрый день, здравствуйте, пожимая друг другу руку. Далее разминка — выпол-

⁷ Методика PARI (Parental Attitude Research Instrument). Данная методика предназначена для изучения отношения родителей (прежде всего, матерей) к разным сторонам семейной жизни (семейной роли). Авторы — американские психологи Е.С. Шефер и Р.К. Белл. На отечественной выборке методика PARI адаптирована Т.В. Нецарев.

⁸ Методика Э.Г. Эдемиллера и В. Юстицкиса «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) предназначена для исследования индивидуального опыта родителя в воспитании ребенка, выявляет преобладающие воспитательные стратегии и тенденции в родительском воспитании.



нение упражнений пальчиковой гимнастики «Пальчики встречаются». На раз соединяем указательный и большой пальцы, на два — средний и большой пальцы и так доходим до мизинца. Повторяем упражнение двумя руками одновременно. Темп разминки задает ведущий.

Затем все садятся на стулья в круг. Ведущий предлагает каждому участнику назвать себя и рассказать о своем любимом увлечении, кем работает, в какие игры играл в детстве и др.

Групповой рисунок.

Каждой паре (родитель и ребёнок) выдается лист формата А3, цветные карандаши и предлагается обоим участникам нарисовать рисунок (семейный) на свободную тему. Главным условием является общение между собой шепотом или жестами. Время — 15 минут.

В ходе выполнения задания психолог ведет наблюдение за группами, определяет ведущего (ребёнок или родитель), наблюдает за эмоциональным состоянием членов групп, за тем, как договариваются между собой родитель и ребёнок.

Показ работ, обсуждение. Обратная связь — участники делятся своими впечатлениями, ощущениями, пожеланиями.

Игра «Слепой и поводырь».

Игра проводится в парах (ребенок и родитель). Одному завязывают глаза, второму дается задание, каким маршрутом провести «слепого», далее участники в парах меняются ролями. Задача «поводыря» как можно осторожнее и безопаснее провести «слепого» до обозначенного места. Игра проводится в тишине, необходимо сдерживать эмоции и стараться доверять друг другу.

Обратная связь — после игры участники групп делятся впечатлениями, ощущениями, пожеланиями. Все участники садятся на стулья в круг. Проводится беседа по следующим направлениям:

- Важно ли уметь слушать и понимать друг друга? Почему?
- Как можно выражать свою любовь по отношению родитель — ребенок и ребенок — родитель?
- Почему родители и дети должны любить друг друга?
- Как понять настроение близкого человека? Ведущий просит детей по очереди показать:
 - как сердится мама, как хмурится туча, злая волшебница;
 - как улыбается довольный кот, добрая фея, как радуется жеребёнок, вырвавшийся на волю;
 - как устаёт папа после работы, сам ребёнок, весь день помогавший маме, мама после уборки квартиры;
 - ребенка, у которого отобрали любимую игрушку, человека, которого ударили, и т. д.

Расслабляющая игра.

Взрослый сидит позади ребёнка. Звучит спокойная музыка. Участники упражнения здороваются друг с другом следующим образом: взрослый берёт попеременно руки и ноги ребёнка и выполняет ими любые плавные движения, имитируя жесты приветствия. Затем участники сдвигаются, и круг становится более плотным. По кругу передается мяч или любая другая игрушка. Родитель, сидящий за ребёнком, может передать мяч вместе с ребёнком, держа его руки в своих руках. Поскольку круг совсем небольшой, мяч очень скоро возвращается к ребёнку, и он учится отдавать его без сожаления. Тем более что за спиной он ощущает поддержку взрослого, который может комментировать тихим голосом всё, что ребёнок делает, при этом поглаживая его по спине, по голове.

Психолог отмечает положительные моменты, высказывает пожелания семьям. Все участники дружно хлопают друг другу и прощаются.

После проведения занятия психологом назначаются встречи для обсуждения результатов проведённого исследования, дальнейшей психокоррекционной работы по показаниям, планирование мероприятий по улучшению семейного воспитания и семейных взаимоотношений. По возможности (желательно) привлекаются отцы детей, страдающих СДВГ.

По окончании психокоррекционной работы симптомы болезни у Димы проявлялись незначительно, взаимоотношения в семье имели тенденцию к улучшению. В течение года оба родителя с мальчиком приходили на консультации к медицинскому психологу, где обсуждались способы взаимодействия в семье при появлении новых паттернов в поведении ребёнка, а также вопросы на тему подготовки ребёнка к обучению в школе с учетом психофизиологических особенностей Димы. Заинтересованность в решении проблем стал проявлять и отец, выделяя больше личного времени ребёнку и семье в целом. Отношения между супругами улучшились, конфликтных ситуаций стало гораздо меньше, и решались они преимущественно в форме договора. Мама стала более спокойной, выдержанной, научилась взаимодействовать с сыном, не повышая голоса в общении с ним. Вышла на работу. Трудностей в подготовке мальчика к школе не возникало. Симптомы СДВГ у ребёнка минимизировались и практически не проявлялись.

Сопровождение семьи продолжалось до поступления ребёнка в школу. Дальнейшая помощь семье носила консультативно-профилактический и консультативно-коррекционный характер.

И в заключение необходимо отметить, что всё-таки приоритетным направлением в работе с семьёй, где растёт гиперактивный ребёнок, является психологическая коррекция в рамках профилактики психоэмоционального неблагополучия ребёнка с СДВГ. Резуль-

таты своевременной помощи семье в целом позволяют сделать следующие выводы: развитие болезни возможно приостановить независимо от степени тяжести синдрома, опираясь на просветительскую, консультативную, коррекционно-терапевтическую и психотерапевтическую работу в рамках комплексного лечения СДВГ у ребёнка. Заинтересованность родителей (семьи) носит значимый характер в лечении ребёнка и является основным управляемым фактором, влияющим на клинические проявления болезни (улучшение состояния ребенка или ухудшение). Поэтому работа по оказанию помощи должна быть мультидисциплинарной (команда специалистов) с высоким акцентом на семью и ее функционирование, на ранней стадии развития синдрома, т.е. в дошкольном возрасте. В этом и заключается практическая значимость в решении проблем, связанных с СДВГ в детском возрасте.

Диагностическая карта исследования психоэмоционального неблагополучия у детей с СДВГ (5-7 лет)

Исследуемые параметры

Фамилия, имя ребенка, возраст. Клинический анамнез

1. *Биографические данные по результатам беседы*
 - 1.1. Биографические данные матери (возраст, где и кем работает)
 - 1.2. Биографические данные отца (возраст, где и кем работает)
 - 1.3. Жилищные условия семьи
 - 1.4. Особенности семейных взаимоотношений (конфликтность, причины конфликтов, другие особенности)
 - 1.5. Особенности развития ребенка (подверженность простудным заболеваниям, эмоциональная уравновешенность, общительность, адаптированность к условиям детского сада, школы, сон, аппетит (с чем связано беспокойство))
 - 1.6. Особенности семейного воспитания (методы наказания, дополнительная информация)
2. *Результаты экспериментально-психологического исследования*
 - 2.1. Методика С. Розенцвейга (преобладающие типы и направления реакций в ситуациях фрустрации: уровень агрессивности; баланс)
 - 2.2. Методика «Лесенка» (определение уровня самооценки)
 - 2.3. Методика «Цветовой тест Люшера» (исследование отношения ребенка к членам своей семьи)
 - 2.4. Методика «Выбери нужное лицо» (показатель уровня тревожности)
 - 2.5. Опросник «Скажи, пожалуйста, ты боишься или не боишься...»

3. *Результаты экспериментально-психологического исследования родителей*
 - 3.1. Модифицированный текст опросника PARI для матерей
 - 3.2. Модифицированный текст опросника PARI для отцов
 - 3.3. Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ)

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под ред. Ю.С. Шевченко. — СПб: Речь, 2003. — 551 с.
2. Выготский Л.С. Собрание сочинений. В 6 т. — Т. 5. Основы дефектологии. — М.: Педагогика, 1983. — 368 с.
3. Гарбузов В.И. Практическая психотерапия. — СПб: Медицина, 1994. — 142 с.
4. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. — СПб: Союз, 2004. — 448 с.
5. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. — М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. — 448 с.
6. Кэджосон Х., Шеффер Ч. Практикум по игровой психотерапии. — СПб: Питер, 2001. — 416 с.
7. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учебное пособие. — Самара: БАХРАХ, 1998. — 672 с.
8. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании: Учебное пособие. — М.: ВЛАДОС, 1996. — 529 с.
9. Романчук О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. — М.: Генезис, 2010. — 336 с.
10. Тржеголова З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. — М.: Медицина, 1986. — 256 с.
11. Фесенко Е.В., Фесенко Ю.А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. — СПб: Наука и Техника, 2010. — 384 с.
12. Чутко Л.С. Детская поведенческая неврология: Руководство для врачей. — СПб: Наука, 2009. — 286 с.
13. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. — СПб: Питер, 1999. — 656 с.
14. Barkley R.A. Attention deficit disorder with hyperactivity. A handbook for diagnosis and treatment. — N.Y., 1998. — 688 p.
15. Barkley R.A. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnostic and treatment. — N.Y.: Guilford Press, 1996.
16. Faraone S.V., Biederman J., Weber W. Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of ADHD // Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry. — V. 37. — 1998. — P. 185–193.
17. King R.A., Noshpitz J.D. Pathways of growth // Essentials of child psychiatry. — Vol. 2. — N.Y., 1991.