

Психологические показатели как маркеры школьной дезадаптации детей с ОВЗ на ранних этапах ее формирования

Н.С. Давыдова

*кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинико-психологических основ
дефектологии и логопедии Восточно-Сибирская государственная академия
образования, г. Иркутск*

Комплексное сопровождение детей с ОВЗ на всех этапах образовательного процесса характеризуется участием в нем специалистов в области психологии, дефектологии, врачей-психиатров, врачей-невропатологов и других представителей, имеющих в основном узкую специализацию. Между тем профилактика, диагностика и коррекция некоторых состояний здоровья детей с ОВЗ, в том числе и школьной дезадаптации, требует использования в их проведении методик, в основе которых лежат универсальные механизмы ответной реакции организма на многочисленные провоцирующие факторы окружающей среды. Целью настоящего сообщения является обоснование использования в диагностике школьной дезадаптации методов исследования, позволяющих на ранних этапах выявить отклонения в процессе адаптации детей с ОВЗ к школе. Анализ теоретических и эмпирических исследований, проводимых по проблеме школьной дезадаптации, позволил автору акцентировать внимание на значительный диагностический потенциал общепринятых функциональных проб и физиологических показателей в корреляции с психологическими характеристиками. В связи с этим в настоящем сообщении предлагается батарея физиологических тестов, патогенетически связанных с психологическими показателями при формировании школьной дезадаптации у детей с ОВЗ. Использование предлагаемых методик позволит повысить эффективность ранней диагностики исследуемого состояния детей с ОВЗ.

Ключевые слова: *адаптация, школьная дезадаптация, дети с ОВЗ, диагностика, профилактика, психологические и физиологические показатели.*

Принцип адаптивности образования к уровню и особенностям психофизического и личностного развития ребенка диктует современным образовательным учреждениям необходимость в максимальной степени учитывать интересы, потребности, способности ребенка к социальной среде, в которой он развивается [2]. Особую значимость данный принцип приобретает при работе с детьми, имеющими самые различные образовательные потребности. В условиях, когда инклюзивное образование как залог более успешной социализации таких детей становится приоритетом государственной образовательной политики, реализация принципа адаптивности образования усложняется, так как социальная адаптация детей, прежде всего, связана с их академической успешностью в школе, а последняя, вероятно, весьма проблематична ввиду особенностей психофизиологического развития детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Приоритетным направлением в решении данной задачи является профилактическая работа с детьми с ОВЗ по предупреждению со-

циально-психологических, личностных, познавательных проблем адаптационного периода, а также их диагностика на ранних этапах.

Адаптация к школе — это сложный многофакторный процесс включения ребенка в новые условия жизнедеятельности, в новую систему требований и контроля, в новый коллектив [1; 2; 12]. Основными показателями благоприятной адаптации ребенка к школе являются: формирование адекватного поведения, установление контакта с учащимися, учителями, овладение навыками учебной деятельности. Критерием и условием успешности адаптации выступает, прежде всего, степень сохранности (как способность к восстановлению) на должном уровне психического и физического здоровья. Индикатором же трудности процесса адаптации к школе являются негативные изменения в познавательной, личностной и социальной сфере ребенка, его психофизиологического статуса, приводящие к дезадаптации.

Школьная дезадаптация не является медицинским, диагностическим понятием, и в Международной классификации болезней (МКБ-10) данное клиническое определение отсутствует. Анализ показывает, что в существующей системе дефиниций понятие школьной дезадаптации не является ни описательным, ни диагностическим [2; 6; 8; 11]. Это понятие во многом собирательное и включает социально-средовые, психолого-педагогические, медико-биологические факторы. Изменения, фиксируемые у дезадаптированных детей, относят, прежде всего, к познавательному и социально-психологическому компонентам. К таким признакам относят неуспешность учения; негативное отношение к школе, к учителям и одноклассникам; учебную и игровую пассивность; агрессивность по отношению к людям и вещам; повышенную тревожность; частую смену настроения; страх; упрямство; капризы; повышенную конфликтность; чувство неуверенности, неполноценности, своего отличия от других; заметную уединенность в кругу одноклассников; лживость; заниженную либо завышенную самооценку; сверхчувствительность, сопровождаемую плаксивостью, чрезмерной обидчивостью и раздражительностью. В то же время у дезадаптированных детей установлены функциональные изменения в состоянии психосоматического здоровья. На физиологическом уровне проявлениями школьной дезадаптации являются повышенная утомляемость, снижение работоспособности, импульсивность, неконтролируемое двигательное беспокойство либо заторможенность, нарушения аппетита, сна, речи. Нередко наблюдаются слабость, жалобы на головные боли и боли в животе, дрожание пальцев рук, навязчивые движения и действия, энурез [6].

Сами по себе вышеперечисленные признаки ни по отдельности ни в совокупности не являются критериально значимыми в диагностике школьной дезадаптации у детей с ОВЗ. С одной стороны, психологическое тестирование у детей из этих групп наиболее часто дает ошибки, что приводит к «дефектологическому крену» в программе их обучения. С другой стороны, возможна так называемая «гипердиагностика», когда определяя место и роль патологических факторов в каждом конкретном случае школьной дезадаптации, врач узкопрофильной специализации оказывается в условиях, когда необходимо устанавливать причинную связь между явлениями школьной дезадаптации с психопатологическим состоянием. В этом случае дифференциальная диагностика становится весьма затруднительной и, как следствие, —

неправильно назначенные лечение и коррекция нарушений в состоянии психического здоровья [2; 6; 8]. Следовательно, дети с ОВЗ составляют группу риска, вызывающую наибольшую тревогу за оптимальное психосоциальное развитие, личностный рост и востребованность обществом их возможностей и способностей, адекватное и эффективное лечение имеющихся у них нозологических форм. В этой связи перенос акцента в решении проблемы школьной дезадаптации на ее предупреждение и раннюю диагностику является наиболее действенным путем ее преодоления. Усилия исследователей могут быть направлены не только на выявление симптомов и причин школьной дезадаптации, которые в силу мультифакториальности природы этого состояния очень разнообразны, но и на выявление патогенетических маркеров школьной дезадаптации.

Несмотря на то что большинство авторов рассматривают школьную дезадаптацию как сложное комплексное социально-психологическое и педагогическое явление, нельзя не признавать значимости физиологического компонента в ее формировании [2; 6; 8; 11]. Да и сам термин «школьная дезадаптация» несет смысловую нагрузку о нарушении в физиологических механизмах процесса адаптации детей к изменившимся условиям их окружения.

Адаптация детей к школе проходит по универсальному механизму адаптационного процесса с доминирующей ролью в организации функциональной системы при ответной реакции организма деятельности высших отделов нервной системы [3; 7]. Адаптационный синдром обеспечивается определенными физиологическими реакциями на клеточном, органном, системном и организменном уровнях. Взаимодействуя по принципу иерархии результатов, в конечном итоге эти реакции приводят к оптимальному ответу организма на изменившиеся условия, в нашем случае, на изменения в социуме. Диапазон колебаний параметров изменений окружающей среды, при котором механизм саморегуляции функционирует без физиологического напряжения, относительно невелик и зависит от базисного уровня состояния здоровья каждого индивидуума. При расширении этого диапазона и/либо увеличении его интенсивности от оптимальных уровней в механизме адаптации происходит напряжение ее регуляции, а при продолжающемся воздействии – сбой [3; 7; 13]. При сбое механизма адаптации появляются внешние маркеры дезадаптации, которые из-за индивидуальности физиологического диапазона очень разнообразны. Однако на этапе напряжения механизма адаптации вследствие универсальности этого синдрома в организме происходят патогномичные физиологические изменения, которые вкупе с психологическими характеристиками могут выступать в качестве маркеров ранней диагностики школьной дезадаптации у детей с ОВЗ.

На сегодняшний момент предложен довольно широкий арсенал психодиагностических методик для определения школьной дезадаптации у детей как дошкольного, так и младшего и среднего школьного возрастов тех периодов, когда отмечаются кризисные моменты из-за максимально выраженных колебаний социального, психологического и физиологического характера [2; 3; 6; 8; 10]. Как информативные зарекомендовали себя опросник школьной тревожности Филлипса, выявляющий факторы, определяющие уровень тревожности в эмоциональном состоянии школь-

ника; шкала явной тревожности СМАС для детей в адаптации; социометрический тест в модификации А.Я. Каплан, позволяющий выявить индивидуальные социометрические индексы [2; 8; 10]. Для изучения дезадаптации детей в школе может быть использована модифицированная Т.В. Дорожевец карта наблюдений Стотта. Интегративным показателем личностной адаптации является самооценка. В целях ее определения может применяться методика Дембо-Рубинштейн (адаптированный для младших школьников вариант), а также методика «Кружки» [2].

Для оценки этапности и уровня изменений соматофизического и психического здоровья, характера ведущих изменений и особенностей реакций на кризисную ситуацию, верификации ранней диагностики школьной дезадаптации помимо психосоциальных характеристик обследуемых детей и субъективных данных в качестве индикаторных показателей могут быть предложены данные физиологических исследований, в том числе и результаты функциональных проб. В литературе представлены результаты исследований, которые свидетельствовали не только о значимых изменениях физиологических показателей при состоянии школьной дезадаптации, но и выявлены корреляционные связи этих изменений с данными социометрического и психологического тестирования [7; 8; 9; 11]. Выявлены корреляты между концентрацией кортизола в слюне у дезадаптированных детей и уровнем тревожности по опроснику тревожности Филлипса и данными социометрического исследования. Продукция кортизола подчинена АКТГ-зависимому циркадному ритму с пиковыми уровнями рано утром и самыми низкими уровнями ночью. Факторы, регулирующие этот циркадный ритм, пока окончательно неясны, однако известно, что становление данного ритма происходит в раннем детстве и может нарушаться по ряду физических и психологических причин. Изменение концентрации кортизола в пробах слюны свидетельствует о сдвиге индекса симпато-адреналого тонуса и нервно-психического перенапряжения у «неадекватно спокойных» детей [11].

В роли интегративного показателя здоровья хорошо зарекомендовали себя параметры variability ритма сердца, то есть индексы вариационной пульсометрии [8; 9; 11]. Повышенный индекс вариационной пульсометрии свидетельствует о высокой «физиологической цене» затрачиваемых ребенком усилий в учебной деятельности [11].

В качестве вспомогательных методов определения тонуса симпато-адреналовой системы, изменения которого являются неотъемлемым звеном патогенеза школьной дезадаптации, могут быть использованы функциональные пробы на преобладание симпатической или парасимпатической системы — клиностатическая и ортостатическая пробы, которые нашли широкое применение при оценке функционального состояния как взрослого, так и детского и подросткового контингента [3; 4; 7]. Предлагаемые тесты широкодоступны, апробированы в многочисленных обследованиях детей и легковыполнимы в условиях школьного медпункта. Традиционно эти функциональные пробы проводят при исследовании функциональных способностей сердечно-сосудистой системы, ее доминирующей иннервации. В клинической практике данные этих проб позволяют оценить эффективность фармакологического действия препаратов. Между тем результаты ортоклиностатической пробы — это результат

взаимодействия симпатической, парасимпатической и сердечно-сосудистой систем. Гипосимпатикотонический тип реагирования на эту пробу свидетельствует о нарушении компенсаторной реакции симпато-адреналовой системы, причиной которых могут быть нейрогенные или эндокринные нарушения, гиперсимпатикотонии — о наличии очага возбуждения в центрах, регулирующих симпатическую нервную систему или повышенный выброс катехоламинов. Процессы, регистрируемые в этих функциональных пробах, отражают состояние напряжения в механизме адаптации организма — преобладание возбуждения или торможения в мозговой деятельности обследуемого [4; 5].

Для оценки адаптационных процессов, происходящих в организме, их качественного состояния, рекомендован интегративный показатель — индекс функциональных изменений (ИФИ) [4; 7; 13]. Математическая формула, отображающая взаимосвязь таких физиологических параметров, как частота пульса, систолическое и диастолическое артериальное давление в покое, возраст, массу и длину тела, позволяет оценить уровень функционирования системы при адаптации в зависимости от цифрового выражения как полную адаптацию, напряжение механизмов адаптации, неудовлетворительную адаптацию и срыв адаптации.

Предложенные функциональные пробы приобретают особую значимость в условиях мониторинга — динамика изменений результатов этих проб позволит оценить состояние адаптации детей с ОВЗ и зарегистрировать ранние изменения в функционировании основных систем, участвующих в механизме адаптации детей к школе. В корреляции с психологическими характеристиками и показателями социометрического исследования данные функциональные пробы позволят объективизировать раннюю диагностику школьной дезадаптации у детей с ОВЗ. Универсальность, простота и безопасность проведения, возможность их применения для обследования детей с ограниченными возможностями здоровья дают возможность широкого их использования в условиях общеобразовательных учреждений.

Литература

1. Агаджанян Н.А. Социальная физиология: адаптация и здоровье человека. — М, 2004. С. 3—13.
2. Адаптация к школе. Диагностика, предупреждение и преодоление дезадаптации: методическое пособие. — Витебск: УО «ВОГ ИПК и ПРР и СО», 2006. — 46 с.
3. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М.: Медицина, 2005. 477 с.
4. Ашмарин Б.А. Теория и методика педагогических исследований в физическом воспитании. — М.: ФИС, 2007. 222 с.
5. Баевский Р.М. Оценка адаптационных возможностей организма и риска заболеваний. — М., 1997. 52 с.
6. Дорожевец Т.В. Диагностика школьной дезадаптации. — Витебск, 1995. 154 с.
7. Казначеев В.П., Баевский Р.М., Береснева А.П. Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения. — Л.: Медицина, Ленинград. отд., 1980. 208 с.

8. *Каплан А.Я.* Вариабельность ритма сердца и характер обратной связи по результату операторской деятельности у человека // Журнал высшей нервной деятельности. 1999. Т. 48 (6). С 345–350.

9. *Лусканова Н.Г.* Диагностика школьной дезадаптации: Для школьных психологов и учителей начальных классов системы компенсирующего обучения. М., 1995.

10. *Малых Т.В., Воронина Г.А.* Вариабельность сердечного ритма как индикатор функциональных состояний организма детей младшего школьного возраста // Тез. докл. IV Всерос. симп. с междунар. участием «Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и практическое применение». Ижевск: Изд-во УдГУ, 2008. С. 195–198.

11. *Осницкий А.К., Тарасова С.Ю.* Психофизиологические показатели школьной тревожности [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. № 2 (16).

12. *Прихожан А.М.* Психология тревожности. Дошкольный и школьный возраст. М.: Питер, 2009. 191 с.

13. Функциональные системы организма: Руководство / Под ред. К.В. Судакова. – М.: Медицина, 2006. 432 с., ил.