

УДК 376:159.922.76-056.34

Agnieszka Dłużniewska
dluzniewskaa@gmail.com,
Izabella Kucharczyk
izabella.kucharczyk@gmail.com,
Danuta Al-Khamisy
d.alkhamisy@gmail.com

**СОЦИАЛЬНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РЕБЕНКА С СДВГ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ
ПОТРЕБНОСТИ МНОГОГРАННОЙ СИСТЕМАТИЧЕСКОЙ
ПОДДЕРЖКИ**

Відомості про автора: Агнешка Длужневська, кандидат педагогічних наук Академії спеціальної педагогіки ім. Марії Гжегожевської у Варшаві, Польща; Ізабелла Кухарчик, кандидат педагогічних наук Академії спеціальної педагогіки ім. Марії Гжегожевської у Варшаві, Польща. Email: izabella.kucharczyk@gmail.com; Данута Аль-Хамісі, кандидат педагогічних наук Академії спеціальної педагогіки ім. Марії Гжегожевської у Варшаві, Польща. Email: d.alkhamisy@gmail.com.

Contact: Agnieszka Dłużniewska, PhD, The Maria Grzegorzewska Academy of Special Pedagogy, Warsaw, Poland; Email: dluzniewskaa@gmail.com; Izabella Kucharczyk, PhD, The Maria Grzegorzewska Academy of Special Pedagogy, Warsaw, Poland. Email: izabella.kucharczyk@gmail.com; Danuta Al-Khamisy? PhD, The Maria Grzegorzewska Academy of Special Pedagogy, Warsaw, Poland. Email: d.alkhamisy@gmail.com.

Длужневска А., Кухарчик И., Аль-Хамісі Д. Соціально-освітній аспект роботи з дітьми з СДУГ з використанням багаторівневої систематичної підтримки. Метою цієї статті є продемонструвати результати польських та іноземних досліджень щодо життя та діяльності учнів з СДУГ (синдром дефіциту уваги та гіперактивності). Автори описують труднощі, що виникають у школярів, і шляхи їх подолання. Потенціал негативних наслідків СДУГ і недоліків соціальних навичок, які тягнуться за ними, показує величезну необхідність у тому, щоб якомога раніше ідентифікувати дітей з таким синдромом і втрутитись у його розвиток.

Метою цієї статті є також привернути увагу до потреб ранньої діагностики проблем життя та діяльності соціо-емоційних дітей і дорослих з симптомами СДУГ і взяти активну участь у формуванні програм з втручання та попередження ескалації небажаної поведінки, що є результатом СДУГ.

Ключові слова: учень з СДУГ, підтримка, проблеми в школі.

Длужневская А., Кухарчик И., Аль-Хамиси Д. Социально-образовательный аспект функционирования ребенка с СДВГ с точки зрения потребности многогранной систематической поддержки. СДВГ не может рассматриваться только в качестве индивидуальной проблемы страдающих этим заболеванием. Следует помнить, что дети, подростки и взрослые с дефицитом внимания и гиперактивностью являются частью большего или меньшего общества, в которых они функционируют. Поведение людей с СДВГ дезорганизует функционирование всей семьи, а также сверстников, которые не всегда понимают и одобряют поведение своего друга или подруги. Во многих случаях это приводит к отчуждению и нежеланию со стороны группы сверстников, что, в свою очередь, приводит к снижению самооценки ученика с СДВГ и непониманию причин отчуждения. В связи с этим, данное расстройство следует рассматривать в более широком социальном аспекте.

Чтобы помочь ребенку с СДВГ сначала нужно провести тщательную диагностику семейной среды, а также диагностику самого ученика, у которого подозревается синдром дефицита внимания и гиперактивности.

Ключевые слова: студент с СДВГ, поддержка, трудности в школе.

Agnieszka Dłużniewska, Izabella Kucharczyk, Danuta Al-Khamisy. Social-educational aspect of functioning the child with ADHD from the viewpoint of necessity of multisided systemic support. The purpose of this article is to present the results of research Polish and foreign on the functioning of students with ADHD. The authors describe the difficulties in school students and ways of overcoming them. The potential of the negative consequences of ADHD and related social skills deficits, it seems extremely important to take action early identification and intervention for children.

The aim of this article is also to pay attention to the need of early diagnosis of problems in the functioning of the socio-emotional children and adolescents with ADHD symptoms and taking action system in the form of intervention programs as the prevention of the escalation of undesirable behavior resulting from ADHD.

Key words: student with ADHD, support, difficulties in school

СДВГ не может рассматриваться только в качестве индивидуальной проблемы страдающих этим заболеванием. Следует помнить, что дети, подростки и взрослые с дефицитом внимания и гиперактивностью являются частью большего или меньшего общества, в

которых они функционируют. Поведение людей с СДВГ дезорганизует функционирование всей семьи, а также сверстников, которые не всегда понимают и одобряют поведение своего друга или подруги. Во многих случаях это приводит к отчуждению и нежеланию со стороны группы сверстников, что, в свою очередь, приводит к снижению самооценки ученика с СДВГ и непониманию причин отчуждения. В связи с этим, данное расстройство следует рассматривать в более широком социальном аспекте.

Чтобы помочь ребенку с СДВГ сначала нужно провести тщательную диагностику семейной среды, а также диагностику самого ученика, у которого подозревается синдром дефицита внимания и гиперактивности.

СДВГ включено в международную классификацию болезней и расстройств. Одной из них является Руководство по диагностике и статистике психических расстройств (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*) – DSM V [1], опубликованное Американской психиатрической ассоциацией (АПА) в Соединенных Штатах Америки в 2013 году, а в Польше в 2015 году. СДВГ является одним из нарушений развития нервной системы. Диагностируя это заболевание, необходимо учитывать 5 критериев.

Критерий А относится к описанию симптомов, которые могут появиться у данного ученика. Ученик с СДВГ имеет проблемы с сосредоточением внимания (невнимательность), гиперактивностью и импульсивностью. Относительно невнимательности должно появиться по крайней мере 6 или больше из 9 поведений в течение последнего полугодия. В свою очередь, симптомы гиперактивности и импульсивности рассматриваются совокупно, и должно появиться 6 (или больше) из 9 симптомов в течение последних 6 месяцев. В классификации DSM-IV указывается, что если человек достиг возраста по крайней мере 17 лет, то симптомов невнимательности, гиперактивности и импульсивности должно появиться по меньшей мере 5.

Если у ученика проявляются симптомы невнимательности, он испытывает трудности с соответствующим уровнем концентрации, он не точен и хаотичен, не слушает, что ему говорят родители или учителя. Он не может сосредоточиться на своих действиях, хотя на них не влияют какие-либо отвлекающие факторы. Он не соблюдает и не применяет инструкции, не умеет закончить задание, переходит от одного действия к другому. Следующей проблемой является неумение организовывать собственную работу, связанную с управлением временем, планированием и систематическим выполнением поставленных задач. Такой ученик зачастую не выполняет определенных обязанностей вовремя. Кроме того, ученик, у которого подозревается СДВГ, не любит принимать участие в действиях и деятельности, которые требуют от него интеллектуального усилия в течение долгого времени, например, он будет откладывать домашнюю работу, чтение заданной литературы или

же подготовку проекта в группе. Это ученик, который может потерять рюкзак по дороге в школу или не взять учебников и тетрадей с парты или же забыть сменную обувь. Каждый внешний фактор является своеобразным дистрактором, и не имеет значения, будет ли это проезжающая машина или птица за окном, что приводит к невыполнению заданий на уроке. Это ученик, который чаще всего не помнит о своих обязанностях, как школьных, так и домашних. Ему каждый раз нужно напоминать, что он должен сделать.

С точки зрения гиперактивности и импульсивности, ученик не может вы сидеть на одном месте, он выполняет ряд жестов руками и ногами, что только повышает его уровень рассеянности. На уроках он будет крутиться, вертеться, а, смотря телевизор, принимать разные позы в кресле. Во время урока ему обязательно нужно встать, чтобы увидеть, что делает одноклассник, выглянуть в окно или выйти в коридор, зная правила и зная, что так нельзя делать. Типичной особенностью ученика с подозрением на СДВГ является то, что большинство действий он предпринимает быстро и не умеет ни тихо, ни спокойно выполнять возложенные на него задачи. Это ученик, имеющий очень большую потребность говорить, независимо от места и времени суток, при этом он прерывает других, не дожидаясь окончания вопроса. Он не умеет ждать своей очереди, тянет руку, чтобы отвечать, часто не зная ответа, что связано с физической активностью. Он не может воздержаться от вмешательства в разговор, независимо от того, кто его собеседники, будь они взрослыми или сверстниками.

Согласно критерию В вышеуказанные симптомы должны появиться до 12 лет (в соответствии с DSM-IV - до 7 лет). Критерий С относится к числу сред, в которых проявляется данное поведение. По информации АПА, их должно быть по крайней мере два или больше, напр. школа, дом, среда ровесников. Критерий D является критерием, по которому следует доказать, что симптомы невнимательности, гиперактивности и импульсивности дезорганизуют функционирование как в домашней и школьной, так и в рабочей средах. В свою очередь, критерий E обращает внимание на то, что если у данного ученика диагностируется СДВГ, то не может одновременно диагностироваться шизофрения, психотические или другие психические расстройства, такие как: тревожные расстройства, аффективные расстройства и расстройства личности.

По данным Американской психиатрической ассоциации (DSM-V), выделяются 3 формы СДВГ: сложная форма 314.01 (F90.2), форма с преобладанием невнимательности 314.00 (F90.0), а также форма с преобладанием гиперактивности и импульсивности 314.01 (F90.1). Новинкой в классификации DSM V является введение степеней тяжести. Выделено 3 степени: легкая, умеренная и тяжелая.

Целью данной статьи является обращение внимания на необходимость ранней диагностики проблем с социально-

эмоциональным функционированием детей и подростков с симптомами СДВГ и принятие системных мер в виде интервенционных программ в качестве профилактики эскалации нежелательного поведения в результате СДВГ.

Детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) характеризует неадекватный возрастному развитию уровень невнимательности и импульсивности (American Psychiatric Association, 2013). Симптомы расстройств обычно появляются рано, в возрасте до 7 года жизни. (American Psychiatric Association, 2013) и представляют собой относительно высокий показатель распространенности у детей раннего возраста [2]. Полученные данные свидетельствуют о том, что у 2% - 6% маленьких детей проявляются серьезные симптомы СДВГ и сопутствующих расстройств [3]. Компетенции этих детей в области общественных отношений и усваивания информации, необходимых для учебы в школе, значительно ниже, чем те, которыми обладают их сверстники, не имеющие такого рода проблем [1; 4]. Кроме того, маленькие дети, у которых наблюдаются симптомы СДВГ, более подвержены развитию серьезного антиобщественного поведения, в том числе поведенческих расстройств [5; 6; 7; 8], а также расстройствам развития школьных навыков [9; 10; 11; 12].

Следует подчеркнуть, что раннее выявление и последующее принятие соответствующих мер по предотвращению и минимизации последствий проблемного социально-эмоционального поведения становится серьезным вызовом для семей и специалистов, работающих с детьми и подростками с СДВГ [13].

Результаты исследований [14; 2] доказывают, что причины серьезных социально-эмоциональных проблем с функционированием у молодежи и взрослых с диагнозом СДВГ имеют глубокие корни в раннем детстве. Особенно важную роль играет семья, которая также, в случае воспитания ребенка с вышеуказанными проблемами, подвержена дисфункциональности [15; 16; 17; 18; 19; 20].

На сегодняшний день, большинство исследований, касающихся взаимосвязи дефицита социальных навыков и СДВГ, была проведена прежде всего среди детей в младшем школьном возрасте и старше, реже – среди детей дошкольного возраста и моложе. Это было обусловлено фактом, что у большинства детей, у которых в раннем детстве наблюдается импульсивность, гиперактивность и невнимательность, с возрастом, эти симптомы становятся менее выраженными. Поэтому, чтобы не пропустить эти симптомы, как симптомы СДВГ, следует принимать во внимание степень их тяжести, а не только само присутствие.

Из-за возможных негативных последствий СДВГ и связанных с ними дефицитами социальных навыков, кажется чрезвычайно важным принимать меры раннего выявления и вмешательства у детей дошкольного возраста. Фактором, который препятствует оценке

социальных навыков у детей с СДВГ в этом возрасте, является тот факт, что традиционные методы оценки, предусматривающие опрос или вопросники, в данном случае мало пригодны. Потому более предпочтительными методами оценки социально-эмоциональных навыков являются непосредственные поведенческие наблюдения, шкала оценки поведения и интервью с родителями, учителями и другими воспитателями, а затем сопоставление результатов таких наблюдений с симптомами СДВГ из списка DSM-V.

Роль детского сада в ранней диагностике симптомов СДВГ подтверждают исследования Кеннета Меррелла (Университет штата Айова) и Томаса Вулфа (Университет штата Юта) [5], проведенные на 190 детях-дошкольниках в возрасте 5-6 лет. Группа детей была тщательно отобрана в качестве представительной для всего населения на основе Preschool and Kindergarten Behavior Scales (Шкала поведения детей дошкольного возраста). Участники были разделены на две группы. Первую группу составили дети, которые получили результаты, свидетельствующие о высокой интенсивности нежелательных симптомов, вторую группу – дети с низкой интенсивностью.

Полученные результаты показывают, что дети из группы I в 5-6 раз чаще оценивались их учителями, как имеющие значительный дефицит общих социальных навыков. Результаты исследования обращают внимание на факт, что маленькие дети с СДВГ особенно подвержены неправильным отношениям в группе из-за дефицита социального поведения. Они заключаются в неспособности соблюдать правила и оправдывать важные социальные ожидания, как со стороны сверстников, так и взрослых. В детском саду такие виды социальных навыков очень важны в процессе эффективной социальной адаптации. Таким образом, дети с СДВГ, с большой вероятностью, будут иметь проблемы с налаживанием отношений со сверстниками и взрослыми уже в очень раннем возрасте.

В связи с этим, возникают важные вопросы относительно последствий для практики преподавания:

1. Маленькие дети, у которых обнаруживаются серьезные симптомы СДВГ, находятся в группе повышенного риска появления дефицита социальных навыков. Поэтому необходимо внедрить программу поведенческого вмешательства для маленьких детей с СДВГ, выходящую за рамки фармакологического лечения симптомов невнимательности, импульсивности и гиперактивности.

2. Дети дошкольного возраста должны быть включены в программы по повышению их социальных навыков. Такие программы могут и должны быть внесены в программу дошкольного образования.

Поэтому все большее внимание уделяется внедрению профилактических и интервенционных мероприятий, вовлекающих семью маленького ребенка и персонал детского сада [21; 22; 13; 23].

Одной из программ вмешательства и исследований, направленных на детей дошкольного возраста с риском дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), была, продолжающаяся в течение 24 месяцев, программа Керна и собранного им коллектива (2007) [14]. Они изучали эффекты 24-месячного вмешательства с участием 135 детей в возрасте 3-5 лет с симптомами СДВГ.

Все, принимающие участие в программе, дети были разделены на две группы, и в каждой из них использовано другой вид вмешательства:

1. PEG (Parent Education Group), т.е. Образование родителей, направленное исключительно на работу с родителями,

2. MCI (Multicomponent Intervention), т.е. Многокомпонентное вмешательство, направленное на образование родителей плюс функциональную оценку поведения ребенка дома и в детском саду.

Часть программы, направленная на работу с родителями, состояла из следующих частей: Открытие программы (цель и задачи), Введение в СДВГ, Систематическая подготовка к эффективному воспитанию (СТЕР): Понимание поведения ребенка, Самоуважение, Слушание и говорение, Обучение взаимодействию, Дисциплина, Социальное и эмоциональное развитие, а также лекции, охватывающие ниже перечисленные вопросы:

Безопасность дома, Родительская забота, Обзор вопросов, связанных со здоровьем ребенка (2 части) Подготовка ребенка к школе, Готовность к школе, Обсуждение вопроса дисциплины, Развитие языка, Когнитивное развитие. Программа закончилась подведением итогов проведения сессии СТЕР и всех остальных сессий. В случае Многокомпонентного вмешательства программа включала в себя следующие части: Открытие (цель и задачи), Введение в СДВГ, Обсуждение вопросов, связанных с поведением и наградами, Функциональная оценка поведения I (определение проблемы), Функциональная оценка поведения II (определение моделей поведения), Функциональная оценка поведения III (разработка плана), Безопасность дома, Раннее обучение чтению, Раннее обучение счету, Осознанное игнорирование, Укрепление, Коммуникация дом – школа, Решение проблем, Переход в детский сад и Закрытие программы.

Первым компонентом были учебные сессии и консультации, адресованные родителям. Они состояли из двадцати 2-часовых встреч, запланированных на 12 месяцев. Если родители не могли присутствовать на сессии, материалы доставлялись им на дом. Программа сессий включала презентацию, просмотр видеозаписей, дискуссии, моделирование и игра ролей.

Вторым компонентом было домашнее вмешательство, программа которого была разработана консультантом, во взаимодействии с семьей, индивидуально для каждого участника.

Третьим компонентом было вмешательство в детском саду (планирование дневного наблюдения, консультации по решению проблем). План вмешательства в детском саду был разработан консультантом вместе с персоналом объекта и учитывал их предпочтения и возможности его реализации. Вмешательство, направленное на детей, было сосредоточено на трех областях: проблемах с поведением, школьной готовности и безопасности. Программу окончили 36 из 135 участников – 15 участников из группы, в которой применено вмешательство, и 21 – без применения вмешательства, исключительно подготовка родителей.

Анализ результатов исследований показывает, что, как в первой, так и во второй группе, предпринятые мероприятия привели к статистически значимому улучшению функционирования детей во всех затронутых областях. Стоит также отметить, что эффекты сохранялись в течение следующего года после окончания вмешательств. Это поддерживает убеждение в том, что в отношении маленьких детей работа должна быть направлена в первую очередь на поддержку семьи. В то же время вышеуказанные цифры свидетельствуют о том, что участие в такого рода проектах является огромным усилием для семьи.

Целью исследований, проведенных среди учеников с СДВГ начальных школ (Стефани Х. МакКонахи Университет штата Вермонт; Роберт Дж. Вольпе Северо-Восточный университет; Кевин М. Аншель и Майкл Гордон SUNY - Апстейт Медикал Юниверсити; Аншель и Майкл Гордон SUNY - Апстейт Медикал Юниверсити; Эиральди Пенсильванский университет) [24], которые были частью крупной федеральной программы, оценивающей школьное и социальное функционирование учеников с СДВГ, было определение различий в обучении и социальном поведении детей с СДВГ и без от 6 до 11 года жизни. В нее включено 178 детей (125 мальчиков и 53 девочки), выбранных из общей выборки, состоящей из 445 детей.

Исследования показали значительные дисфункции с точки зрения школьных знаний и навыков (эффективность, чтение и письмо, математика) и социального поведения (снижение участия в спортивных и развлекательных мероприятиях, мероприятиях по уборке, низкая вовлеченность в участие в общественных организациях, напр. в клубах и командах, меньше друзей и скудные отношения со сверстниками и членами семьи), у детей с СДВГ.

Причины для вмешательства в функционирование детей школьного возраста с СДВГ, в соответствии с DSM-V, основаны на медицинской модели расстройства. Эта модель предусматривает эффективное медикаментозное лечение основных особенностей заболевания, что, в свою очередь, должно сгладить симптомы, касающиеся школьного и социального функционирования. В области вмешательства следует использовать программы и стратегии, которые

могут быть реализованы с участием учителей и родителей на одном из трех уровней:

уровень 1 – вся школа или класс

уровень 2 – небольшие целевые группы

уровень 3 – отдельные ученики.

Это позволит создать многослойную систему вмешательства.

Выбор уровня будет зависеть от определения объема потребностей и необходимой помощи. Некоторые дети могут требовать непосредственных указаний во время усвоения основных навыков чтения, письма, чтобы довести их успеваемость до уровня класса, другие могут нуждаться в поддержке с целью повышения эффективности и организации работы, в таких областях, как участие в программах повышения учебных навыков, взаимное репетиторство, третьи могут пользоваться программами для улучшения социального функционирования, основанных на школьных программах по повышению социальных навыков и вмешательстве в кризисных ситуациях.

Вышеописанные исследования указали также на значительную группу детей с СДВГ, которые не обнаруживают клинически значимой потери вышеупомянутых навыков, однако, в связи с диагнозом СДВГ, в их случае следует учитывать риск возникновения серьезных проблем в будущем.

Опрос старшеклассников начальных и средних школ провели Сидней С. Зенталл – Университет Пердью, Дейтра А. Кустер – Университет Брэдли, Брюс А. Крейг – Университет Пердью [25]. Основной целью исследований было наблюдение за поведением в группе и эффективностью совместной работы у учеников с и без СДВГ. Наблюдения проводились в ходе реализации общих задач, требующих решения конкретных проблем. Для исследования были выбраны небольшие группы, позволяющие проводить наблюдение не только за частотой контактов с окружением, но и с целью оценки потенциала социального контекста вмешательства с точки зрения клинического и образовательного аспекта в образовательных учреждениях. В качестве единицы анализа использовано триаду, так как в центре внимания исследователей был групповой процесс, а не отдельные ученики.

В результате исследования наблюдатели отметили многие негативные проявления социального поведения со стороны учеников с СДВГ. К их числу относятся, в частности, вербальное поведение – крики, произносимые громким и властным тоном указания; невербальное поведение – бегание по классу, ползание под столом, качание на стуле. Дополнительно, наблюдение позволило установить, что девочки с СДВГ проявляли значительно меньше отрицательного поведения по сравнению с мальчиками.

Другим результатом наблюдения было установлено, что в триадах, один из членов которых был ученик с СДВГ, ученики без СДВГ показали повышенную двигательную активность по сравнению с группами, в которых не было учеников с гиперактивностью.

Групповые мероприятия, направленные на формирование желаемых отношений в группе сверстников, в которой функционирует ученик с СДВГ, безусловно, должны заключаться в создании ситуаций, вовлекающих учеников с СДВГ в установление отношений с членами группы. Известно, однако, что само по себе обеспечение взаимодействия в группе не нормализует социального поведения ученика с СДВГ. Решение в этой ситуации сводится к внедрению многокомпонентной программы вмешательства, используемой в естественной среде, во время ежедневных мероприятий, которые, благодаря применению учителями и родителями соответствующих методов, позволит повысить уровень саморегуляции учеников с СДВГ. Вмешательство должно также включать учеников без СДВГ, которые непосредственно испытывают на себе импульсивность и гиперактивность со стороны одноклассников с СДВГ.

Л. Файффер утверждает, что подростки с СДВГ сталкиваются с проблемами, которые требуют самоконтроля, и имеют низкий уровень ответственности по сравнению со своими сверстниками без СДВГ. Большинство подростков с СДВГ не в состоянии выполнять задачи и требования, адекватные их возрасту, что приводит к прерыванию образования на уровне средней школы. И хотя разнообразие является нормой для человека с СДВГ в процессе взросления, однако, с возрастом СДВГ не проходит [26].

Исследования А. Пашкевича показывают, что, несмотря на включение учеников с СДВГ в разные формы помощи, они стали недостаточными и малоэффективными. Оказывается, что 57% наблюдаемых учеников с СДВГ отвергаются одноклассниками из-за своего поведения: досаждение другим, конфликтность, агрессия, навязывание своего мнения, импульсивность, отсутствие навыков сотрудничества, трудности с соблюдением правил, что, в частности, наблюдалось у 47%. Что интересно, 735 родителей поддерживало хорошую и постоянную связь со школой [27].

Стоит также обратить внимание на психосоциальные детерминанты функционирования ученика с СДВГ. Целью исследования Т. Эдбома, К. Мальмберга, П. Лихтейнштейна, М. Гранлунда и Й. Ларссона был поиск ответа на вопрос: может ли чувство когерентности служить фактором, модифицирующим долгосрочное развитие синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и вызванные им симптомы [28]. По мнению Антоновского, чувство когерентности является переменной, состоящей из трех коррелируемых между собой компонентов: чувство понимания, чувство уверенности в

себе и чувство смысла [29]. В результате продольных исследований, проведенных среди подростков с гиперактивностью в возрасте до 16 лет, а затем в возрасте 21 года, отмечено высокий коэффициент корреляции между результатами, полученными по данным шкалы жизненных убеждений (SOC), исследующей чувство когерентности (связанности), и заявленными симптомами СДВГ. Оказывается, что высокое чувство когерентности в период полового созревания является фактором, снижающим выраженность симптомов СДВГ.

В психосоциальном функционировании учеников с СДВГ важным элементом образовательной деятельности является адекватная социальная поддержка. Кметик-Баран и Тесьляк называют следующие виды поддержки: информационную, инструментальную, эмоциональную и оценочную, а также личные источники поддержки [30; 31]. В исследованиях, проведенных Данутой Аль-Хамис, в группе, состоящей из 13-летних учеников (VI класс начальной школы) с СДВГ (N = 80), обнаружено, что наблюдаемые с точки зрения поддержки со стороны учителей в первую очередь ощущают информационную поддержку (M = 8,9). Эмоциональная поддержка находится на уровне (M = 7,31), оценочная (M = 5,41), инструментальная (M = 5,21). Кроме того, результаты исследований показывают, что среди анализируемых источников поддержки ученики с СДВГ ощущают ее прежде всего от матери (M = 37,91), потом от отца (O = 36,52), а затем от коллег (K = 35,42) и меньше всего от учителей (N = 25,73) [32]. Ввиду постоянных поисков людей и мероприятий по поддержке учеников с СДВГ в школе, эти результаты кажутся тревожными. Учитель не представляет собой для ученика с СДВГ существенного источника поддержки в условиях школы.

В. Барановская заметила, что тревога в школе появляется у учеников с СДВГ на высоком или среднем уровне, и хотя может осложнять достижение хороших результатов в учебе, то не создает существенного препятствия для достижения лучшей успеваемости. Кроме того, неполное знание учителей о природе СДВГ приводит к сомнительному сочувствию к ученику, что в свою очередь неоднозначно прогнозирует его успеха в школе [33]. Восприятие учителем успеха такого ученика предусматривает определенный вид его поведения, что детерминирует средний уровень тревоги ученика и его низкую мотивацию к обучению. Такой уровень мотивации учеников с СДВГ к учебе становится важной переменной для восприятия учителем низкого уровня адаптации ученика к школьным нормам и, как следствие, его среднего социометрического положения.

Исследования В. Барановской показывают, что только 40% учителей в польских школах подготовлена к работе с учениками с СДВГ. По-прежнему, к сожалению, уровень компетентности учителей не является критерием для отбора учителей для обучения в классах с

учениками с СДВГ. Почти половина учителей не справляется с удовлетворением потребностей таких учеников, не умеет подобрать соответствующие стратегии. Это приводит к взаимным обвинениям родителей и учителей в неуспеваемости ученика [34].

Ч. Грин, К. Чи подчеркивают, что для работы с учеником с СДВГ нужен учитель, обладающий особыми компетенциями. Они характеризуют его так: восторженный, решительный, но и гибкий, умеющий решать конфликты без их эскалации, отзывчивый и доброжелательный. Исходя из этого авторы разработали ряд существенных указаний по работе учителя [35]. Среди них следует отметить следующие:

Организация неупорядоченного: означает соблюдение регулярности выполнения рутинных действий, определение и последовательное соблюдение как классовых, так и индивидуальных правил, развитие у ученика способностей составлять список заданий и самоконтроля в их реализации, особенно под углом порядка выполняемых задач, обучение умению делить задания на более мелкие части и управлять временем их выполнения, а также мотивировка к разговору о себе.

Привлечение внимание касается, прежде всего, стиля и стратегии обучения, используемых учителем, которые должны быть интересными, стимулирующими внимание ученика, при одновременном использовании кратких высказываний без экскурсов, придерживаемость темы, необходимость обладания способностью модулировать голос так, чтобы дифференцировать вид передаваемой информации, а также использование алгоритмов в виде простых инструкций, оставляя время для вопросов, и соблюдение правила, предусматривающего получение ответа.

Улучшение памяти предусматривает использование методов, активирующих умение учиться, в соответствии с концепцией многостороннего обучения, создание списка принципиальных понятий необходимых для усвоения с использованием мнемотехник, ассоциаций, ссылок.

В рамках методики работы с учениками с СДВГ многие авторы [36; 37] подчеркивают значение модели обучения с участием напарника. Это могут быть как ровновозрастные, так и разновозрастные взаимодополняющие и мотивирующие диады.

Интересной, но не легкой в применении в школе, массовой формой поддержки является репетиторство, основанное на очень сложных отношениях между людьми в школьной среде: между учителем и учеником. Эта программа дает ученикам возможность приобрести социально-эмоциональные навыки, необходимые для их психического здоровья и жизненной компетентности, позволяющей устроиться на работу или правильно функционировать в семье и в обществе. С другой

стороны, это связано с „открытостью” по отношению к другому человеку. Весь процесс состоит из пяти этапов: знакомство в подопечным (построение хороших отношений, диагностика), постановка целей для развития, планирование развития, реализация планов (мотивация, контроль) и оценка результатов (оценки). По словам Я. Трачиньского, гуманистические идеи этого метода способствуют тому, что, несмотря на трудности в его применении, его качество и эффективность оправдывают себя [38].

Представленный выше обзор исследований ясно указывает на необходимость изменения функционирующей образовательной модели поддержки как по отношению к ученику с СДВГ, так и его семье. Несмотря на важность проблемы СДВГ, отсутствие надлежащей диагностической традиции и регулируемой поддержки ученика и его семьи являются проблемой системы образования во многих странах. Следует прежде всего подготовить учителей к изменению отношения в интеракции учитель – ученик с СДВГ и организовать многосистемную поддержку для такого ученика и сред, в которых он функционирует, т.е. семьи и группы сверстников. Процесс оказывания поддержки ученику с СДВГ в ходе обучения и воспитания, несмотря на предпринятые законодателем попытки, по-прежнему требует капитальных изменений.

Список использованных источников

1. **Kryteria diagnostyczne z DSM-5:** red. nauk. Gałeczki P., Świącicki Ł. – Wrocław: Edra Urban & Partner, 2015. 2. **DuPaul G. J. i in.** Comparison of parent education and functional assessment' based intervention across 24 months for young children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder / G. J. Du Paul // *School Psychology Review*. 2013. – Vol. 42. - Nr 1. – S. 56-75. 3. **Lavigne J. V. i in.** The Prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds / J. V. Lavigne i in. // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2009. – Nr 38(3). – S. 315–328. 4. **Handen B. L., Valdes L.** Preschoolers with Developmental Disabilities: A Comparison of an ADHD and a NonADHD Group / B. L. Handen, L. Valdes // *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2007. – Nr 19. - S. 579–592. 5. **Merrell K. W. Wolf T. M.** The relationship of teacher-rated social skills deficits and ADHD characteristics among kindergarten-age children / K. W. Merrell, T. M. Wolf // *Psychology in the Schools*. 1998. - Vol. 35(2). S. 101- 109. 6. **Runions K. C.** Reactive aggression and peer victimization from pre-kindergarten to first grade: Accounting for hyperactivity and teacher–child conflict / K. C. Runions // *British Journal of Educational Psychology*. 2014. – Nr 84. - S. 537–555. 7. **Boyajian A. i in.** The use of classroom-based brief functional analyses with preschoolers at-risk for Attention Deficit Hyperactivity Disorder / A. Boyajian i in. // *School Psychology Review*. 2001. – Vol. 30. – Nr 2. - S. 278 – 293. 8. **Ramos R. i in.** Association of ADHD symptoms and social competence with cognitive status

in preschoolers / R. Ramos i in. // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2013. – Vol. 22(3). – S.153–164. 9. **Kalff A. C. i in.** Low- and high-level controlled processing in executive motor control tasks in 5-6-year-old children at risk of ADHD / A. C. Kalff i in. // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003. – Nr 44:7. – S. 1049–1057. 10. **Sims D. M., Lonigan Ch. J.** Inattention, hyperactivity, and emergent literacy: different facets of inattention relate uniquely to preschoolers' reading-related skills / D. M. Sims, Ch. J. Lonigan // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2013. – Nr 42(2). – S. 208-219. 11. **Ercan E. i in.** Predicting aggression in children with ADHD / E. Ercan i in. // *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*. 2014. - Vol. 8(1). – S.1-17. 12. **Miranda A. i in.** Performance-based tests versus behavioral ratings in the assessment of executive functioning in preschoolers: associations with ADHD symptoms and reading achievement / A. Miranda i in. // *Frontiers in Psychology*. 2015. – Vol. 6. – S. 1-10. 13. **Webster-Stratton C. H. i in.** Combining parent and child training for young children with ADHD / C. H. Webster-Stratton i in. // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2011. – Vol. 40(2). – S. 191–203. 14. **Kern L., DuPaul G. J.** Multisetting Assessment-Based Intervention for young children at risk for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: initial effects on academic and behavioral functioning / L. Kern, G. J. DuPaul // *School Psychology Review*. 2007. - Vol. 36. – Nr 2. – S. 237-255. 15. **Riley A. W. i in.** The Family Strain Index (FSI). Reliability, validity, and factor structure of a brief questionnaire for families of children with ADHD / A. W. Riley i in.// *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2006. – Vol. 15. [sup. I] – S. 72 – 78. 16. **Reader S. K. i in.** Assessing ADHD-related family stressors with the Disruptive Behavior Stress Inventory (DBSI): A replication and extension / S. K. Reader i in.// *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2009. – Vol. 16 (2). – S. 148-160. 17. **Lifford K. J. i in.** Parent–child hostility and child ADHD symptoms: a genetically sensitive and longitudinal analysis / K. J. Lifford i in.// *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009. – Vol. 50 (12). – S. 1468–1476. 18. **Foley M.** A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD / M. Foley // *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2011. – Vol. 16. – S. 39–49. 19. **Steinlechner S. i in.** Restless legs syndrome as a possible predictor for psychiatric disorders in parents of children with ADHD / S. Steinlechner i in. // *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*. 2011. - Vol. 261 (4). – S. 285-291. 20. **Cussen A. i in.** Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study / A. Cussen i in. // *European Journal of Pediatrics*. 2012. - Vol. 17(2). – S. 271-280. 21. **Thompson J. i in.** A small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting programme for preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder / J. Thompson i in.// *European Child & Adolescent*

Psychiatry. 2009. – Nr 18. – S. 605–616. 22. **Howe D.** ADHD and its comorbidity: an example of gene–environment interaction and its implications for child and family social work / D. Howe // *Child and Family Social Work*. 2010. - Nr 15. – S. 265–275. 23. **Chacko A. i in.** Parent-endorsed reasons for not completing homework in group-based behavioural parent training for high-risk families of youth with ADHD / A. Chacko i in. // *Behaviour Change*. 2013. - Vol. 30. – Nr 4. – S. 262–272. 24. **McConaughy S. H. i in.** Academic and social impairments of elementary school children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder / S. H. McConaughy i in. // *School Psychology Review*. 2011. - Vol. 40. - Nr 2. – S. 200–225. 25. **Zentall S.S. i in.** Social behavior in cooperative groups: students at risk for ADHD and their peers / S.S. Zentall i in. // *The Journal of Educational Research*. 2011. – Nr 104. – S. 28–41. 26. **Pfiffner L.** Wszystko o ADHD / Pfiffner L. - Poznań: Zysk i S-ka, 2004. 27. **Paszkiwicz A.** Kariera szkolna uczniów z ADHD / Paszkiwicz A. - Warszawa: Difin SA. 2012. – S. 237-238. 28. **Edboma T. i in.** High sense of coherence in adolescence is a protective factor in the longitudinal development of ADHD symptoms / T. Edboma i in. // *Scandinavian Journal of Caring Sciences. Empirical studies*. 2010. 29. **Antonovsky A.** Rozwikłanie tajemnicy zdrowia / Antonovsky A. Warszawa: Fundacja IPN. 1996. 30. **Kmieciak-Baran K.** Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne / K. Kmiecik-Baran // *Przegląd Psychologiczny*. 1995. - Nr 1/2. T 38. 31. **Cieślak R, Sęk H.** (red.) Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. 33. **Al-Khamisy D.** Student with ADHD disorder in the process of dialogue support in inclusive education. W: J. T. Karlovitz, (red.), *Some current issues in pedagogy*. International Research Institute. s.r.o. Stúrovo Slovakia, 2015. 34. **Baranowska W.** Nauczyciel „niespecjalnie – specjalny” wobec szkolnej pracy z uczniem z ADHD. W: *Kultura i Edukacja* 2010. Nr 2. S. 156. 35. **Baranowska W.** Szkolny system wspomagania rodziny w wychowaniu dziecka z ADHD- pomiędzy teorią a praktyką W: H.Cudak (red.) *Pedagogika rodziny*, 2006 nr 1, wyd. WSHE, Łódź. 36. **Green Ch, Chee K.** Zrozumieć ADHD. Wyd. Laurum Pełnia życia. Warszawa 2011. S.160-161. 37. **Wolańczyk T, Skotnicka M, Kołakowski A, Pisula A.** ADHD- zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. 2007. 38. **Herda K.** O dzieciach Indygo, czyli ADHD bez tajemnic. Wydawnictwo Pedagogiczne, ZNP, Kielce 2007. 39. **Traczyński J.** Kim jest (mógłby być...) tutor w polskiej szkole? W: *Tutoring w szkole . między teorią a praktyką zmiany edukacyjnej*. Red. M. Budzyński, P. Czekierda, J. Traczyński, Z. Zalewski, A. Zembrzuska, Wrocław 2009.

Received 27.01.2016

Reviewed 28.02.2016

Accepted 26.03.2016