

На правах рукописи

УДК 616-008.6

Абшилава Екатерина Феликсовна

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ
С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ
В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА**

19.00.04 – медицинская психология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург – 2019

Работа выполнена на кафедре теоретической и прикладной психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой клинической психологии и педагогики Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Набойченко Евгения Сергеевна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Гречаний Северин Вячеславович

кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры общей и клинической психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский Университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Бизюк Александр Павлович

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится 28 мая 2019 года в 15 часов на заседании Совета Д 999.072.02 по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук, созданного на базе Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербургского научно-исследовательского института физической культуры, по адресу: 192007, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки д.48, корп.3, ауд. 50.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, 48, корп. 5 и на сайте http://disser.herzen.spb.ru/Preview/Karta/karta_000000539.html

Автореферат разослан «__» апреля 2019 года

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат педагогических наук

Виктория Леонидовна Бочковская

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. В последнее время проявляется тенденция катастрофически растущего количества гиперактивных детей. Ежегодно эта цифра увеличивается в геометрической прогрессии, проявляющаяся в поведенческих особенностях: непроизвольность, невнимательность, отвлекаемость и др. По данным Н.Н.Заваденко (2010), в России таких детей до 19 %, в США – до 20 %, Великобритании, Италии небольшой процент – до 10 %, В Китае – до 13 %. Мальчиков в 9 раз больше, чем девочек. Данные тенденции, по мнению многих ученых, вызваны интенсивностью процесса обучения, перегрузкой информацией, распространением асоциальных тенденций в обществе, усилением внутрисемейной напряженности и конфликтности. В связи с этим нарастают нервно-психические отклонения и нарушения поведения у детей (Г.Г. Буторин, Л.А., Н.В.Калинина, 2016; А.А.Васильева, 2013; Ч. Венар, П.Кериг, 2004; О.А. Власова, 2012; Е.Г.Гришина, 2000; М.Е. Пермьякова, 2012; А.Г. Платонова, 1996; Д.Н.Подоплёкин, 2003; Е.А. Порошина, 2011; Е.В. Фесенко, 2009 и др.). В течение многих лет психологи и врачи пробовали отыскать современные способы диагностики и коррекции поведения таких детей, однако, проблема вызывает сложность медико-психологического взаимодействия с гиперактивными детьми. Значимую роль в современном социуме приобретает проблема медико-психологического сопровождения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), а именно разработки комплексной технологии медико-психологической помощи детям, страдающим данным расстройством и их родителям.

Важно акцентировать внимание на том, что дефицит внимания и гиперактивность отрицательно воздействуют на внутрисемейные взаимоотношения, обучение, поведенческую сферу, коммуникации с окружающими людьми. Все перечисленные факторы чаще всего являются основанием проявления школьной дезадаптации. Недостаточное внимание к таким детям со стороны педагогов могут иметь тяжелые последствия для ребенка и его семьи. Нейрофизиологи говорят о том, что проблема выражается не в дефиците внимания, а в дезорганизации и неумении управлять собственным поведением. В связи с этим, возникает необходимость в осуществлении практического медико-психологического сопровождения детей с СДВГ.

Степень научной разработанности проблемы. Медицинской и психологической наукой накоплен большой опыт организации и проведения профилактических мероприятий в работе с детьми с СДВГ (О.А. Власова, 2012; В.В. Викторова, 2010; И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова, 2002; А.В. Семенович, 2007; А.В. Грибанов, 2004; Кучма В.Р., Платонова А.Г., Баль Л.В. и др., 1996; А.Г. Платонова, 1996; Д.Н. Подоплёкин, 2003; В.М.Чимаров, Е.В.Левитина, О.Р.Ноговицкая, 2005 и др.). Данными исследователями

излагались различные подходы к диагностике и коррекции поведения таких детей.

Между тем, в исследованиях, посвященных проблемам коррекции нервно-психических отклонений и нарушений поведения у детей, отсутствует единое понимание понятия «медико-психологическое сопровождение», направленное на снижение проявлений признаков СДВГ (М.М. Безруких, Е.С. Логинова, 2008; А.А. Васильева, 2010, 2013; О.В. Гончарова, Г.Д. Тарасова, 2008; Ю.П. Кошелева, 2012; Д.А. Кошельков, 2009; М.Ю. Никанорова, 2000 и др.).

Не определены содержание, цели и методы медико-психологического сопровождения для коррекции нервно-психических отклонений и нарушений поведения у гиперактивных детей. Не обоснованы психологические условия, обеспечивающие эффективность медико-психологического сопровождения.

На современном этапе изучения данной тематики можно выделить ряд актуальных проблем, связанных с необходимостью разработки медико-психологического сопровождения детей младшего школьного возраста с СДВГ:

- несформированное информационное пространство о специфике проявления СДВГ у детей;
- отсутствие комплексных мероприятий, направленных на уменьшение проявлений (ранняя помощь таким детям и их семьям);
- практически отсутствуют развивающие системно-интегративные научные подходы к данной проблеме;
- детям с СДВГ не уделяется соответствующего внимания и осознания проблемы со стороны учителей, психологов тех образовательных учреждений, в которых они обучаются.

Таким образом, **актуальность** настоящего исследования определяется наличием противоречий:

- между реальным присутствием обучающихся с СДВГ в образовательных учреждениях и отсутствием целостной системы работы по медико-психологическому сопровождению детей, которое позволило бы интегрировать их в общий поток детей образовательного учреждения, адаптировать и социализировать этих детей без риска нарушения общего уровня здоровья;
- между потребностью специалистов в информировании о специфических проявлениях у детей признаков дефицита внимания и отсутствием четко разработанных методических рекомендаций по работе с таими детьми;
- между потребностью педагогов, психологов в методах раннего выявления детей с СДВГ и отсутствии валидного и надежного диагностического материала.

Показанные противоречия позволили нам сформулировать главную задачу исследования, которая состоит в обосновании и разработке содержания технологии медико-психологического сопровождения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Все вышеизложенное определило выбор направления данного исследования.

Гипотеза исследования состоит в предположении о том, что научно обоснованная технология медико-психологического сопровождения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в условиях реабилитационного центра позволит обеспечить улучшение показателей их здоровья, если будет:

- обоснована система специально организованных психологических условий взаимодействия в триаде «медицинский психолог – ребенок с СДВГ – родители»: принятие медицинским психологом здоровьеориентированного подхода к участникам реабилитационного процесса по привитию здорового образа жизни, изменению стратегии их деятельности с ориентацией на ценностно-социальный подход к здоровью;

- разработаны мероприятия, снижающие признаки синдрома и обеспечивающие повышение эффективности взаимодействия в системе «медицинский психолог – дети с СДВГ – родители»;

- создана и внедрена логично-структурированная обучающая программа, целью которой является совершенствование процесса медико-психологического сопровождения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Объект исследования: процесс реабилитации детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Предмет исследования: технология медико-психологического сопровождения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в условиях реабилитационного центра.

Цель исследования: разработка, теоретическое обоснование и апробация технологии и программы медико-психологического сопровождения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в условиях реабилитационного центра.

Задачи исследования:

1. Изучить современные аспекты, а также суть и причины проблематики детей с СДВГ в центрах медико-психолого-педагогической реабилитации и коррекции.

2. Обосновать диагностическую методику, направленную на диагностику детей младшего школьного возраста с СДВГ и определить психологические условия, необходимые для минимизации проявления признаков этого синдрома.

3. Разработать технологию медико-психологического сопровождения индивидуального здоровьеориентированного маршрута для детей младшего школьного возраста с СДВГ, разработать рекомендации по оптимизации процесса их социально-психологической адаптации и экспериментально проверить их эффективность.

Теоретико-методологическую основу исследования составили:

– теория генеза и детерминации проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности (Н.Н. Заваденко, L.R.Bergman, P.M. Bentler, W.G. Iacono, M.McGue и др.);

– принципы психологической коррекции и реабилитации (Н. Вайзман, М.М. Кабанов, И.И. Мамайчук, М.М. Семаго, М.Н. Фишман, Л.С. Цветкова);

– комплекс идей и научных положений, обусловленных концепцией развития потенциала здоровья детей (И.А. Аршавский, Л.С. Выготский, И.И. Брехман, В.В. Колбанов, А.Г. Щедрина и др.);

– вопросы теории и практики медико-психологического сопровождения индивидуального развития детей (Г. Бардиер, И. Ромозан, Н.П. Коваленко, Е.С. Набойченко, Т. Чередникова, Л.Т. Шурова, и др.);

– теория и практика работы с детьми с СДВГ (Р.Ф. Баркли, Г.Г. Буторин, А.А. Васильева, Ч. Венар, О.А. Власова, Е.Г. Гришина, Н.Н. Заваденко, П.Кериг, Ю.Д. Кропотов, М.Е. Пермьякова, А.Г. Платонова, Д.Н. Подоплёкин, Е.А. Порошина, А.Л. Сиротюк, Е.В. Фесенко, Л.А. Ясюкова и др.)

Методы исследования: теоретический анализ литературы по изучаемой проблеме; медико-психологическая экспертиза, психодиагностические методы: анализ продуктов деятельности, наблюдение, опрос, анкетирование, анализ документов; статистические методы (критерии значимости различий критерий Колмогорова-Смирнова, критерий г-Спирмена, критерий Т-Вилкоксона). Математическая обработка осуществлялась с помощью программы «Statistica 10.0».

Для выявления проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей был подобран психодиагностический инструментарий:

- методика выявления уровня СДВГ и гиперактивности,

- методика «Тест Тулуз-Пьерона» под редакцией Л.А.Ясюковой,

- шкала оценки симптомов поведенческих расстройств у детей с СДВГ NICHQ Vanderbilt,

- методика «Прогрессивные матрицы Дж.Равена» под редакцией Л.А.Ясюковой,

- методика «Гештальт – тест Бендер» под ред. Л.А. Ясюковой,

- методика исследования мотивации учения М.Р. Гинзбург, под редакцией И.Ю. Пахомовой и Р.В. Овчаровой.

Информационной базой исследования послужили законодательные и нормативные документы Министерства здравоохранения Российской Федерации, указания и директивы Министра здравоохранения Российской Федерации, регламентирующие деятельность в сфере медицинской психологии, материалы научных журналов и периодической печати, электронные научные издания, материалы научных семинаров и конференций, посвященные проблемам медико-психологического сопровождения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

По результатам исследования назащиту выносятся следующие **научные положения**:

1. Диагностическая методика, которая позволяет выявить не только уровень СДВГ (высокий, средний и низкий), но и разные проявления гиперактивности у детей младшего школьного возраста.

2. Психологические условия, необходимые для минимизации проявления признаков синдрома СДВГ у детей младшего школьного возраста. К ним относятся: принятие медицинскими психологами здоровьесориентированного подхода к участникам реабилитационного процесса по привитию здорового образа жизни, изменению стратегии их деятельности с ориентацией на ценностно-социальный подход к здоровью.

3. Технология медико-психологического сопровождения индивидуального здоровьесориентированного маршрута для детей с СДВГ.

Научная новизна исследования. Разработана, апробирована и проверена на валидность и надежность диагностическая методика, позволяющая выявить уровень СДВГ и проявления гиперактивности ребенка младшего школьного возраста.

Обосновано понятие «медико-психологическое сопровождение», направленное на снижение проявлений признаков СДВГ.

Выявлены психологические условия, обеспечивающие эффективность медико-психологического сопровождения.

Обоснован отбор технологий сопровождения детей с СДВГ на основе медико-биологических критериев (показатели важнейших систем жизнеобеспечения);

Разработана, теоретически обоснована и апробирована технология медико-психологического сопровождения индивидуального здоровьесориентированного маршрута, учитывающая принципы, критерии, психологические условия организации взаимодействия в системе «медицинский психолог – дети с СДВГ – родители» и прогнозируемый результат.

Отличие результатов, полученных лично автором от результатов, полученных другими исследователями, состоит в основных подходах к исследованию изучаемой проблемы. В ранее проведенных исследованиях по коррекции нервно-психических отклонений и нарушений поведения у детей младшего школьного возраста отражены отдельные стороны данной проблемы (В.В. Викторова, 2010; О.А. Власова, 2012; А.Г. Платонова, 1996; Д.Н. Подоплёкин, 2003; Е.В. Фесенко, 2009 и др.). Эти исследования не охватывают процесс медико-психологического сопровождения детей младшего школьного возраста с СДВГ в его сущностном измерении, направленном на принятие медицинскими психологами здоровьесориентированного подхода к участникам реабилитационного процесса по привитию здорового образа жизни.

В ходе исследования была впервые научно обоснована и разработана технология медико-психологического сопровождения детей младшего

школьного возраста с СДВГ со здоровьесориентированной стратегией деятельности психологов.

Теоретическая значимость исследования состоит в развитии следующих научных направлений:

– теория генеза и детерминации проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей – расширено представление об особенностях проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей младшего школьного возраста;

– теория и практика работы с детьми с СДВГ – разработана технология медико-психологического сопровождения детей младшего школьного возраста с СДВГ; обоснован метод медицинской кинезиологии;

– теория психологической коррекции и реабилитации – обоснованы психологические условия, необходимые для минимизации проявления признаков синдрома СДВГ у детей младшего школьного возраста; разработана, апробирована и проверена на валидность и надежность диагностическая методика, позволяющая выявить уровень СДВГ и проявления гиперактивности ребенка младшего школьного возраста.

Практическая значимость исследования состоит в том, что:

- в практическую деятельность специального профилактического учреждения (центр реабилитации и коррекции) внедрена технология медико-психологического сопровождения детей с СДВГ;

- разработана и апробирована обучающая программа «Будь внимателен!», реализация которой позволяет создавать условия для решения вопросов, касающихся медико-психологических проблем детей с СДВГ и обуславливающая их готовность к актуальному выполнению деятельности по сохранению, формированию и укреплению своего здоровья;

- разработаны рекомендации для родителей и педагогов по обеспечению жизнедеятельности детей с СДВГ.

Основные положения и выводы могут быть использованы в качестве теоретического и практического материала для курсов повышения квалификации в учреждениях постдипломного образования, ресурсных центров. Разработанные маршруты индивидуального медико-психологического сопровождения, рекомендации также могут быть использованы педагогами в практической деятельности любого образовательного учреждения.

Достоверность результатов и выводов исследования обеспечивается: непротиворечивостью исходных методологических оснований; междисциплинарным характером изучаемых проблем; сочетанием научно-теоретического и практического подходов к решению задач исследования; подтверждением основных практических положений исследования, обоснованных в процессе эксперимента и его проверки; возможностью их верификации в другие структуры; апробацией их в процессе медико-психологической реабилитации детей с СДВГ; полнотой анализа полученных данных, их аналитической оценкой применительно к каждой новой группе детей, индивидуально к каждому ребенку.

Апробация и внедрение результатов диссертационного исследования.

Основные научные и практические результаты диссертации неоднократно обсуждались и получили одобрение на Всероссийских научно-практических конференциях.

Результаты проведенного исследования нашли отражение в учебно-методических пособиях, методических разработках, научных статьях, сборниках научных работ по проблемам проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей младшего школьного возраста.

Технология медико-психологического сопровождения детей младшего школьного возраста с СДВГ была апробирована и внедрена в Государственном автономном учреждении здравоохранения Свердловской области «Многопрофильный клинический медицинский центр “Бонум”», г.Екатеринбург.

Структура и объем работы. Диссертация изложена на 231 листе компьютерного текста, состоит из введения, трех глав, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и четырех приложений. Работа содержит 7 рисунков и 21 таблицу. Список литературы включает 188 литературных источников, из них 8 на иностранном языке.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обосновывается актуальность выбранной темы, обозначается объект и предмет, излагается теоретико-методологическая база исследования, формулируются гипотезы, цель и задачи исследования; обсуждается научная новизна, теоретическое и практическое значение исследования; приводятся положения, выносимые на защиту.

В первой главе **«Медико-психологические предпосылки сопровождения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности»** дается характеристика синдрому дефицита внимания и гиперактивности в общей систематике нарушений психического развития у детей; представлена этиология, патогенез и клинические проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности в младшем школьном возрасте; описывается процесс моделирования медико-психологического сопровождения детей с СДВГ в условиях реабилитационного центра.

В настоящее время в современном обществе стали часто встречаться дети с диагнозом «синдром дефицита внимания и гиперактивности» (СДВГ). Их лечением занимаются разные специалисты. Важно отметить, что применение разных методов к лечению таких детей выражаются в неопределенности восприятия данного синдрома, что вызывает трудность для специалиста в определении, что доминирует в этом заболевании – соматические или психологические составляющие. На сегодняшний день данная проблема у ребенка не способствует в полной мере ее решить. На наш взгляд, здесь

заложена не только чисто медицинская проблема, но и еще медико-социальная проблема.

Установлено, что феномен «синдрома дефицита внимания и гиперактивности» у детей привлекает разных специалистов и рассматривается с разных позиций, теорий, подходов, концепций. Сегодня эта проблематика, безусловно, актуальна и набирает научные обороты. Это связано, прежде всего, с тем, что ежегодно увеличивается количество детей с СДВГ.

Современное начальное школьное образование претерпевает модернизацию: появляются новые федеральные государственные образовательные стандарты, учебные планы, рабочие программы, и вместе с тем возрастают требования к обучающимся. К сожалению, не все дети справляются с физической, психологической и информационной нагрузкой. Этот возраст совпадает с нормативным возрастным кризисом. Встает актуальный вопрос, касающийся рассмотрения создания медико-психологического сопровождения детей с СДВГ, а также методических разработок технологий. Многие ученые акцентируют внимание на когнитивной сфере ребенка, другие же исследователи – на индивидуально-личностных особенностях у детей.

Установлено, что признаки расстройства наиболее выражены в младшем школьном возрасте. Пик проявления синдрома приходится на период подготовки и начало обучения в школе.

Анализ и обобщение представлений сформированных в научных исследованиях даёт нам основание утверждать, что синдром дефицита внимания с гиперактивностью является самой частой причиной нарушений поведения и трудностей обучения в младшем школьном возрасте.

Целостные представления об этиологии, патогенезе и клинических проявлениях синдрома дефицита внимания и гиперактивности в младшем школьном возрасте легло в основу разработки и теоретического обоснования технологии медико-психологического сопровождения детей с СДВГ.

В школьном обучении сформировались противоречия между возрастающими потребностями практико-ориентированных технологий обучения и воспитания детей и недостаточно разработанными учебно-методическими документами. Поэтому важно разрабатывать теоретико-методологические концепции, моделирующие процесс обучения.

Анализ литературы вскрыл причины синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей младшего школьного возраста. Они обусловлены интенсивностью процесса обучения, распространением асоциальных тенденций в обществе, усилением внутрисемейной напряженности и конфликтности. Основными критериями гиперактивности у детей являются: *недостаток активного внимания*, когда ребенку сложно сконцентрироваться, постоянно теряет свои вещи или забывает, не прилагает умственных усилий для решения поставленной задачи и др.; *двигательная расторможенность*, когда ребенку трудно усидеть на одном месте, сон беспокойный, ребенок мало спит, очень

разговорчивый; *импульсивность*, когда перебивает, не дослушивает собеседника, неаккуратно выполняет задания.

Все это приводит к нарастанию нервно-психических отклонений и нарушений поведения у детей. Дефицит внимания и гиперактивность отрицательно воздействуют на внутрисемейные взаимоотношения, на процесс обучения детей, их поведенческую сферу, коммуникации с окружающими людьми.

Таким образом, перечисленные факторы чаще всего являются основанием проявления школьной дезадаптации. Основными ее причинами являются биологические (органические нарушения ЦНС, СДВГ, задержка психического развития); психологические (типы неправильного семейного воспитания); социальные (жесткость социальных стандартов поведения, перегруженность и сложность школьной программы).

Во второй главе **«Экспериментальное исследование по внедрению технологии медико-психологического сопровождения детей с СДВГ в условиях реабилитационного центра»** представлены сущность медико-психологического обследования детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности; описана структура технологии медико-психологического сопровождения детей с проявлениями синдрома дефицита внимания и гиперактивностью в условиях реабилитационного центра; а также индивидуального здоровьесориентированного маршрута поведения детей с СДВГ.

Технология медико-психологического сопровождения детей с проявлениями синдрома дефицита внимания и гиперактивности была основана на анализе основных факторов и причин возникновения гиперактивности у детей младшего школьного возраста (рис. 1).

В этой технологии представлен обоснованный комплекс медико-психологических условий, включающий организацию психологического сопровождения, обучение родителей навыкам взаимодействия с ребенком, уровневую профилактику гиперактивности на основе внедрения индивидуальных и групповых программ по формированию навыков адаптивного поведения.

В этой связи, в ходе моделирования процесса медико-психологического сопровождения детей с СДВГ в условиях реабилитационного центра были разработаны мероприятия психокоррекционных воздействий во взаимодействии с детьми с СДВГ.

Разработанная и теоретически обоснованная технология медико-психологического сопровождения была направлена на преодоление регуляторной разбалансированности поведения детей с проявлениями СДВГ и позволила обеспечить оптимизацию ресурсного потенциала их регуляторной сферы и преодоление деструктивных проявлений в поведенческой сфере детей с СДВГ. Стратегия обозначенной нами технологии медико-психологического сопровождения осуществлялась, как в групповой форме, так и в индивидуальной.

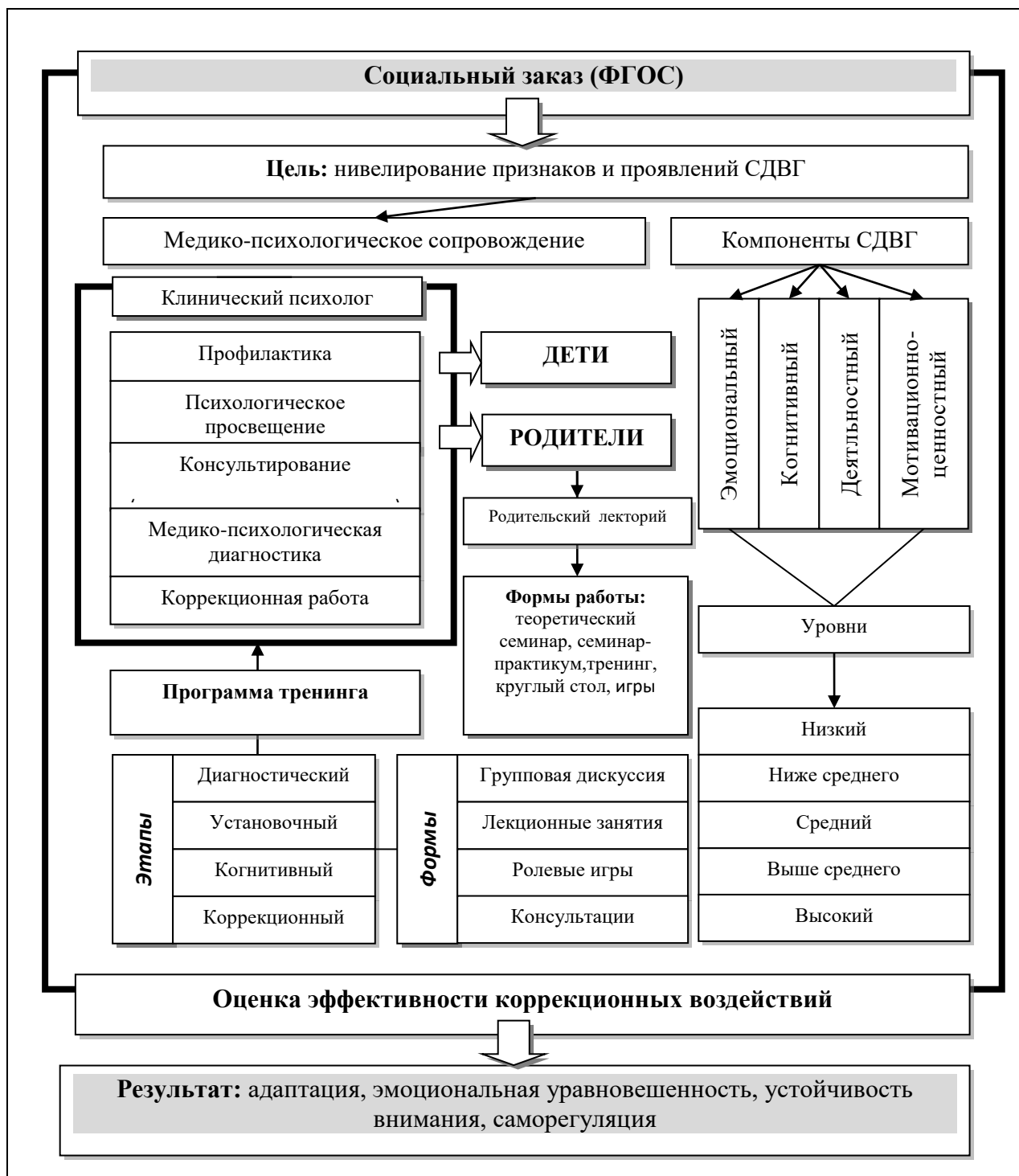


Рисунок 1 – Технология медико-психологического сопровождения детей младшего школьного возраста с СДВГ

Процесс нивелирования проявлений СДВГ у детей младшего школьного возраста зависел от реализации каждого блока. Это определялось целью, задачами, содержанием и назначением каждого этапа, существование данной структуры сделало возможным оптимизировать выбор форм и средств реализации цели на каждом этапе.

Первый этап «Диагностический» – на данном этапе осуществлялась медико-психологическая диагностика детей младшего школьного возраста с целью выявления признаков СДВГ и она необходима для осуществления «входного контроля», выявления состояния формируемого качества у испытуемых. Диагностика родителей позволила определить уровень и проявления СДВГ у детей.

Второй этап «Установочный» – на данном этапе по итогам медико-психодиагностического обследования были организованы групповые и индивидуальные консультации с родителями и детьми с целью информирования и обсуждения полученных результатов, предоставления практических рекомендаций, создания положительной мотивации на готовность личности к изменениям.

Третий этап «Когнитивный» – целью данного этапа явилось формирование теоретических знаний и практических умений по проблеме СДВГ с использованием технологии медико-психологического сопровождения.

Осуществление данной цели осуществлялось посредством решения следующих задач:

- организацией лекционных занятий для расширения теоретических знаний родителей по проблеме СДВГ;
- ознакомлением педагогов с основными техниками и приемами работы с детьми с СДВГ.

Четвертый этап «Коррекционный» – целью данного этапа являлась гармонизация и оптимизация развития детей, овладение способами взаимодействия с миром и самим собой. На данном этапе осуществлялось комплексное медико-психологическое сопровождение детей, а также проводилась работа с родителями в форме тренинга.

Пятый этап «Оценка эффективности коррекционных воздействий» – целью данного этапа являлось измерение психологического содержания и динамики реакций, способствующих появлению позитивных поведенческих реакций и переживаний, стабилизации позитивной самооценки.

Моделируя процесс медико-психологического сопровождения детей младшего школьного возраста с СДВГ, мы принимали во внимание основополагающие принципы:

- гуманизма, который состоял в обеспечении ориентации на общечеловеческие ценности, признании личности ребенка высшей ценностью образовательного процесса;
- сотрудничества, позволяющего личности ребенка проектировать симметричные, равноправные отношения с другими участниками образовательного процесса;
- вариативности, который состоял в обеспечении творческого, исследовательского, практико-преобразовательного подхода к приобретению знаний и умений.

Таким образом, разработанная технология медико-психологического сопровождения детей младшего школьного возраста с СДВГ включала в себя комплексные мероприятия. В рамках диагностического этапа был разработан и представлен полный психодиагностический комплекс методик, позволяющий выявить не только уровень СДВГ (высокий, средний и низкий), но и проявления гиперактивности у детей младшего школьного возраста, при этом каждый ребенок оценивал себя самостоятельно.

Технология комплексной многоуровневой медико-психологической помощи детям младшего школьного возраста с СДВГ осуществлялась на разных уровнях. На метаболическом уровне осуществлялись медикаментозные воздействия; на нейропсихологическом уровне проводилась комплексная психомоторная коррекция; на синдромальном уровне проводились развивающие игры, позволяющие воздействовать на внимание, эмоциональную уравновешенность ребенка; на поведенческом уровне осуществлялось формирование желаемых моделей поведения; на личностном уровне осуществлялись мероприятия, направленные на разрешение внешних и внутренних конфликтов, личностный рост, эффективное взаимодействие с взрослыми и сверстниками.

В третьей главе **«Результаты исследований и их анализ»** описаны особенности организации и проведения мониторинга детей с СДВГ в рамках медико-психологического сопровождения; дана оценка эффективности технологии медико-психологического сопровождения индивидуального здоровьесориентированного маршрута детей с СДВГ в условиях реабилитационного центра.

В ходе исследования проводился психологический мониторинг для выявления тенденций и закономерностей психологического развития гиперактивных младших школьников. Предметом психологического мониторинга являлось выявление динамики изменений проявлений СДВГ и гиперактивности у детей младшего школьного возраста.

Психологический мониторинг развития представлял собой комплексную программу, позволяющую оперативно предоставлять информацию о психологическом состоянии гиперактивных детей младшего школьного возраста, а также об актуальных и потенциальных проблемах их развития в целях прогноза, коррекции и управления в рамках определенной системы – реабилитационного центра.

С помощью мониторинга мы определяли эффективность медико-психологической технологии сопровождения гиперактивных детей, установили факторы, влияющие на развитие ребенка, определяли зависимость квалификации психолога и результатов медико-психологического сопровождения. В зависимости от тех оснований, которые могут быть использованы для сравнения, мы использовали следующие виды мониторинга: динамический, сравнительный, информационный.

Планирование и проведение мониторинга предполагало несколько этапов, каждый из которых отвечает конкретной задаче.

1 этап – подготовительный. В ходе этого этапа осуществлялось: определение объекта и предмета исследования, постановка целей и задач мониторингового исследования, обоснование выборки и деление её на определенные группы, выделение и научное обоснование показателей мониторинга, подбор и научное обоснование применяемых методов и методик, уточнение процедуры и инструкции проведения мониторинга, согласование сроков и графиков работ.

2 этап – пилотное проведение мониторинга. В ходе этого этапа проводились пилотные исследования на небольшой выборке, осуществлялась обработка и анализ данных, корректировка содержания анкет, методик и инструкций.

3 этап – полевая стадия исследования. В ходе этого этапа проводился масштабный мониторинг, сбор первичной эмпирической информации по всей выборке.

4 этап – обработка и анализ информации. В ходе этого этапа осуществлялась обработка информационного материала, обсуждение полученных результатов, создание аналитической справки по результатам мониторинга.

5 этап – осуществлялась разработка рекомендаций.

Мониторинг проводился в феврале 2016 года. В полевой стадии исследования приняли участие 96 детей младшего школьного возраста с СДВГ и родители, где происходил сбор и анализ эмпирической информации по всей выборке.

На первом этапе происходил анализ влияния медикаментозного лечения, который применялся к экспериментальным группам № 1 и 3. По результатам функционального исследования и проведения процедуры ЭЭГ видна положительная динамика у 71% (22 ребенка) у детей ЭГ № 3 и в 35% (11 детей) ЭГ № 1.

По результатам ЭЭГ можно дать следующее заключение: значительно дезорганизованный тип ЭЭГ с альфа-ритмом. Признаки умеренной ирритативной дисфункции диэнцефально-подкорковых структур головного мозга, усиливающиеся до выраженной степени на гиперкапническую нагрузку. Эпилептиформной активности не зарегистрировано. У 29 % (9 человек) детей ЭГ № 3 и у 65% (20 детей) ЭГ № 1 показатели альфа-ритма превышали норму, что говорит о необходимости внесения в терапию корректив.

Высокая эффективность терапии СДВГ психостимуляторами и атомоксетином: улучшение наступило у детей ЭГ № 3 в 28 %, нормализация - в 72% случаев, а у детей ЭГ № 1 улучшение наступило в 39%, нормализация – в 23%, явного сдвига не выявлено у 38%. В экспериментальной группе № 2 относительно которых не осуществлялось медикаментозное лечение были выявлены следующие показатели: так улучшение наступило в 45%, а явного сдвига не выявлено у 55% детей.

Таким образом, результаты ЭЭГ показали, что у детей ЭГ № 3 относительно которых реализовалась комплексное медико-психологическое сопровождения, результаты значительно лучше, чем у детей ЭГ № 1,2.

На втором этапе мониторинга, осуществлялся анализ результатов по авторской методике выявления уровня гиперактивности у детей всех экспериментальных групп, а также осуществлялась диагностика родителей с целью составления объективной картины.

Результаты проведения методики по выявлению уровня СДВГ и гиперактивности у детей младшего школьного возраста ЭГ-3 показали, что 3 детей - 10% оценивают себя, по-прежнему, гиперактивными. В ЭГ-1 – 25 % (8 чел.) и в ЭГ-2 – 35% (11 чел.) так же оценили себя гиперактивными. В экспериментальной группе № 2,3 в 65% оценивают проявления гиперактивности на среднем уровне, а в ЭГ-1 – 75% детей. 8 младших школьников – 25% не относят себя к категории гиперактивного ребенка (табл. 1). Гиперактивность не оценили на низком уровне не один ребенок ЭГ-1, ЭГ-2.

Таблица 1 – Процентное соотношение проявлений гиперактивности у детей ЭГ-1, ЭГ-2, ЭГ-3

Показатели	Высокий			Средний			Низкий		
	ЭГ-1	ЭГ-2	ЭГ-3	ЭГ-1	ЭГ-2	ЭГ-3	ЭГ-1	ЭГ-2	ЭГ-3
Уровень гиперактивности	8 чел.- 25%	11 чел.- 35%	3 чел.- 10%	23 чел.- 75%	20 чел. – 65%	20 чел. – 65%	-	-	8 чел. – 25%

У 65% детей ЭГ-2,3 гиперактивность проявилась на среднем уровне. Таким детям сложно концентрироваться продолжительное время, объем внимания у них снижен, особенно к концу дня, поэтому часто делают ошибки, но, с другой стороны, есть и положительные моменты– присутствует умеренность в общении, активности. У них проявляются организаторские и коммуникативные способности. Не вызывает трудностей при задавании вопросов к однокласснику, другу, учителю, родителю. Слушают и готовы выполнять различные поручения и задания.

Низкий уровень гиперактивности продемонстрировали 25% детей. Их можно охарактеризовать следующим образом: высокий уровень развития познавательных процессов, таких как внимание, память. Они легко воспринимают полученную информацию, не вызывает трудностей ее запомнить, переработать и воспроизвести. Исследования показали, что такие дети способны себя организовать, увлечь других детей, умеют контролировать и управлять своими эмоциями, поведением, выстраивать гармоничные взаимоотношения с одноклассниками, учителями и родителями. Эти дети с большим удовольствием ходят в школу, и учебная деятельность не вызывает у них трудностей.

Таким образом, можно констатировать, что выявлена положительная динамика и произошли изменения в проявлениях гиперактивности в большей степени в ЭГ-3, в которой была реализована разработанная нами технология медико-психологического сопровождения. В ЭГ-1, ЭГ-2 применения лишь медикаментозного лечения, либо психологического сопровождения показало себя недостаточным.

Шкала оценки симптомов поведенческих расстройств у детей с СДВГ NICHQ Vanderbilt использовалась для оценки родителями своих детей. Результаты исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты мониторингового исследования и оценки родителями симптомов поведенческих расстройств у детей с СДВГ ЭГ-3

Шкалы	Высокий			Средний		
	ЭГ-1	ЭГ-2	ЭГ-3	ЭГ-1	ЭГ-2	ЭГ-3
1.Дефицит внимания	11 чел. – 35%	15 чел.- 48%	9 чел. – 29%	20 чел. – 65%	16 чел.- 52%	22 чел. – 71%
2.Гиперактивность	13 чел. – 42%	15 чел.- 48%	10 чел. – 32%	18 чел. – 58%	16 чел.- 52%	21 чел. – 68%
3.Импульсивность	10 чел. – 32%	13 чел.- 42%	8 чел. – 26%	21 чел. – 68%	18 чел. – 58%	23 чел. – 74%
4.Реакция протеста	9 чел. – 29%	8 чел. – 26%	5 чел. – 16%	22 чел. – 71%	23 чел. – 74%	26 чел. – 84%
5.Агрессивные реакции	11 чел. – 35%	7 чел.- 23%	5 чел. – 23%	20 чел. – 65%	24 чел.- 77%	26 чел. – 84%
6.Тревожно-депрессивная симптоматика	12 чел. – 39%	8 чел. – 26%	2 чел. – 6%	19 чел. - 61%	23 чел. – 74%	29 чел. - 94%
7.Социальная адаптация	23 чел. – 74%	20%- 65%	3 чел. – 9%	8 чел. – 26%	11 чел. – 35%	28 чел. – 91%

Исследования показали, что дети из ЭГ-1, которые получали лишь медикаментозное лечение, по мнению матерей, менее всего социально адаптированные, более тревожны и агрессивны по отношению к окружающим, протестуют против требований родителей и это обусловлено тем, что с данной группой психологическое сопровождение не осуществлялось. Вместе с тем, по сравнению с ЭГ-2, которая получала лишь психологическую помощь, дети ЭГ-1 были менее импульсивны и гиперактивны, что обусловлено, на наш взгляд, воздействием препаратов и медицинского сопровождения. По мнению матерей, у детей ЭГ-2, наоборот более проявлялась импульсивность, гиперактивность и дефицит внимания, но они были менее агрессивны, тревожны и более социально адаптированы.

Девять матерей детей ЭГ-3 считают, что у их детей, по-прежнему, сохранились все проявления синдрома гиперактивности, что, несомненно, ниже, чем в экспериментальных группах 1 и 2.

Двадцать две матери выделяют положительную динамику в нивелировании проявлений СДВГ, в частности, их дети стали менее импульсивными и гиперактивными, эмоциональные реакции не такими бурными, дети стали меньше конфликтовать, как с родителями, так и со сверстниками. Реакции протеста стали менее значительными и имели не такие категоричные формы проявления. Дети были более социально адаптированными, новые ситуации не вызывали ступор и панику. По данным опроса матерей была отмечена положительная динамика в общем самочувствии, улучшении сна, снизился уровень утомляемости.

Данные опроса родителей практически полностью совпали с результатами ЭЭГ и ответами самих детей, что позволило объективно констатировать эффективность предложенной технологии медико-психологического сопровождения детей младшего школьного возраста ЭГ-3 с СДВГ.

В ходе дальнейших исследований проводилась оценка эффективности диагностических методик. При использовании диагностических методик ЭГ-1 дети были отнесены к категории «гиперактивный ребенок» после медикаментозного сопровождения в 32 % (10 чел.), у 2 детей проявления гиперактивности отсутствовали. У детей ЭГ-2 показатели были намного ниже, чем в ЭГ-1 и ЭГ-3, а именно к гиперактивным по-прежнему были отнесены 22 ребенка (71 %). Результаты применения методики по выявлению уровня СДВГ и гиперактивности у детей младшего школьного возраста ЭГ-3 показали, что 3 детей (10%) гиперактивны, у 15 детей (48%) гиперактивность была оценена на среднем уровне и у 13 детей (42%) был отмечен низкий уровень гиперактивности (табл. 3,4).

Таблица 3 – Процентное соотношение проявлений гиперактивности у детей экспериментальных групп до и после эксперимента

Уровни гиперактивности	высокий		средний		низкий	
	До	После	До	После	До	После
ЭГ № 1	31 чел.- 100%	10 чел.- 32%	-	19 чел. – 61%	-	2 чел. – 6%
ЭГ № 2	31 чел.- 100%	22 чел. – 71%	-	9 чел. - 29%	-	-
ЭГ № 3	31 чел.- 100%	3 чел.- 10%	-	15 чел. – 48%	-	13 чел. – 42%

Результаты показали, что у 48% детей ЭГ-3 гиперактивность проявлялась на среднем уровне. Это означает, что у этих детей преобладала умеренность в активности, общительности. Они могли себя организовать самостоятельно, но не могли надолго сконцентрировать свое внимание на чем-либо, тем самым допускали ошибки.

У 42% детей был обнаружен низкий уровень проявления гиперактивности. У этих детей либо отсутствовали проявления синдрома дефицита внимания и

гиперактивности. У них проявлялся высокий уровень способности концентрации внимания на ту или иную деятельность, действия, объекты. У них отсутствовали трудности в переключении внимания с одной деятельности на другую, они внимательно слушали инструкции учителей, родителей, легко запоминали и воспроизводили информацию, проявляли организационные способности, могли контролировать и управлять своим поведением.

Таблица 4 – Уровень гиперактивности у детей до и после реализации технологии

Уровень гиперактивности	Критерий Вилкоксона			
	Отмеченные критерии значимы на уровне $p < 0,05$			
	Число набл.	T	Z	p-уровень
ЭГ № 1	31	161,5	0,0123	0,052338
ЭГ № 2	31	152,00	0,09421	0,057599
ЭГ № 3	31	112,00*	3,942857*	0,01081

*Примечание: жирным курсивом выделены значимые различия и положительные сдвиги

В ЭГ-1 и ЭГ-2 существенных изменений по уровню гиперактивности не зафиксировано, что подтверждено методами математической статистики, в частности критерием Т-Вилкоксона ($T_{\text{эмп.}} = 152$ и $161,5$, что больше $T_{\text{кр.}} = 147$ при уровне значимости $p < 0,05$).

Таким образом, можно констатировать, что разработанная нами технология медико-психологического сопровождения для ЭГ-3 показала высокую эффективность. Кроме того, в ходе мониторинга эмоционального состояния и психологического здоровья детей с СДВГ, были разработаны рекомендации по оптимизации процесса их социально-психологической адаптации.

ВЫВОДЫ

1. Исследования показали, что в современном обществе стали часто встречаться дети с диагнозом «синдром дефицита внимания и гиперактивности». Этот феномен привлекает разных специалистов и рассматривается с разных позиций, теорий, подходов, концепций. Применение разных методов по коррекции таких детей выражается в неопределенности восприятия данного синдрома. Это вызывает трудность для специалиста в определении, что доминирует в этом заболевании – соматические или психологические составляющие. Поэтому данная проблема должна рассматриваться с позиций медико-социальной и психологической помощи.

2. Теоретико-методологический анализ литературы позволил выявить причины СДВГ у детей младшего школьного возраста. Они обусловлены интенсивностью процесса обучения, перегрузкой информацией, распространением асоциальных тенденций в обществе, усилением внутрисемейной напряженности и конфликтности. Основными критериями гиперактивности у детей являются *недостаток активного внимания* (когда ребенку сложно сконцентрироваться, постоянно теряет свои вещи или забывает,

не прилагает умственных усилий для решения поставленной задачи и др.); *двигательная расторможенность* (трудно усидеть на одном месте, сон беспокойный, мало спит, очень разговорчивый); *импульсивность* (перебывает, не дослушивает собеседника, неаккуратно выполняет задания).

Все это приводит к нарастанию нервно-психических отклонений и нарушений поведения у детей. Дефицит внимания, гиперактивность отрицательно воздействуют на внутрисемейные взаимоотношения, обучение, поведенческую сферу, коммуникации с окружающими людьми. Все перечисленные факторы чаще всего являются основанием проявления школьной дезадаптации. Основными ее факторами являются биологические (органические нарушения ЦНС, СДВГ, задержка психического развития); психологические (типы неправильного семейного воспитания); социальные (жесткость социальных стандартов поведения, перегруженность и сложность школьной программы).

3. В ходе исследований было установлено, что пик проявления СДВГ приходится на период подготовки к школе и начало обучения (6-10 лет). При обучении у ребенка может наблюдаться гиперактивность, чрезмерная подвижность, неспособность сконцентрироваться, частая отвлекаемость. У детей с СДВГ, как правило, преобладает низкая успеваемость, связанная непосредственно с его поведенческими особенностями. Эти поведенческие особенности несоответствуют возрастной нормативной линии, что отражается на неполном включении в учебную деятельность. Такие ученики быстро выключаются из процесса выполнения учебного задания, не могут завершить до конца работу, навыки чтения и письма у них ниже, чем у успевающих учеников. Отмечается низкий уровень мыслительных процессов, вместе с тем интеллект у них хороший. Может наблюдаться низкий уровень работоспособности на занятиях.

4. В рамках диагностического этапа был разработан и представлен полный психодиагностический комплекс методик, позволяющий выявить не только уровень СДВГ (высокий, средний и низкий), но и проявления гиперактивности ребенка младшего школьного возраста, при этом ребенок оценивал себя самостоятельно.

5. В ходе исследований было выявлена ранговая структура психологических условий, необходимых для минимизации проявления признаков СДВГ у детей. Этими условиями являются: формирование стратегии деятельности родителей с ориентацией на ценностно-социальный подход к здоровью; знания и умения родителей по проведению системы мероприятий и медицинскому контролю над здоровьем своих детей; наличие у них навыков по обеспечению необходимой нормы двигательной активности детей в свободное от школьных занятий время. Необходимыми условиями также являются: оптимальный подбор специальных физических упражнений для тренировки детей; обеспечение здорового образа жизни в условиях семьи; учет психофизического состояния детей при выборе величины физической нагрузки.

6. Проведённое исследование позволило разработать технологию медико-психологического сопровождения детей с СДВГ, включающую в себя комплексные мероприятия.

Комплексная многоуровневая медико-психологическая помощь детям младшего школьного возраста с СДВГ включала следующие уровни: метаболический (медикаментозные воздействия), нейропсихологический (комплексная психомоторная коррекция), синдромальный (развивающие игры, позволяющие воздействовать на внимание, эмоциональную уравновешенность), поведенческий (формирование желаемых моделей поведения) и личностный (направлен на разрешение внешних и внутренних конфликтов, личностный рост, эффективное взаимодействие со взрослыми и сверстниками).

Разработанная технология «Волшебные движения» была адаптирована к условиям клиники «Бонум» и предполагала взаимодействие всех субъектов. Она была разработана на основе базового алгоритма «метода замещающего онтогенеза». Данная технология состоит из двух программ: № 1 – работа с детьми ЭГ-2,3 – коррекция и развитие всех трех функциональных блока мозга и № 2 – взаимодействие с законными представителями ребенка (воспитывающих детей ЭГ-2,3), направленное на развитие их родительской грамотности в области взаимодействия с ребенком с СДВГ.

7. Результаты проведенного эксперимента свидетельствуют о высокой эффективности разработанной технологии медико-психологического сопровождения детей младшего школьного возраста с СДВГ.

Проведенный эксперимент показал, что в ЭГ-3 разработанная технология медико-психологического сопровождения детей младшего школьного возраста с СДВГ нивелировала синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. У детей этой группы произошли существенные и значимые сдвиги в мотивации к учению. Так, многие дети слушали и четко выполняли инструкции специалиста, воспринимали информации с первого раза, преодолевали импульсивность, более устойчиво выполняли задания, приобрели навык переключения внимания с одного задания на другое. При этом они контролировали свою работу, свое состояние, поведение. Они делали работу над ошибками, анализировали, исправляли, запоминали. Это свидетельствует о том, что причины синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей необходимо устранять комплексно – подкрепляя медикаментозное лечение с психологической проработкой нивелирования причин СДВГ.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

I. Рекомендации родителям, имеющих детей с СДВГ:

1. В связи с тем, что у детей с синдромом дефицита внимания высокий порог чувствительности к негативным ситуациям, необходимо не применять физические наказания, а лучше поощрять ребенка.

2. Для ребенка с СДВГ необходимо составить распорядок дня и неукоснительно следовать этому распорядку.

3. Необходима организация дневного отдыха и сна.

4. Исключить различные виды активности с ребенком перед ночным сном.
5. Необходима формулировка очень четких инструкций поведения.
6. Необходима организация частой смены деятельности ребенка.
7. Следует развивать у ребенка мелкую моторику и координацию движений.
8. Необходимо оберегать ребенка от возможных конфликтов между взрослыми.
9. Нельзя перегружать внимание ребенка.
10. Необходимо присутствие родителей во время выполнения какого-либо задания ребенком.
11. Необходима постоянная помощь и поддержка родителей при выполнении ребенком каких-либо заданий

II. Рекомендации для учителей детей с СДВГ:

1. Школьная программа должна опираться на когнитивную коррекцию, чтобы помочь детям справиться с трудностями в обучении.
2. В ходе занятий с гиперактивными детьми необходимо создание положительной мотивации на успех.
3. Необходима коррекция негативных форм поведения детей.
4. Необходимо объяснения родителям и окружающим, что положительные изменения в поведении гиперактивного ребенка наступают постепенно и зависят от спокойного и последовательного отношения к нему.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Абшилава, Э.Ф. Этиология, патогенез и клинические проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности в различные периоды онтогенеза/ Е.С. Набойченко, Э.Ф. Абшилава// Педагогическое образование в России.- 2016.- №1.- С.183-187 (0,4/0,3 п.л.).**
2. **Абшилава, Э.Ф. Синдром дефицита внимания и гиперактивности в общей систематике нарушений психического развития у детей/ Э.Ф. Абшилава// Педагогическое образование в России.- 2016.- № 2.- С.128-132 (0,4/0,3 п.л.).**
3. **Абшилава, Э.Ф. Комплексная многоуровневая коррекционная помощь детям младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности/ Э.Ф. Абшилава// Педагогическое образование в России.-2017.-№7.-С.96-102 (0,4/0,3 п.л.).**
4. **Абшилава, Э.Ф. Эффективность организации медико-психологического сопровождения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности/ Э.Ф. Абшилава, Е.С. Набойченко// Уральский медицинский журнал.- 2019.- №1(169).- С.111-117 (0,3/0,2 п.л.).**
5. **Абшилава, Э.Ф. Психологическое сопровождение детей с синдромом дефицита внимания/ Э.Ф. Абшилава// Научный альманах.-2015.- №12-3(14) С.248-252 (0,5 п.л.).**

6. Абшилава, Э.Ф. Синдромом дефицита внимания с гиперактивностью как одна из базовых характеристик состояния здоровья детского организма/ Э.Ф. Абшилава// Здоровьесбережение и здоровьесозидание как приоритет национальной безопасности России в третьем тысячелетии: сб. мат.-лов междунар. науч.-практ. конф (14-15 апреля 2015 г., г. Стерлитамак).- Стерлитамак: Стерлитамакский филиал БашГУ, 2015.-С.13-15 (0,3 п.л.).

7. Абшилава, Э.Ф. Психолого-педагогическая помощь детям/ Э.Ф. Абшилава// Здоровьесбережение и здоровьесозидание как приоритет национальной безопасности России в третьем тысячелетии: сб. мат.-лов междунар. науч.-практ. конф. (14-15 апреля 2015 г., г. Стерлитамак).- Стерлитамак: Стерлитамакский филиал БашГУ, 2015.-С.15-18 (0,3 п.л.).

8. Abshilava E.F. The results of approbation test aimed at the diagnosis of adhd and hiperactivity in primary school children/ E.S. Naboychenko, E.F. Abshilava// The collection includes the 3rd International Conference “Research, Innovation and Education” by SCIEURO in London (25-30 january 2016).- P.180-181 (0,1/0,05 п.л.).