



Неврологические аспекты адаптации детей в школе, пути профилактики

Чекалова С.А., д.м.н., Миронова А.И.,
ФГБОУ ВО НижГМА МЗ РФ



Нижний Новгород, 2016

Адаптация

Адаптация социальная - это постоянный процесс активного приспособления индивида к условиям социальной среды

Адаптация - механизм социализации личности, включение её в систему общественных связей и отношений, зависит от целей и ценностных ориентаций человека, возможностей их достижения в социальной среде.

Высокие показатели социальной адаптации - это умение работать, жить в условиях совместной деятельности (игровой, учебной, трудовой), в условиях новой социальной среды, новых её требований, разрешать межличностные конфликты, преодолевать трудности, не впадая в состояние фрустрации.

Наиболее важными моментами в процессе адаптации являются периоды кардинальной смены деятельности ребенка: начало посещения ДДУ, начало школьного обучения, переход в среднее звено (5-е классы), переход к профильному обучению (9-10 классы), период завершения обучения и выбора будущей профессии.





- **Адаптация к школе** - перестройка познавательной, мотивационной и эмоционально-волевой сфер ребенка при переходе к систематическому организованному школьному обучению.
- **Дезадаптация** - это нарушение приспособления личности школьника к условиям обучения в школе, которое выступает как частное явление расстройства у ребенка общей способности к психологической адаптации в связи с ~~коричневой~~ - либо патологическими факторами.



В национальном докладе о здоровье населения России отмечено, что число абсолютно здоровых детей снизилось до 10%, часто и длительно болеющие дети составляют 7075%, а 1520% детей имеют хронические заболевания.

Часто болеющие дети являются самой большой группой детей, нуждающихся в системной медикопсихолого педагогической поддержке

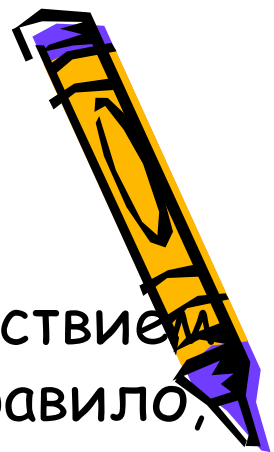


Часто болеющие дети

Повышенная заболеваемость ОРЗ у этих детей не связана с наследственными болезнями и приобретенными патологиями, а является следствием изменения иммунной защиты организма. Как правило, чаще всего острыми респираторными заболеваниями болеют дети, посещающие начальные классы школы.

ЧБД - ВОЗРАСТНОЙ ФЕНОМЕН (к 8-9 годам их количество резко сокращается. Но дети не перестают болеть, а приобретают одно или несколько хронических заболеваний и относятся уже к другой нозологической категории).

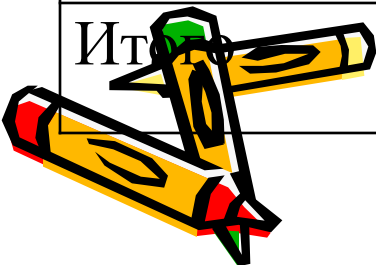
При поступлении в школу часто болеющие дети представляют собой группу риска возникновения и развития психосоматического заболевания, которое может быть рассмотрено как вариант школьной дезадаптации.



Распределение школьников по кратности заболеваний в зависимости от характера поражения нервной системы (%).



Контингент детей	ЗУ	МФО	ХЗ	Все	P
Не болеющие (индекс здоровья)	33.2	33.8	25.6	30.7	0.4
Эпизодически болеющие	57.8	50.8	57.9	57.6	0.2
Часто болеющие	9.0	15.4	16.5	11.7	0.009
Итого	100.0	100.0	100.0	100.0	



Особенности реагирования на нагрузку

У здоровых детей работоспособность сначала повышается (период «вработывания»), затем устанавливается на высоком уровне (период высокой продуктивности), после чего постепенно снижается (период утомления).

У часто болеющих детей:

--период высокой продуктивности очень короткий (или отсутствует), после небольшого периода вработывания работоспособность практически сразу начинает снижаться.

--быстрее наступает глубокое утомление, которое характеризуется более низким уровнем работоспособности, чем исходный.



Особенности ЧБД



--выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость;

--зависимость от мнения окружающих (от мнения матери);

-- нежелание участвовать в выполнении коллективных заданий при определенном интересе к происходящему на занятии;

--скованность, растерянность при личном обращении к соученику;

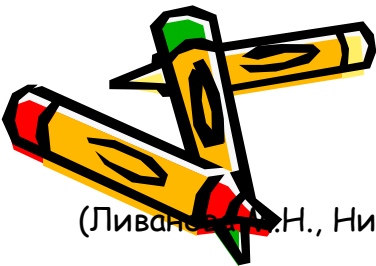
--настороженность по отношению к неизвестному, неожиданному, застенчивость;



Особенности ЧБД

Параллельно с адекватной и даже несколько завышенной осознанной самооценкой у часто болеющих детей сосуществует негативное эмоциональное самоотношение --приписывание себе отрицательных эмоций (печаль, страх, гнев, злость и чувство вины), однако бурных аффективных вспышек в этих случаях не бывает

-чрезмерная зависимость от взрослого, поиск поддержки и одобрения со стороны взрослого при выполнении задания, психологическая инфантильность, трудности в реализации способов и средств общения с окружающими



К особенностям познавательной деятельности группы часто болеющих детей можно отнести:

- 1) истощаемость психической деятельности, которая проявляется в значительном снижении показателей умственной работоспособности;
- 2) трудности переключения внимания;
- 3) снижение продуктивности воспроизведения;
- 4) снижение продуктивности внимания;
- 5) уменьшение уровней развития творческого воображения;
- 6) уменьшение объема произвольной зрительной памяти;
- 7) большую эмоциональность, выразительность речи, но меньшую самостоятельность, полноту и логическую последовательность.



Нейропсихологическая характеристика

ЧБД (Горячева Т.Г., 2013г)

Степень сформированности психической сферы у часто болеющих детей ниже, чем у их здоровых сверстников.

Однако статистически достоверно снижение отмечено только при изучении динамического и пространственного праксиса, пространственного гнозиса, объема кратковременной памяти



Возрастные особенности первоклассников

(Баранова Н.Г., 2014)

Переход из дошкольного в младший школьный возраст нередко сопровождается кризисом 7 лет (повышенная утомляемость, раздражительность, перепады настроения, изменения в характере (упрямство, непокорность), изменения в самооценке)

Нормы и правила школьной жизни порой идут вразрез с желаниями ребенка. К этим нормам нужно адаптироваться.

Дети наряду с радостью, восторгом или удивлением по поводу происходящего в школе испытывают тревогу, растерянность, напряжение.

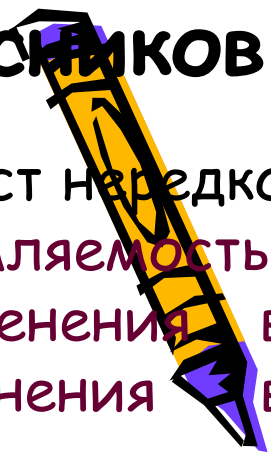
Свое новое положение ребенок не всегда осознает, но обязательно переживает его: он гордится тем, что стал взрослым, ему приятно его новое положение.

Формируется самооценка личности.

Первоклассник уже понимает, что оценка его поступков определяется прежде всего тем, как его поступки выглядят в глазах окружающих людей.

Дети возбудимы, легко отвлекаются

Особую роль в жизни школьника играет учитель, который выступает как центр его жизни.

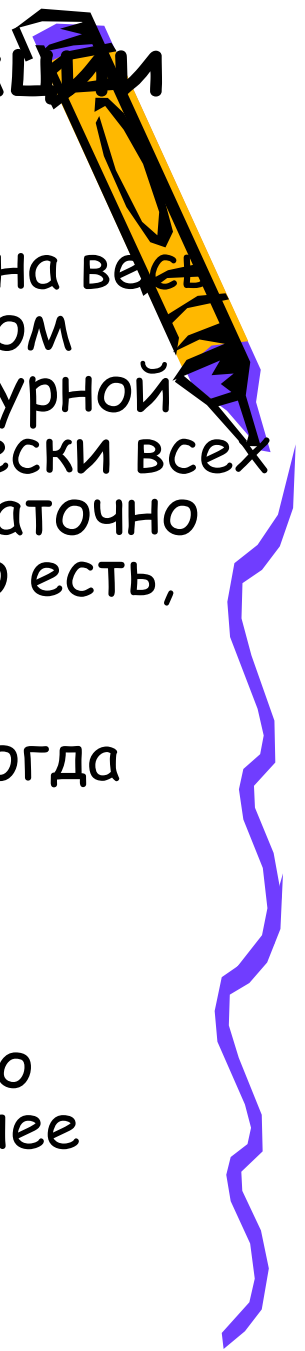


Процесс физиологической адаптации ребенка к школе

Первый этап - ориентировочный, когда в ответ на весь комплекс новых воздействий, связанных с началом систематического обучения, организм отвечает бурной реакцией и значительным напряжением практически всех систем. Эта "физиологическая буря" длится достаточно долго (две-три недели). Организм тратит все, что есть, иногда и "в долг берет".

Второй этап - неустойчивое приспособление, когда организм ищет и находит какие-то оптимальные варианты, реакции на постороннее воздействие.

Третий этап - период относительно устойчивого приспособления, когда организм находит наиболее подходящие варианты реагирования на нагрузку, требующие меньшего напряжения всех систем.





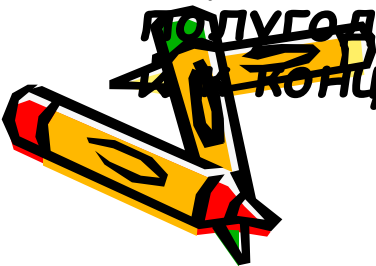
Острая фаза сопровождается разнообразными колебаниями в соматическом состоянии и психическом статусе ребёнка; длится в среднем один месяц.

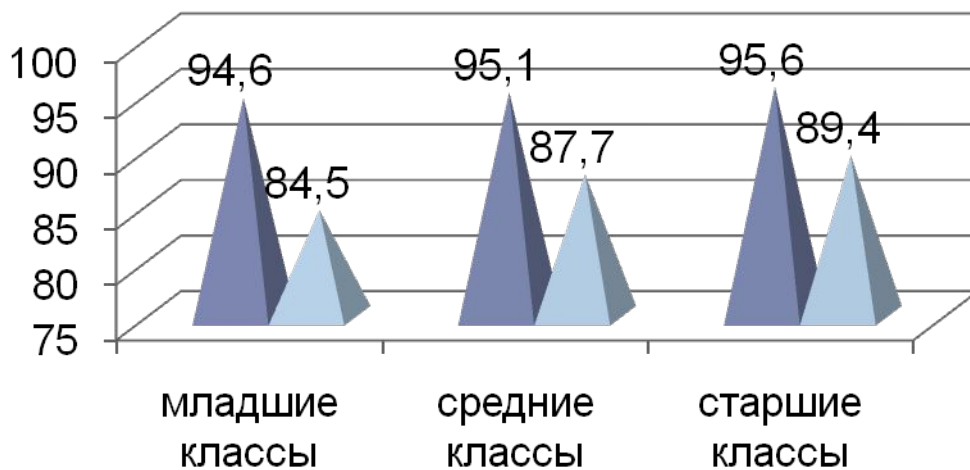
Различают три степени тяжести острой фазы:

- лёгкая адаптация - поведение нормализуется в течение 10-15 дней;
- адаптация средней тяжести - сдвиги нормализуются в течение месяца;
- тяжёлая адаптация длится от 2 до 6 месяцев.

Подострая фаза характеризуется адекватным поведением ребёнка, т.е. сдвиги уменьшаются и регистрируются лишь по отдельным параметрам, на фоне замедленного темпа развития по сравнению со средними возрастными нормами. Фаза длится 3 - 5 месяцев.

Доказано, что в течение первых двух месяцев обучения к школе адаптируется 5 - 10 % детей, 30 - 50 % первоклассников адаптируются к концу первого полугодия, 10 - 15 % учащихся не могут адаптироваться к концу первого года обучения





- доля детей с жалобами (p=0,005)
- доля детей с жалобами на НС (p=0,0002)



Среди учащихся младших классов преобладают проявления двигательной расторможенности (39,2%), навязчивых движений (38,6%), различных невротических расстройств в виде колебания настроения, страхов (45,6%), абдоминалгии (42,1%), диспепсические проявления (17,8%), нарушения стула (18%), проявления экссудативного диатеза (23,6%).

У старшеклассников преобладают головные боли различного характера (61,5%), церебрастенический синдром (67,9%), нарушения сна (30,3%), головокружения (23,1%) и обморочные состояния (6,4%), кардиалгии (31,6%), повышение АД (16,4%), абдоминалгии (47,8%), боли в пояснице (24,6%).



Параметры школьной адаптации

(Бадьина Н.П., 2004)

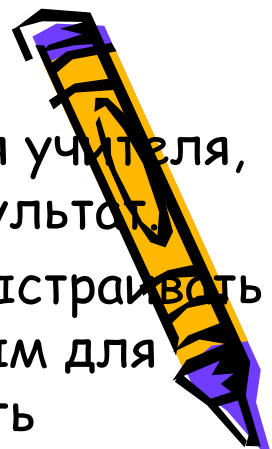
- соматический статус и функциональное состояние нервной системы;
- успешность обучения по учебным программам;
- сформированность познавательных процессов и учебной деятельности;
- эмоциональное состояние в связи с обучением в школе и личностные особенности;
- социометрический статус;
- степень психологического комфорта ребенка в семье, особенности родительского отношения и воспитательных позиций.



Социально-психологическая адаптация

1. Развитие у детей умения слушать, реагировать на действия учителя, планировать свою работу, анализировать полученный результат.
2. Развитие умения налаживать контакт с другими детьми, выстраивать отношения со взрослыми, быть общительным и интересным для окружающих - то есть умений, позволяющих устанавливать межличностные отношения со сверстниками и педагогами.
3. Формирование умения правильно оценивать свои действия и действия одноклассников, пользоваться простейшими критериями оценки и самооценки (формирование устойчивой учебной мотивации на фоне позитивных представлений ребенка о себе и низкого уровня школьной тревожности).

Важным показателем удовлетворенности ребенка пребыванием в школе выступает его эмоциональное состояние, которое тесно связано с эффективностью учебной деятельности, влияет на усвоение школьных норм поведения, на успешность социальных контактов и в конечном итоге на сформированность внутренней позиции школьника



Модель школьной адаптации

(Дорожевец Т.В., 1995)

Академическая адаптация характеризует степень соответствия поведения ребёнка нормам школьной жизни: принятие требований учителя и ритма учебной деятельности, овладение правилами поведения в классе, отношение к школе, достаточная познавательная активность на уроках и т.д.

Социальная адаптация отражает успешность вхождения ребёнка в новую социальную группу в виде принятия ребёнка одноклассниками, достаточного количества коммуникативных связей, умения решать межличностные проблемы и т.д.

Личностная адаптация характеризует уровень принятия ребёнком самого себя как представителя новой социальной общности («Я - школьник») и выражается в виде соответствующих самооценки и уровня притязаний в школьной сфере, стремления к саморазвитию и др.



Уровни адаптации первоклассников (А.

Высокий уровень адаптации ^{Л. Венгер, 2010)} характеризуется положительным отношением ребенка к школе. Он легко воспринимает учебный материал, прилежен, внимательно слушает указания и объяснения учителя, выполняет поручения без внешнего контроля, проявляет большой интерес к самостоятельной работе. Учащийся занимает в классе благоприятное статусное положение.

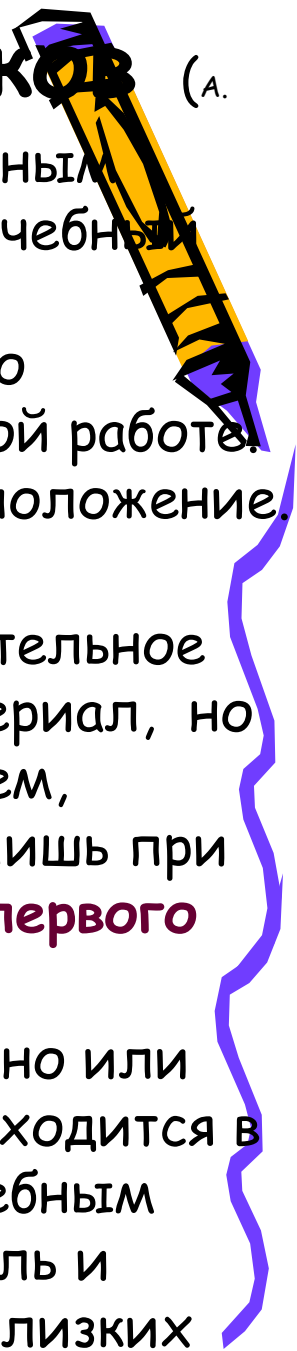
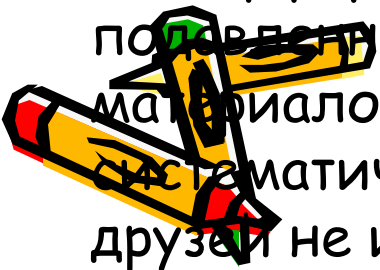
адаптация в первые два месяца

При среднем уровне адаптации также отмечается положительное отношение ребенка к школе. Он понимает учебный материал, но только при наглядном и подробном изложении учителем, сосредоточен и внимателен при выполнении заданий лишь при контроле со стороны взрослого.

адаптация в течение первого полугодия

При низком уровне адаптации первоклассник отрицательно или индифферентно относится к школе, негативен, часто находится в подавленном настроении. Самостоятельная работа с учебным материалом затруднена, требуются постоянный контроль и систематическое напоминание со стороны взрослого. Близких друзей не имеет.

адаптация в течение первого года обучения



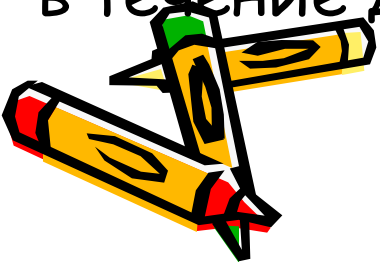


Адаптация к учебной деятельности и новому социальному окружению у большинства часто болеющих детей происходит достаточно успешно.

Овладение учебными программами, соответствующими возрасту, развитие познавательных процессов и компонентов учебной деятельности у часто и эпизодически болеющих детей не имеют существенных различий.

Такие компоненты учебной деятельности, как действия контроля и оценки у них развиты достоверно лучше, чем у здоровых сверстников.

Социометрический статус большинства детей данной категории невысок, но стабилен; их дружеские связи с одним-двумя одноклассниками сохраняются в течение долгого времени.



Школьная дезадаптация – это образование неадекватных механизмов приспособления к школе в форме нарушения учёбы и поведения, конфликтных отношений, психогенных заболеваний и реакций, повышенного уровня тревожности, искажений в личностном развитии.



Деадаптация. Предпосылки.

Природно-биологические -

соматическая ослабленность ребёнка;
нарушение формирования отдельных анализаторов и органов чувств (неотягощённые формы сурдо- и прочих патологий);
нейродинамические расстройства, связанные с психомоторной заторможенностью, эмоциональной неустойчивостью (гипердинамический синдром, двигательная расторможенность);
функциональные дефекты периферийных органов речи, ведущие к нарушению развития школьных навыков, необходимых для овладения устной и письменной речью;
лёгкие когнитивные расстройства (минимальные мозговые дисфункции, астенические и церебастенические синдромы).

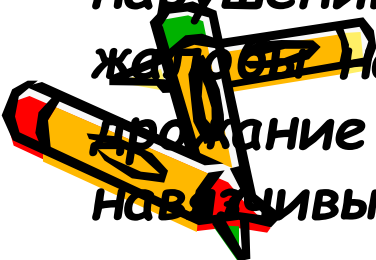
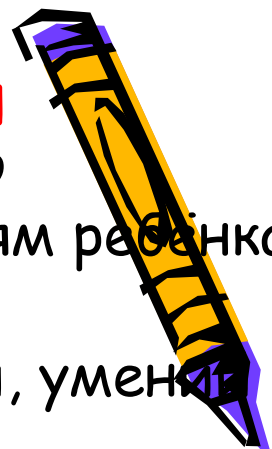
Социально-психологические -

социально-семейная педагогическая запущенность ребёнка,
неполноценное развитие на предыдущих этапах развития, сопровождаемые нарушениями формирования отдельных психических функций и познавательных процессов, недостатками подготовки ребёнка к школе;
психическая депривация (сенсорная, социальная, материнская и др.);
личностные качества ребёнка, сформированные до школы: эгоцентризм, аутичноподобное развитие, агрессивные тенденции и др.;
неадекватные стратегии педагогического взаимодействия и обучения.



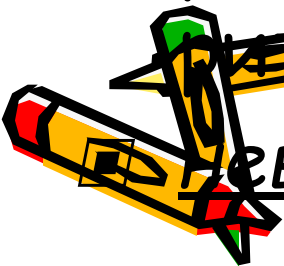
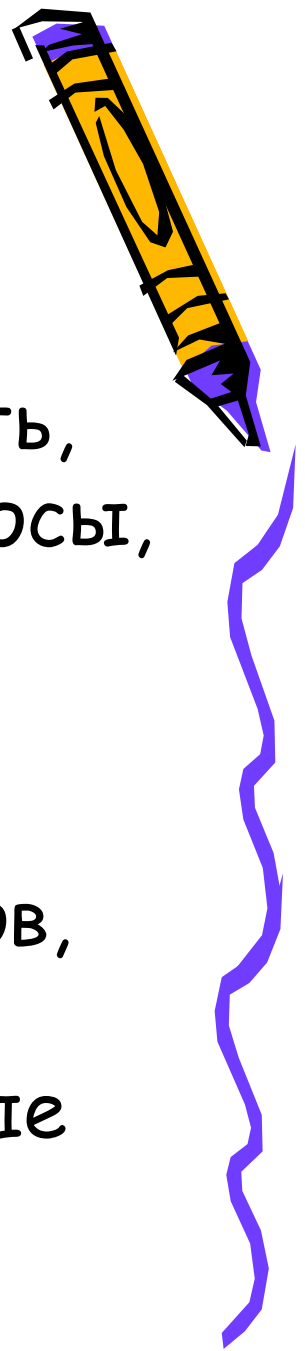
Компоненты школьной дезадаптации

- ◎ Когнитивный компонент - неуспешность обучения по программе, соответствующей возрасту и способностям ребенка (хроническая неуспеваемость, второгодничество, и качественные признаки типа недостаточности знаний, умений и навыков).
- ◎ Эмоциональный компонент - нарушение отношения к обучению, учителям, жизненной перспективе, связанной с учёбой.
- ◎ Поведенческий компонент - повторяющиеся трудно корригируемые нарушения поведения: патохарактерологические реакции, пренебрежение правилами школьной жизни, школьный вандализм, девиантное поведение.
- ◎ Психоневрологический компонент в виде **синдрома дефицита внимания и гиперактивности, тиков, астенических нарушений, нарушений аппетита, сна, речи (заикание), жевания на головные боли и боли в животе, гримасничанье, дрожание пальцев рук, обгрызание ногтей и другие навязчивые движения и действия, энурез.**



Среди клинических проявлений чаще других встречаются следующие:

- астеновегетативный синдром - нарушение сна, аппетита, капризность, раздражительность, запоры или поносы, иногда нарушение терморегуляции;
- синдром навязчивости - отмечаются элементарные двигательные навязчивости в виде сосания кулачков, тряпочек, белья, реже морганий и разнообразных раскачиваний, простые ритуальные действия;
- неврозоподобное состояние



Среди клинических проявлений школьной дезадаптации чаще других встречаются следующие:

- истерикоформные проявления - крики, визжание, бурные рыдания с падением на пол и т. п. как способ достижения желаемого;
- страхи - возникают после падений, неожиданных и громких звуков, появления незнакомых людей и животных, окатывания водой, устрашающих рассказов, угроз, скандалов, запугиваний;
- ночные страхи - возникают в виде приступов ночью, чаще в просоночном состоянии, когда аффект страха сопровождается двигательным возбуждением по типу оборонительных движений, гипнагогическими галлюцинациями, являющимися продолжением сновидений;

СДВГ





СДВГ – самая распространенная причина нарушения поведения и трудностей обучения в младшем школьном возрасте¹



Чистые формы СДВГ (simplex)
-- Сочетанные (комбинированные) формы СДВГ (complex): сопровождаются дополнительными нарушениями:

- * Обучения (дислексия, дискалькулия, дисграфия и т.д.)
- * Моторики (нарушения моторного умения - диспраксия)
- * Общения (коммуникативные): нарушения речи, фонации, логоневрозы и т.д.)

+ Различные коморбидные состояния (тики, нарушения сна, головные боли, энурез, синдром раздраженного кишечника и др.)

¹ Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей: диагностика и лечение. // Педиатрия. №1, 2006, с.51-56.

² Н.Н.Заваденко. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: диагностика, патогенез, принципы лечения, «Вопросы практической педиатрии» »» 2012, т. 7, №1, с.54-62



Синдром дефицита внимания и гиперактивности



«КОГНИТИВНАЯ ИМПУЛЬСИВНОСТЬ»

с признаками дезорганизованного и ускоренного, временами теряющего свою связность мышления, быстрой, сбивчивой «речи захлеб».

«Когнитивная импульсивность» достаточно устойчиво связывается в последующем с проблемами успеваемости и академической успешности

«ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ИМПУЛЬСИВНОСТЬ»

с преимущественно психомоторными проявлениями импульсивности («ерзает», «вскакивает», «непрестанно двигает руками и ногами»).

ГИПЕРАКТИВНОСТЬ

- совершает суетливые движения руками и ногами;
- часто вскакивает со своего места;
- гиперподвижен в ситуациях, когда гиперподвижность неприемлема;
- не может играть в "тихие" игры;
- всегда находится в движении;
- очень много говорит.

ДЕФИЦИТ ВНИМАНИЯ

- не обращает внимания на детали и допускает ошибки в работе;
- с трудом поддерживает внимание в работе и игре;
- не слушает то, что ему говорят;
- не в состоянии следовать инструкциям;
- не может организовать игру или деятельность;
- имеет сложности в выполнении заданий, требующих длительной концентрации внимания;
- часто и легко отвлекается; бывает забывчив.



Наиболее важные аспекты психологической поддержки ЧБД



- профилактика переутомления;
 - стабилизация эмоционального состояния, снижение тревожности;
 - коррекция неблагоприятных особенностей самосознания, формирование адекватного отношения к самому себе и своей болезни, коррекция самооценки;
 - осознание, принятие школьных правил; формирование «внутренней позиции школьника» у первоклассников;
 - развитие навыков взаимодействия в группе детей;
 - развитие навыков взаимодействия с родителями (обучение пониманию родителей; преодоление симбиотических отношений с матерью и др.);
 - содействие родителям в осознании мотивов своего отношения к ребенку, собственных внутренних конфликтов и личностных качеств, формирование у родителей конструктивных форм взаимодействия с детьми.
- создание здоровьесберегающей среды для ребенка.



Направления профилактической работы

- 1) неспецифическая профилактика дезадаптации, осуществляемая педагогическими работниками;
- 2) специфическая коррекционнопрофилактическая работа, направленная на преодоление психологически проблем часто болеющих детей и их родителей, осуществляемая психологом;
- 3) диагностика особенностей адаптации часто болеющих детей и эффективности проводимой коррекционнопрофилактической работы.



Препараты седативного, ноотропного действия



- Производные пирролидона (рацетамы) - Пирацетам, анирацетам, прамирацетам и др.
- ГАМК-ергические препараты - пантокальцин (Суточная доза: для взрослых 1,5-3 г, для детей 0,75-2 г), пикамилон, фенибут
- Нейропептиды и их аналоги - Кортексин (детям с массой тела до 20 кг — в дозе 0,5 мг/кг, с массой тела более 20 кг — в дозе 10 мг в течение 10 дней)
- Антиоксиданты и мембранопротекторы - энцефабол (10мг\кг)

Препараты седативного действия

(седативные травы, ноофен)



Транквилоноотропы НООФЕН

КАПСУЛЫ 250 МГ N20

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ

Нейромедиаторный
(специфическое действие)

Нейрометаболический
(антигипоксическое действие)

- Отсутствуют побочные эффекты, свойственные транквилизаторам и ноотропам
- Оказывает быстрый «мягкий» ноотропный эффект
- Проявляет умеренный транквилизирующий эффект
- Сочетается с любыми лекарственными препаратами

Транквилоноотроп



- УМЕНЬШАЕТ** проявления астении и вазовегетативные симптомы
- УСТРАНЯЕТ** психоэмоциональную напряженность, тревогу, страх и улучшает сон
- УЛУЧШАЕТ** психологические показатели (внимание, память, скорость и точность сенсорно-моторных реакций)
- ПОВЫШАЕТ** умственную и физическую работоспособность, инициативу и мотивацию к активной деятельности

ВОССТАНАВЛИВАЕТ РАВНОВЕСИЕ МЕЖДУ ПРОЦЕССАМИ ТОРМОЖЕНИЯ И ВОЗБУЖДЕНИЯ



КОРТЕКСИН

- Перинатальные повреждения головного мозга различного генеза
- ЧМТ, острый период и её последствия
- Различные формы ДЦП
- Острые и хронические энцефалиты и энцефаломиелиты, их последствия
- Двигательные неврозы (тики)
- Эпилепсия
- Энцефалопатии любого генеза
- **Синдром вегето-висцеральных расстройств у детей и подростков**
- **Когнитивные нарушения (нарушение памяти, мышления)**
- Задержка психомоторного и речевого развития
- Мигрень
- **Астенические состояния**
- **Снижение способности к обучению**
- Гидроцефалический синдром



Фармакологическое действие

1. Ноотропное
2. Нейропротекторное
3. Антиоксидантное
4. Тканеспецифическое

Противопоказания:

Индивидуальная непереносимость препарата.

Спасибо за внимание

