

*Кобзев Е.А., Петрова Е.Д. (Магнитогорск, Россия)
Магнитогорский государственный университет*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРАКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ РЕБЁНКА

В последнее время все большую актуальность теоретическую и практическую значимость в современной научной литературе приобретает синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Исследованием синдрома дефицита внимания с гиперактивностью занимались как зарубежные, так и отечественные психологи Ахутина Т. В., Пылаева Н. М., (1997), Заваденко Н.Н. (1997), Шевченко Ю.С. (2004), Крыжановский Г.Н. (1997), Бадалян Л.О. (1982), Домбровская Ю.Ф. (1972), Арцишевская И.Л. (1998), Сиротюк А. Л. (2003) и другие. Анализ литературы выявил широкую вариативность данных по распространенности СДВГ. Так, например, в США гиперактивных детей 4—20%, Великобритании — 1—3%, Италии — 3—10%, в Китае — 1—13%, Австралии — 7—10%, России — 4—18%. По данным Шевченко Ю.С. (2004) и Семаго Н.Я. (2005) СДВГ страдают около 5% детей школьного возраста, при этом наблюдается тенденция к увеличению детей с данным расстройством. Мальчиков среди них в 9 раз больше, чем девочек. Чаще всего девочки страдают особой формой синдрома дефицита внимания без гиперактивности. Синдрому дефицита внимания и гиперактивности часто сопутствуют запаздывание процессов созревания высших психических функций и, следовательно, специфические трудности обучения. У детей с СДВГ проявляются трудности планирования и организации сложных видов деятельности. Большинству из них свойственна слабая психоэмоциональная устойчивость при неудачах, низкая самооценка, упрямство, лживость, вспыльчивость, агрессивность. Кроме того, у них возникает неуверенность в себе и проблемы в коммуникациях. Подросткам с СДВГ свойственно отрицание авторитетов, незрелое и безответственное поведение, неспособность удерживать внимание на чем-либо в течение определенного отрезка времени. Фасадные проявления СДВГ с возрастом могут меняться. Если в раннем детстве отмечается незрелость двигательных и психических функций, то в подростковом возрасте проявляются нарушения адаптационных механизмов, что может стать причиной правонарушений. Известно, что у гиперактивных детей рано развивается тяга к алкоголю и наркотическим веществам. В связи с этим данная патология представляет серьезную социальную проблему. Данный синдром в процессе онтогенеза может, таким образом, фасадно измениться в девиантность или делинквентность личности (Сиротюк А. Л., 2003). Анализ возрастной динамики СДВГ показал два всплеска проявления синдрома. Первый отмечается в 5—10 лет и приходится на период подготовки к школе и начало обучения, второй — в возрасте 12—15 лет. Это обусловлено динамикой развития высшей нервной деятельности. Возраст 5,5—7 лет и 9—10 лет — критические периоды для формирования систем мозга, отвечающих за мыслительную деятельность, внимание, память. Д.А. Фарбер отмечает, что к 7 годам происходит смена

стадий интеллектуального развития, формируются условия для становления абстрактного мышления и произвольной регуляции деятельности. Заваденко Н.Н, Арцишевская И.Л. отмечают, что младший школьный возраст является критическим периодом для развития всех познавательных процессов таких как, например, произвольное внимание, память, целенаправленное поведение и другие функций высшей нервной деятельности. Протекание СДВГ оказывает негативное влияние на развитие ребёнка в этот период. Нарушения процесса устойчивости внимания, снижение объёма памяти, усиление гиперактивных и импульсивных поведенческих реакций, затрудняют процесс установления оптимальных социальных контактов, и провоцируют вспышки агрессии. Данная группа детей нуждается в своевременной психокоррекционной помощи, которая совместно со специализированной программой обучения позволяет нивелировать основные симптомы расстройства, и способствует формированию адекватного поведения во взрослом возрасте. Гиперактивность характеризуется слабым развитием тонкой моторной координации и постоянными, беспорядочными, неловкими движениями, вызванными несформированностью межполушарного взаимодействия и высоким уровнем адреналина в крови. В сложную систему организации и контроля крупных движений и мелкой моторики входят премоторные и теменные ассоциативные области коры, базальные ганглии, мозжечок, ретикулярная формация. У детей с СДВГ, которые имеют двигательную расторможенность деятельность данных мозговых структур, отвечающих за двигательный контроль в поведении, явно нарушена. Для детей с этим диагнозом характерны не просто недостаточность в координаторной сфере, но и нарушения динамического и кинестетического праксиса [3]. Отечественные учёные установили, к примеру, что уровень развития психических процессов находится в прямой зависимости от степени сформированности тонкой моторики рук. Работы В.М. Бехтерева, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурия, Н.С. Лейтеса, П.Н. Анохина доказали влияние сформированности тела на уровень развития высших психических функций и речи. Следовательно, коррекционная, развивающая и формирующая работа должна быть направлена «снизу вверх» (от движения к мышлению), а не наоборот. Сенсомоторный уровень является базальным для дальнейшего развития ВПФ. Логично было бы отдать предпочтение, особенно, в начале психокоррекционного и развивающего процесса в детском и подростковом возрасте телесно-ориентированным, двигательным методам (Сиротюк А. Л. 2003). Специалисты коррекционной педагогики и психологии развития личности считают, что актуализация и закрепление любых телесных навыков предполагают востребованность таких психических функций как: эмоции, память, восприятие, процессы саморегуляции. Известно, что в результате коррекции при помощи реципрокных двигательных упражнений поврежденная ткань, например, в вестибулярном аппарате может заменяться новой, по мере того как развиваются и миелинизируются новые нервные сети. К тому же, двигательная стимуляция мозолистого тела как мозжечка и вестибулярного ап-

парата может приводить к развитию функций сознания, в частности, у детей с СДВГ[1].

Существуют разработанные авторские программы по профилактике, психокоррекции, развитию и формированию личности детей дошкольного, младшего школьного, подросткового и юношеского возраста, имеющие те или иные признаки нарушения психического развития средствами двигательной, телесноориентированной, интегративной терапии (Шанина Г. Е., 1999; Сиротюк А. Л., 2003; Овчинникова Т. С., Потапчук А. А., 2003; Грачёва В., 2006; Кобзев Е. А., 2005; Алекаев П. В., 2006; Анашкина И. Н. 2009).

В результате коррекционно-развивающего воздействия средствами телесно-ориентированной терапии на личность младших школьников с проявлениями синдрома гиперактивного поведения И. Н. Анашкиной [2] были получены экспериментальные данные позитивной динамики количественных показателей критериев СДВГ. Для проведения экспериментального исследования была набрана группа детей младшего школьного возраста (7-8 лет) в количестве 20 человек. Дети из полных семей, среди них 19 мальчиков и 1 девочка. Все страдают синдромом дефицита внимания с гиперактивностью и состоят на учете у невролога в МУЗ «Детская городская больница №3. Первичный диагностический срез показал, что по тесту «Тулуз-Пьерона» в группе были получены следующие результаты: у 50% и 40% процентов испытуемых показатели концентрации и устойчивости внимания соответствуют слабому уровню развития. У 45% и 55% респондентов уровень концентрации и устойчивость внимания соответствует категории патологии. Только у 5% и 6% испытуемых уровень концентрации и устойчивости внимания соответствует средневозрастной норме. По методики «Запомни и расставь точки» в группе были получены следующие результаты: у большинства респондентов преобладают низкие и средние показатели объёма внимания – 45% и 35% . Остальные показатели объёма внимания в группе выражены недостаточно, на очень низкие и высокие показатели объёма внимания приходится всего 20 % и 5%. В результате применения метода экспертных оценок с участием 8 классных руководителей начальной школы, 2 психологов МОУ СОШ г. Магнитогорска № 67 и № 40 и родителей 20 испытуемых, были собраны данные, позволяющие дать следующую характеристику группе детей задействованных в экспериментальном исследовании: у 80 % и 20% испытуемых были выявлены высокие показатели дефицита внимания. Высокие и средние показатели уровня гиперактивности соответствуют 55% и 45% респондентам. У 35% и 65% респондентов были выявлены высокие и средние показатели уровня импульсивности. Данные полученные, в результате проведения методики «Графическая методика исследования личности» Е. Мира-и-Лопеса, позволяют дать следующую характеристику группы испытуемых: у большинства респондентов в группе выражены гетероагрессивные черты характера (55%), оптимальный уровень жизненного тонуса (78%), сила психомоторного тонуса (88%), состояние возбуждения (87%), экстратенсия (65%). В соответствии с результатами по

тесту «Автопортрет» можно дать следующую характеристику группы испытуемых: уровень интеллектуального развития большинства респондентов соответствует возрастной норме - 89%, импульсивность выражена у 96%, эмоциональная напряженность характерна для 87% испытуемых, потребность в общении выражена у 68%, сила психомоторного тонуса соответствует 87% испытуемых, у 53% испытуемых выявлен высокий уровень тревожности. Повторный диагностический срез с использованием теста «Тулуз - Пьерона», методики «Запомни и расставь точки», метода экспертных оценок, методики «Графическая методика исследования личности» Е. Мира-и-Лопеса, теста «Автопортрет», показал следующие изменения в результатах.

Если в начале исследования в соответствии с полученными результатами по тесту «Тулуз-Пьерона» преобладали показатели концентрации и устойчивости внимания, соответствующие слабому уровню развития (50% и 40%) и категории патологии (45% и 55%), то после повторного диагностического среза увеличились показатели среднего уровня концентрации и устойчивости внимания (28% и 23%). Был выявлен процент показателей устойчивости внимания соответствующий категории «хороший» уровень внимания (2%). Произошло изменение показателей концентрации и устойчивости внимания, соответствующие слабому уровню (37%, 30%) и уровню патологии (35%, 45%). По методу экспертных оценок были выявлены следующие изменения в результатах: в группе снизился процент высоких показателей уровня дефицита внимания до 70%, гиперактивности до 25%, импульсивности до 5%. Увеличился показатель среднего уровня дефицита внимания до 25%, гиперактивности до 55% и импульсивности до 75%. Был выявлен процент испытуемых с низкими показателями дефицита внимания – 5%, гиперактивности – 20% и импульсивности – 20%. Было отмечено улучшение координации движений в пространстве, снижение уровня реагирования на увеличение сенсорной стимуляции. Испытуемые стали менее отвлекаемы, готовы к выполнению основных правил поведения и инструкций, предъявляемых тренером. Стали терпеливо относиться к ситуациям, связанным с ожиданием своей очереди при выполнении заданий. Расчёты t - критерия Стьюдента подтвердили значимость динамики уровня гиперактивности и импульсивности в результате коррекционного воздействия, с уровнем значимости равным 1%. Результаты повторного диагностического среза, проведенного с использованием методики «Графическая методика исследования личности» Е. Мира-и-Лопеса, позволяют говорить о следующих изменениях в группе испытуемых: в группе снизился процент испытуемых с гетероагрессивными чертами характера до 35%, с низким уровнем жизненного тонуса до 16% и состоянием возбуждения до 22%. У большинства испытуемых в группе стало преобладать состояние торможения – 78%, оптимальный уровень жизненного тонуса - 84%, сила психомоторного тонуса - 80%, экстратенсия – 63%. Испытуемые стали, сдержанно относиться к нормам и правилам, предъявляемым к их деятельности и поведению со стороны тренера, учителей, родителей. У респондентов было отмечено стремление находить удовлетворение в событиях, происходящих в их жизни, они

стали более восприимчивы к эмоциональным стимулам, к поощрению их усилий и стараний. Усилилось стремление к контактам со сверстниками, к расширению сферы общения. Было выявлено преобладание торможения над возбуждением, которое позволило обеспечить организацию сложных движений, несмотря на силу психомоторного тонуса. По тесту «Автопортрет» были выявлены следующие изменения в результатах: в группе снизились показатели импульсивности до 11%, тревожности до 30% , эмоциональной напряженности до 14%, отмечено снижение показателей уровня моторного тонуса до 65%. У испытуемых стала отмечаться способность к произвольной регуляции собственной деятельности, снижение уровня реагирования на увеличение сенсорной стимуляции. Поведение респондентов приобрело целенаправленный характер. Испытуемые стали терпеливо относиться к ситуациям, связанным с ожиданием своей очереди при выполнении заданий. Было отмечено преобладание позитивных эмоциональных реакций над негативными. Была выявлена положительная динамика в оценке уровня тревожности.

Таким образом, оптимизация двигательной активности ребёнка страдающих СДВГ может стать одним из главных факторов, позволяющих снизить процент нарушений свойств внимания. В связи с этим дети, страдающие синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, нуждаются в психологической поддержки методами, оказывающими воздействие на уровень телесной организации и двигательной активности. К таким методам относится метод телесно – ориентированной терапии, коррекционное воздействие которого подтверждается результатами данного исследования.

Литература:

1. *Сиротюк А. Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение. М, 2003.*
2. *Анашкина И.Н. Психокоррекция детей младшего школьного возраста, страдающих синдромом дефицита внимания с гиперактивностью телесно-ориентированной терапии. Магнитогорск, 2009.*
3. *Хомская Е.Д. Нейропсихология. М, 1987.*