

Этот файл был взят с сайта

<http://all-ebooks.com>

Данный файл представлен исключительно в ознакомительных целях. После ознакомления с содержанием данного файла Вам следует его незамедлительно удалить. Сохраняя данный файл вы несете ответственность в соответствии с законодательством.

Любое коммерческое и иное использование кроме предварительного ознакомления запрещено.

Публикация данного документа не преследует за собой никакой коммерческой выгоды.

Эта книга способствует профессиональному росту читателей и является рекламой бумажных изданий.

Все авторские права принадлежат их уважаемым владельцам.

Если Вы являетесь автором данной книги и её распространение ущемляет Ваши авторские права или если Вы хотите внести изменения в данный документ или опубликовать новую книгу свяжитесь с нами по email.

Галина МОНИНА, Елена ЛЮТОВА-РОБЕРТС, Леонид ЧУТКО

ГИПЕРАКТИВНЫЕ ДЕТИ

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ
ПОМОЩЬ





Галина Борисовна Мони́на

кандидат педагогических наук, доцент кафедры психологии Санкт-Петербургской академии управления и экономики, тренер института практической психологии «ИМАТОН», психолог-консультант.



Елена Константиновна Лютова-Робертс

кандидат психологических наук, член Ассоциации Психологов Великобритании (BPS), детский практический психолог, специалист по бифрендингу, психолог-консультант (Лондон).



Леонид Семенович Чутко

заведующий центром нейротерапии и лабораторией восстановления сенсорных систем Института мозга человека РАН (С.-Петербург), доктор медицинских наук, врач-невролог высшей категории, психотерапевт. Доцент кафедры психоневрологии ФПК Педиатрической медицинской академии. Специалист в области поведенческой неврологии.

Рецензент:

Ю. С. Шевченко — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последипломного образования;

Т. В. Тулупьева — кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии управления и педагогики Северо-Западной академии государственной службы

Монина Г. Б., Лютова-Робертс Е. К., Чутко Л. С.

Гиперактивные дети: психолого-педагогическая Помощь. Монография. — СПб.: Речь, 2007. — 186 с.

ISBN 5-9268-0570-8 Проблема гиперактивности весьма актуальна и междисциплинарна. Данная монография — одна из первых попыток реализации комплексного подхода не только на уровне теории, но и на уровне ее практического применения. В книге представлен опыт врачей, психологов и педагогов.

В книге освещены многие важные темы, которые будут интересны как специалистам, работающим с данной проблемой, так и родителям гиперактивных детей. Распространенность и причины синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Признаки заболевания и сопутствующие расстройства. Диагностика и различные методы лечения СДВГ. Программа тренинга для родителей и детей. Обучение и коррекционные занятия для ребенка с СДВГ. Рекомендации для родителей, педагогов и воспитателей.

Рекомендовано редакционно-издательским советом СПбГиПСР

ОГЛАВЛЕНИЕ

Вступление

Глава 1 ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О СДВГ

История вопроса

Распространенность заболевания

Причины заболевания

Признаки заболевания.

Диагностика СДВГ

Основные подходы к лечению СДВГ

Глава 2 ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С СДВГ

2.1. Мультиmodalный подход к решению проблем детей и подростков с СДВГ

2.2. Выбор методов психокоррекции детей и подростков с СДВГ

Игровая психотерапия

Песочная терапия

Арттерапия

Музыкотерапия

Нарративная психотерапия

Бихевиоральная терапия

Гештальттерапия

Интегративная терапия

Семейная и родительская терапия

Глава 3 ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СДВГ

3.1. Основные принципы обучения детей и подростков с СДВГ.

Что такое истинная индивидуализация

Переход учащихся к саморегуляции, самоиндивидуализации

3.2. Специфика обучения учащихся с СДВГ

Повышение учебной мотивации

Развитие познавательной сферы

Переход к саморегуляции деятельности и самоконтролю. ...

Снижение уровня негативных эмоциональных проявлений относительно процесса обучения, уровня школьной тревожности

Ребенок с СДВГ в детском дошкольном учреждении

Общие принципы воспитания ребенка с СДВГ в семье

Заключение

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Методические указания по составлению коррекционной программы для работы с гиперактивными детьми

Приложение 2. Коррекционная программа для работы с гиперактивными детьми

Приложение 3. Организация учебного процесса с учетом психофизиологических особенностей учащихся

Приложение 4. Правила для родителей и воспитателей по взаимодействию с гиперактивными детьми

Приложение 5. Методические указания по проведению тренинга для родителей с детьми

Приложение 6. Программа тренинга для родителей с детьми...

ВСТУПЛЕНИЕ

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью впервые был описан почти сто лет назад и до сих пор продолжает привлекать внимание специалистов разных отраслей науки и практики. Все чаще и чаще представители различных профессий — медики, психологи, педагоги и другие специалисты — обращаются к этой теме. По данным И. П. Брызгунова, ежегодно по этой проблеме публикуется 2000 статей и книг. Однако, несмотря на такой интерес теоретиков и практиков, проблема оказания помощи детям и подросткам все еще остается нерешенной, и одна из причин этого — отсутствие комплексного подхода среди специалистов разных областей. Г. Леви считает, что медики не читают психологической литературы, психологи — медицинской, а для родителей и педагогов специальная литература с обилием различных подходов и направлений зачастую оказывается сложной. А между тем практика показывает, что как у психологов, так и у врачей существует острая потребность во взаимообмене накопленной за десятилетия информацией.

Имеющиеся в литературе данные о взаимодействии с людьми, которым поставлен диагноз СДВГ, касаются преимущественно детей 6-11 лет. Как правило, за кадром остаются и дети раннего возраста, и подростки, и взрослые. Авторы данной работы рассматривают вопрос об особенностях проявления синдрома дефицита внимания в более широком возрастном аспекте. К сожалению, до сих пор остается много неизученных и необъяснимых фактов, касающихся природы и проявлений СДВГ. Тем не менее, у всех специалистов, работающих с детьми данной категории, существуют общие цели и задачи: как можно раньше выявить данный синдром, наблюдать за ребенком на протяжении многих лет, адаптировать его к современному обществу и дать ему хорошее подходящее образование. К этому стремятся и родители, которые обращаются за помощью к профессионалам. Наша книга — одна из первых попыток реализации комплексного подхода не только на уровне теории, но и ее практического применения. В данной работе представлен опыт врачей, психологов, педагогов.

Глава 1

ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О СДВГ

1.1. ИСТОРИЯ ВОПРОСА

Вопросы изучения гиперактивности у детей волновали врачей и педагогов с середины XIX века. В 1845 г. немецкий врач Heinrich Hoffman в поэтической форме описал чрезвычайно подвижного ребенка и дал ему прозвище «непоседа Филлип». Предметом пристального изучения врачей данное заболевание стало с начала XX века. [1 1902 г. в журнале Lancet появилась лекция английского врача G. F. Still, который связывал гиперактивность с биологической основой, а не с плохим воспитанием, как негласно предполагалось в те времена. Вместе с тем он полагал, что у таких детей отмечается снижение «волевого торможения» из-за недостаточного «морального контроля». Он предположил, что такое поведение являлось результатом наследственной патологии или родовых травм. Кроме этого, Still первым отметил преобладание данного заболевания среди мальчиков, его частую сочетаемость с антисоциальным и криминальным поведением, со склонностью к депрессии и алкоголизму.

Сообщения о большом числе детей, ведущих себя странно, стали появляться после эпидемии энцефалита Экономо (инфекционного заболевания, поражающего головной мозг) в первой половине XX века, что, вероятно, заставило более пристально изучить связь поведения ребенка в среде с функциями его мозга (Bond E.D., Partridge G. E., 1926). С того времени гиперактивность у детей начали прочно связывать с повреждением мозга. В середине XX века большее распространение получил термин «гипердинамический синдром», происхождение которого связывают с отдаленными последствиями ранних органических поражений головного мозга. Так, Р. М. Lewin (1938) обследовал 279 гиперактивных детей и пришел к выводу, что тяжелые формы двигательного беспокойства обусловлены органическим поражением мозга, а в возникновении легких форм большую роль играет нарушение взаимоотношений с родителями. Левин предположил, что если поражение лобных долей головного мозга у приматов приводит к гиперактивности и другим симптомам СДВГ (синдром дефицита внимания с гиперактивностью), то наличие этих симптомов может указывать належащее в их основе нарушение функции мозга.

В 1947 г. А. Strauss выдвинул концепцию минимального повреждения мозга (minimal brain damage), согласно которой гиперактивность у детей напоминает последствия черепно-мозговой травмы у взрослых. В дальнейшем в англо-американской литературе появляется термин «минимальная мозговая дисфункция» (minimal brain dysfunction) (Wender P. H., 1971). К этой категории относят детей с проблемами в обучении или поведении, расстройствами внимания, имеющих нормальный уровень интеллекта и легкие неврологические нарушения, которые не обнаруживаются при стандартном неврологическом исследовании, или с признаком незрелости и замедленного созревания тех или иных психических функций.

Для уточнения границ данной патологии в США была создана специальная комиссия, предложившая следующее определение минимальной мозговой дисфункции: данный термин должен применяться к детям со средним уровнем интеллекта, с нарушениями в обучении и/или в поведении, которые сочетаются с патологией центральной нервной системы (Clements S. D., 1966). Значительная неоднородность этой клинической группы привела позднее к ее разделению на две диагностические категории:

дети с нарушением активности и внимания;

дети со специфическими расстройствами обучаемости (specific learning disability). К последним относятся: дисграфия (изолированное расстройство правописания), дислексия (изолированное расстройство чтения), дискалькулия (расстройство счета), а также смешанное расстройство школьных навыков. В 1980 г. в классификации DSM-III появились термины «синдром дефицита внимания» — Attention Deficit Disorder (ADD) и его разновидность «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» — Attention Deficit with Hyperactivity Disorder (ADD+H). В более поздней редакции той же классификации DSM-LH-(R) Revised (1987) начал использоваться термин «синдром нарушения внимания с гиперактивностью» в своем нынешнем виде — Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). В 10-м пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-10) данное заболевание рассматривается в рубрике F.90 (гиперкинетические расстройства) как «нарушение активности и внимания».

1.2. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ

СДВГ представляет собой большую социальную проблему, так как встречается у достаточно большого числа детей. Результаты различных эпидемиологических исследований говорят о существенном разбросе данных о распространении заболевания. Так, исследования шведского автора С. Gillberg (1983) свидетельствуют о наличии СДВГ у 2,2% детей 6—7-летнего возраста. Это один из наиболее низких показателей. Эпидемиологические исследования, проведенные L. S. Goldman и M. Genel (1998), свидетельствуют о том, что СДВГ страдают от 3 до 6% детей школьного возраста. По данным E. Taylor и соавт. (1991), у 17% детей, проживающих в Лондоне, отмечаются признаки СДВГ. О высоких цифрах распространения заболевания в популяции свидетельствуют и результаты, приведенные M. L. Wolraich (1997). По этим данным, у 16% школьников из штата Теннесси отмечаются признаки СДВГ. Средние оценки распространения СДВГ лежат в пределах 4-12% (Brown R. T. et al., 2004). В то же время у взрослых СДВГ встречается в 1—2,5 % случаев (Kooij J. et al., 2005).

Интересно отметить отечественные данные о распространенности СДВГ. Исследования, проведенные Н. Н. Заваденко и соавт. (1999), показывают, что из общего числа обследованных московских школьников признаки СДВГ отмечаются у 7,6% детей. Результаты сравнительных эпидемиологических исследований, проведенных И. П. Брызгуновым и Е. В. Касатиковой (2001, 2002), показывают, что в г. Москве СДВГ встречался в 18% случаев, в г. Шатуре — в 15% случаев, в г. Владимире — в 17% случаев. Столь широкий разброс значений объясняется применением разных диагностических критериев и отсутствием единообразия в составе изучаемых групп. При оценивании распространения СДВГ учитываются сообщения учителей, родителей и врачей, которые далеко не всегда согласуются между собой, так как поведение ребенка может меняться в зависимости от ситуации. Также завышенные результаты распространения СДВГ являются результатом использования психологических тестов оценки внимания, а не клинических критериев.

СДВГ в 3-4 раза чаще встречается у лиц мужского пола (August G. J. et al., 1998; Barkley R. A., 1998). Относительное преобладание СДВГ среди мальчиков объясняют рядом причин: влиянием генетических факторов; более высокой уязвимостью плодов мужского пола по отношению к различным воздействиям; большей степенью специализации больших полушарий мозга у мальчиков по сравнению с девочками, что обуславливает меньший резерв компенсаторных возможностей функций при поражении систем мозга, обеспечивающих высшую нервную деятельность (Корнев А. Н., 1995). Кроме этого, у мальчиков СДВГ регистрируют чаще по причине их агрессивного поведения, а невнимательность у девочек гораздо реже сопровождается деструктивным поведением (Szatmari P., 1992).

СДВГ встречается у детей во всех социально-экономических группах. При этом ряд авторов отмечает, что несколько чаще СДВГ фиксируется в малообеспеченных слоях населения (Trites R., 1979; Szatmari P., 1992). Данный факт можно объяснить тем, что социальные факторы

чаще вызывают сопутствующие поведенческие проблемы криминального характера. Также СДВГ более распространен в регионах с повышенной плотностью населения (Barkley R. A., 1998).

1.3. ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В происхождении СДВГ играют роль генетические механизмы, органическое повреждение головного мозга и психосоциальные факторы. Всегда следует иметь в виду возможность воздействия нескольких факторов, влияющих друг на друга.

Повышенная встречаемость расстройства у близнецов позволила предположить вовлечение генетических механизмов в этиологию заболевания (Gillis J. J. et al., 1992; Sandberg S., 1996; Levy E., 1998; Quist J. F. et al., 2003). По данным J. Biederman, S. V. Faraone (1990), риск развития СДВГ составил 31,5% для родственников пациентов с данным заболеванием.

Большое значение придается гену рецептора дофамина D4 (DRD4) и «гену переносчику дофамина» (DAT1). M. Gill и G. Daly (1997) выдвинули гипотезу возникновения заболевания, в основе которой лежит взаимодействие вышеназванных генов. Эти изменения определяют снижение содержания медиатора (химического посредника, обуславливающего проведение нервных импульсов) возбуждения дофамина и снижение функционирования допаминергической ней-ромедиаторной системы головного мозга.

Значительную роль в происхождении СДВГ играют неблагоприятные факторы в течение беременности и родов. Шведский автор С. Gillberg (1983) отметил, что у детей пожилых первородящих матерей ряд признаков, сопровождающих нарушения внимания, в частности статико-моторная недостаточность, встречается в 5 раз чаще по сравнению с детьми молодых матерей.

В ряде работ показана актуальность алиментарного фактора — недоедание беременной и ребенка в раннем детстве (Biederman J., Faraone S. V., 1990). В некоторых работах описывают СДВГ (ММД) у детей, родившихся с низкой массой тела, и недоношенных детей (Fletcher J. M. et al., 1997; Barkley R. A., 1998). Важную роль в генезе СДВГ играют хроническая внутриутробная гипоксия плода и гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных (Nelson K. V., Leviton A., 1991; Hill A., Volpe J. J., 1992). Н. С. Lou и соавт. (1989, 1996) считают, что перинатальная гипоксически-гемодинамическая (ишемическая) энцефалопатия вызывает повреждения стриатума и нарушение кортико-стриато-таламо-кортикальных связей. При анализе анамнестических данных у детей с СДВГ Н. Н. Заваденко и соавт. (2005) в 84% случаев выявили нарушения течения беременности или родов, при этом сочетанное влияние патологических факторов во время беременности и родов прослеживалось в 56% случаев. Особенно часто встречались нарушения течения беременности, обусловившие хроническую внутриутробную гипоксию (недостаток снабжения кислородом) плода (к которой особенно чувствителен развивающийся мозг). Важное место среди причин патологии беременности занимали токсикозы и угрозы прерывания беременности.

К числу прогностически неблагоприятных для развития СДВГ факторов относятся: гипоксически-ишемическая энцефалопатия у новорожденных, недоношенность, переношенность, гидроцефалия, а также внутриутробная гипотрофия (Заваденко Н. Н., 2001; Пальчик А. Б., 2002).

R. T. Brown и соавт. (1991) обращают внимание на большой процент матерей, употреблявших алкоголь во время беременности, среди родителей детей с СДВГ по сравнению с контрольной группой.

Необходимо отметить роль материнской тревожности в генезе СДВГ. На основе эпидемиологических и экспериментальных данных Т. G. O'Connor (2003) была создана гипотеза фетального программирования, согласно которой повреждающие факторы, воздействуя в определенные периоды эмбриогенеза, вызывают организационный дефект, при этом реализация его происходит в отдаленные сроки.

V. van der Bergh и соавт. (2004) предполагают: тревожность матерей на сроке 12—22 недель является предиктором развития СДВГ. При этом нельзя также исключить прямое повреждающее воздействие гормонов стресса на мозг плода, нарушающее его нормальное развитие, что приводит к изменениям в нейротрансмиттерных системах.

В этой связи хочется отметить результаты исследований О. В. Лапшиной и соавт. (2006), показавших повышенный уровень тревожности у матерей детей с СДВГ, причем эта тревожность не была реакцией на заболевание ребенка, а носила базальный характер. Нейроанатомические изменения при СДВГ поражают в основном связи между фронтальной корой и базальными ганглиями с преимущественной локализацией в правом полушарии. Так, F. X. Castellanos и соавт. (1994, 1996) отмечают уменьшение общего объема головного мозга примерно на 5% у детей с СДВГ по сравнению со здоровыми детьми соответствующего возраста и пола, а также меньшие размеры передних отделов правой лобной доли. Необходимо отметить, что если у здоровых детей правое хвостатое ядро несколько больше левого ($D > S$), то у детей с СДВГ в связи с уменьшением размеров правого хвостатого ядра такая асимметрия не отмечается ($D = S$). Кроме этого, отмечается уменьшение размеров бледного шара (в большей степени правого).

Изучение мозгового метаболизма при СДВГ с помощью метода позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) показало уменьшение метаболической активности в лобных областях головного мозга (Lou H. C. et al, 1989; Zametkin A. J. et al., 1993; Filipek P., Semrud-Clikeman M., 1997). Данное явление отмечалось, прежде всего, в префронтальных (передних) отделах лобной области, которые контролируют внимание. Сокращение кровотока в префронтальных отделах особенно значимо во время выполнения интеллектуального задания (Lubar J. E, 1992). Предполагается, что выявленные нарушения могут обуславливать снижение тормозного контроля двигательной активности, обеспечиваемого главным образом лобной корой и хвостатым ядром.

В последнее время много внимания уделяется иммунологическим механизмам в генезе заболевания, в частности, выделяют так называемое педиатрическое нейроиммунное расстройство, ассоциированное со стрептококковой инфекцией (PANDAS) (Perlmutter S. J. et al., 1998; Shulman S. T, 1999; Cohen D. J. et al., 2000; Bottas A., Richter M.A., 2002).

Полагают, что значительную роль в патогенезе СДВГ играют нарушения функционирования нейромедиаторных систем, особенно норадреналиновой и дофаминовой (Gill M., Daly G., 1997). Подтверждением этой теории служит выраженный терапевтический эффект стимуляторов центральной нервной системы (ЦНС) — препаратов, вызывающих выделение катехоламинов в синаптическую щель и тормозящих их обратный захват пресинаптической мембраной. Возможным механизмом нарушения баланса нейромедиаторов является подавление дофаминергической активности и усиление норадренергической. Дофамин — это возбуждающий медиатор, опосредующий взаимодействие подкорковых структур мозга (базальных ганглиев) (Malone M. A. et al., 1997). F. X. Castellanos (1997) усовершенствовал дофаминергическую теорию и доказал, что при СДВГ отмечаются:

снижение дофаминергической активности в корковых областях (передние извилины), проявляющееся в виде когнитивного дефицита;
повышение дофаминергической активности в подкорковых областях (хвостатое ядро), проявляющееся в виде гиперактивности.

Суммируя приведенные данные, можно сказать о том, что нейроанатомический дефект при СДВГ поражает в основном связи между фронтальной корой и базальными ганглиями с преимущественной локализацией в правом полушарии. Предполагается, что выявленные нейроанатомические, гемодинамические, обменные нарушения могут обуславливать снижение тормозного контроля двигательной активности, обеспечиваемого главным образом лобной корой и хвостатым ядром.

При оценке нейрофизиологических изменений у детей с СДВГ выделяют такое понятие, как исполнительская дисфункция (дисфункция контролирующего поведения, executive

dysfunction), которая отмечается на фоне функциональной незрелости головного мозга и проявляется в недостаточной активности тормозящих структур (Barkley R., 1997; Nigg J. T. et al., 2002; Wu K. K., 2002).

R. Barkley (1998) считает, что основным механизмом развития СДВГ является нарушение тормозящего поведения. По его мнению, все остальные механизмы вторичны. Тормозящее поведение или задержка моторной реакции обеспечивают развитие следующих исполнительских функций:

- оперативная память, которая позволяет удерживать текущую информацию, сравнивая ее с прошлыми событиями и планируемыми будущими действиями (предвидение — антиципация);
- саморегуляция аффекта — способность контролировать проявление эмоций, чувств;
- внутренняя речь;
- воспроизведение — анализ и синтез поведения, креативность.

Результатом развития исполнительских функций является становление моторного контроля и целенаправленного адаптивного поведения. Само поведенческое торможение состоит из трех взаимосвязанных механизмов: торможения доминирующей реакции, торможения текущей реакции, контролем над отвлекаемостью на помехи.

Неблагоприятные психологические и социальные факторы — не прямая причина СДВГ, но они могут закреплять клинические проявления и усиливать дезадаптацию детей, страдающих этим заболеванием. Так, действие негативных внутрисемейных факторов было обнаружено в 63% случаев при обследовании детей с СДВГ (Заваден-ко Н. Н., 2005). У детей, генетически предрасположенных к СДВГ, конфликты в семье могут усилить остроту проявления до клинического уровня. Особенно важно, что родители ребенка с СДВГ, иногда сами страдающие этим заболеванием, зачастую отличаются стилем воспитания, характеризующимся несдержанностью и нарушенным взаимодействием с ребенком.

Среди психологических и социальных факторов, влияющих на возникновение ММД (СДВГ), Г. А. Сулова (2001) выделяет следующие: неподготовленность родителей к семейной жизни, напряженность и частые конфликты в семье, предубежденность и нетерпимость в отношении к детям. Усиливающими неблагоприятный результирующий эффект являются такие факторы, как: низкий материальный уровень, стесненные условия проживания, злоупотребление алкоголем членами семьи, использование физических методов наказания.

Неблагоприятные социально-экономические и психологические условия могут усиливать проявления расстройств, возникших в результате наследственной патологии или повреждений головного мозга в перинатальном периоде.

1.4. ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Основные проявления. Клинические проявления заболевания определяются тремя основными симптомокомплексами: невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью.

1. Невнимательность. Говоря о СДВГ, чаще всего имеют в виду повышенную отвлекаемость и снижение концентрации внимания у таких детей.

Согласно А. Р. Лурии (1966), внимание является фактором, обеспечивающим избирательность и направленность психических процессов. Поддерживаемое (непрерывное) внимание — способность поддерживать сосредоточенность в течение длительного времени. Избирательное внимание проявляется в способности сосредотачиваться на необходимых стимулах и не отвлекаться на помехи (посторонние стимулы). Направленность избирательного внимания позволяет правильно отвечать на специфические сигналы. Распределение избирательного внимания помогает проводить одновременно несколько операций, выполняя одно и то же

задание. Кроме этого, следует упомянуть объем внимания (возможность контроля над несколькими объектами) и способность к переключению.

У детей с СДВГ отмечается недостаток непрерывного (поддерживаемого) внимания, что проявляется в невозможности длительного выполнения неинтересного задания. При этом чем-то интересным для них (компьютерные игры, просмотр мультфильмов) они могут заниматься часами. Кроме этого, наблюдается дефицит избирательного внимания, что проявляется в повышенной отвлекаемости на посторонние стимулы, особенно если эти стимулы яркие, интересные. Так, проехавший во дворе автомобиль заставляет посмотреть в окно и надолго отвлечься от выполнения домашних заданий. Зачастую также снижается переключаемость внимания. При этом, поданным Е. Taylor (1991), объем внимания у детей с СДВГ не ниже, чем у их здоровых сверстников.

Гиперактивность. Под гиперактивностью у детей с СДВГ обычно понимают повышенную двигательную (моторную) активность. Родители жалуются: «Кажется, что к ребенку подключили мотор». Дети с СДВГ не могут неподвижно сидеть во время урока. Когда такой ребенок заходит в кабинет врача, возникает опасение за состояние находящейся в кабинете оргтехники: компьютера, монитора, принтера. В отличие от просто энергичных детей, активность у детей с СДВГ носит бесцельный характер. К сожалению, гиперактивность иногда приводит к появлению травм у ребенка.

Импульсивность. Под импульсивностью понимают невозможность контроля над своими импульсами. Выделяют когнитивную импульсивность (отражающую поспешное мышление) и поведенческую импульсивность (отражающую трудности при подавлении реакций) (Мэш Э., Вольф Д., 2003). Импульсивные дети не могут дождаться своей очереди при игре. В учебной ситуации у таких детей наблюдается «импульсивный стиль работы»: они выкрикивают ответы на уроке, не отвечая на вопросы полностью, прерывают других учеников или учителя (Квашнер К., 2001). Из-за импульсивности дети часто попадают в опасные ситуации из-за того, что не задумывались о последствиях. Склонность к риску становится причиной травм и несчастных случаев. Импульсивность часто сочетается с агрессивным и оппозиционным поведением.

Возрастная периодизация заболевания. Различные периоды возрастного развития ребенка (как стабильные, так и кризисные) сопровождаются разнообразной симптоматикой. Считается, что нижней границей для выявления СДВГ — возраст 3—4 года (Barkley R., 1996). Однако первые проявления иногда можно диагностировать уже на первом году жизни (Журба Л. Т. и соавт., 2000). Младенцы с таким расстройством чрезмерно чувствительны к раздражителям, характеризуются громким плачем, нарушениями сна, двигательным беспокойством. Однако эти особенности нельзя однозначно рассматривать как симптомы СДВГ, поскольку число беспокойных, возбудимых младенцев гораздо больше числа детей, у которых развивается в дальнейшем данное заболевание.

В дошкольном возрасте основное проявление заболевания — гиперактивность. Такие дети бесцельно слоняются по группе детского сада, без умолку болтают, мешают занятиям других детей. Повышенная активность в этот период может быть вариантом нормального развития, обусловленным темпераментом или жесткими требованиями взрослых. На нарушение указывают тяжесть и хронический характер проблемного поведения (Campbel S. B., Ewing L. J., 1990). Отсутствие целенаправленности поведения заставляет задуматься о наличии СДВГ. В тяжелых случаях избыточная двигательная активность принимает характер расторможенности. Кроме этого, у таких детей часто встречается минимальная статико-моторная недостаточность, диспраксия — так называемая «неуклюжесть» (Тржесоглава З., 1986). Термин «статико-моторная недостаточность» традиционно отражает слабую (минимальную) выраженность этой недостаточности, а также ее связь с предшествующим развитием ребенка. Нарушения статико-моторных функций обнаруживают у большинства пациентов с ММД (СДВГ) (Тржесоглава З., 1986).

До 3-летнего возраста дети демонстрируют недифференцированный набор моделей поведения, который называют недостаточно контролируемым паттерном поведения (*undercontrolled pattern of conduct*). Однако в возрасте примерно 3 лет этот паттерн становится дифференцированным, позволяя отличить гиперактивное поведение от агрессивного (Венар Ч., Кериг П., 2004). Необходимо отметить, что, согласно концепции Л. С. Выготского, 3 года — это период третьего возрастного кризиса (кризиса 3 лет) (Выготский Л. С., 1984). Основным содержанием этого периода служат негативизм, упрямство и строптивость (Пальчик А. Б., 2002). Стойкость проявлений заболевания чаще отмечается в том случае, если стиль поведения родителей характеризуется как жесткий и негибкий (Campbel S. B., Ewing L. J., 1990). Частым сопутствующим расстройством в этом возрасте являются специфические расстройства развития речи (СРРР) (Ливинская А. М. и соавт., 2005).

Появление основных жалоб при СДВГ относится к младшему школьному возрасту, но так как обучающие программы присутствуют и в дошкольных образовательных учреждениях, то основные паттерны поведения школьного возраста видны уже в 5 лет. И. П. Брызгунов и Е. В. Касатикова (2002) отмечают наибольшее число детей с СДВГ в 5—10-летнем возрасте. Неудивительно, что в этом возрасте большинство родителей обращаются к врачу или психологу. В этом возрасте возникает проблема с сохранением внимания или способностью продолжать работу над заданием, пока оно не будет выполнено. Возраст прихода ребенка в школу совпадает с четвертым возрастным кризисом — кризисом 7 лет (Выготский Л. С., 1984). Кризис школьной адаптации заключается в утрате ребенком непосредственности, возникновении дифференциации внутренней и внешней жизни. Он в значительной мере обусловлен привнесением в жизнь ребенка интеллектуального начала, смыслового восприятия, формированием самооценки, самолюбия. Позитивным моментом этого кризиса служит возрастание самостоятельности ребенка (Пальчик А. Б., 2002).

После поступления ребенка в школу проблемы возрастают. Учителя и родители отмечают, что дети чрезвычайно подвижны, беспокойны, не могут усидеть на месте во время урока и выполнения домашних заданий. Данные проявления обуславливают школьную дезадаптацию и низкую успеваемость детей с СДВГ, несмотря на их достаточно высокий интеллект. Навыки чтения и письма у детей с СДВГ ниже, чем у сверстников. В этом возрасте могут фиксироваться первые признаки расстройств социального поведения.

Подобные проявления объясняются неспособностью центральной нервной системы гиперактивного ребенка справляться с новыми требованиями, предъявляемыми ему в условиях увеличения физических и психических нагрузок. В начальной школе могут сформироваться паттерны оппозиционно-вызывающего поведения, которое часто сопровождается агрессивностью и лживостью (Barkley R., 1998).

По данным Н. Н. Заваденко (2005), СДВГ является одной из наиболее частых причин школьной дезадаптации (ШД). Под ШД понимают нарушение приспособления личности школьника к условиям обучения в школе, которое выступает как частное явление расстройства у ребенка общей способности к психической адаптации в связи с какими-либо патологическими факторами (Шмакова О. П., 2004).

Большинство исследователей сходится во мнении, что ШД — это сложный многофакторный процесс, имеющий как медико-биологические, так и социально-психолого-педагогические корни. Можно выделить три группы этиологических факторов ШД: биологические (резидуально-органическая патология ЦНС, задержки психического развития и пр.); психологические (аномальные типы семейного воспитания, несоответствие когнитивных стилей ученика и учителя, неадекватный стиль поведения учителя в классе); социальные (жесткость социальных стандартов поведения ученика в школе, чрезмерная перегруженность школьной программы, частая смена школы, гипертрофированно оценочная позиция школы по отношению к ученику) (Шмакова О. П., 2004).

Н. В. Дубровинская и соавт. (2000) относят к школьным следующие факторы риска: стрессовая тактика педагогических воздействий; чрезмерная интенсификация учебного

процесса; несоответствие методик и технологий возрастным и функциональным возможностям детей; нерациональная организация учебного процесса.

В настоящее время рассматриваются три основных компонента ШД: когнитивный (неуспеваемость, недостаточность знаний и навыков), личностный (эмоционально-оценочный — отношение к обучению) и поведенческий (нарушения поведения в школе) (Вос-трокнатов Н. В., 1995).

О. П. Шмаковой (2004) определены периоды обучения, в которые ШД регистрируется наиболее часто: начало обучения в школе (1-й класс); переход из младшей школы в среднюю (5-й класс); окончание средней школы (7-9-й классы). Временные границы возрастных кризисов (по Л. С. Выготскому) сопоставимы с двумя периодами обучения (1-й класс и 7—8-й классы), в которые преимущественно наблюдается школьная несостоятельность, а увеличение числа не справившихся с обучением в 5-м классе обусловлено, по-видимому, не столько онтогенетически-кризисными, сколько психогенными («смена жизненного стереотипа») и прочими (клиническими, личностными) причинами. Также выделяют преходящую (временную) ШД продолжительностью до 6 месяцев и длительную (стойкую) ШД продолжительностью более 6 месяцев (Шмакова О. П., 2004). Дети с СДВГ чаще, чем их здоровые сверстники, остаются на второй год.

В 50-80% случаев клинические проявления СДВГ переходят в подростковый возраст (Barkley R., 1998). И. П. Брызгунов и Е. В. Касатикова (2002) отмечают второй всплеск симптомов заболевания в 14-летнем возрасте, что совпадает с периодом полового созревания. Согласно Л. С. Выготскому, существует пятый возрастной кризис — кризис подросткового возраста (около 13 лет).

П. Уэндери, Р. Шейдер (1998) пишут о снижении гиперактивности с возрастом. Повышенная двигательная активность может сменяться внутренним ощущением беспокойства. В подростковом возрасте на первое место выходит импульсивность, иногда сочетающаяся с агрессивностью (Zuddas A. et al., 2000). Эмоциональное развитие подростков с СДВГ, как правило, запаздывает, что проявляется неуравновешенностью, вспыльчивостью, заниженной самооценкой. В этом периоде нарастают семейные и школьные трудности.

Многие авторы отмечают у детей и подростков с СДВГ наличие тревожно-депрессивных расстройств (Shervette R. E. et al., 1993; Pliszka S. R., 1998). В этом возрасте наиболее выраженными становятся проявления оппозиционных расстройств. Необходимо отметить то, что подростки, страдающие СДВГ, входят в группу риска по развитию аддиктивных расстройств: алкоголизма и наркоманий (Gerra G. et al., 1998; Modigh K. et al., 1998). J. H. Satterfield и A. Schell (1997) отмечают, что подростки с СДВГ в 4 раза чаще попадают под арест, чем их здоровые сверстники. У девочек-подростков СДВГ чаще встречаются незапланированные беременности.

R. Barkley (1998) называет следующие факторы, способствующие развитию асоциального поведения у подростков с СДВГ: выраженные симптомы в детском возрасте, СДВГ у родителей, низкий социально-экономический статус семьи, низкий интеллектуальный уровень родителей.

Согласно оценкам D. Cantwell и соавт. (1997), 30% подростков изживают СДВГ; 40% продолжают страдать невнимательностью и импульсивностью; у 30% возникают дополнительные нарушения.

В 30-70% случаев симптомы СДВГ в той или иной степени переходят и во взрослый возраст (Уэндер П., Шейдер Р., 1998). Всего СДВГ встречается у 2-5 % взрослых в популяции. Для оценки заболевания у взрослых разработаны специальные критерии СДВГ (Уэндер П., Шейдер Р., 1998). Согласно данным критериям, поведение взрослого пациента в детском возрасте (ретроспективно) должно соответствовать критериям DSM-IV для СДВГ детского возраста, а на момент диагностирования должно соответствовать признакам 1 и 2 из приведенного ниже списка, а также не менее чем двум из признаков 3-7.

Постоянная двигательная активность.

Нарушения внимания.

Эмоциональная лабильность.

Неспособность выполнить задание до конца.

Вспыльчивость.

Непереносимость стресса.

Импульсивность.

Взрослые пациенты с СДВГ характеризуются повышенным числом несчастных случаев, перемен мест работы, разводов. У этой категории лиц больше, чем в популяции, представлены депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства (вегето-сосудистая дистония). Взрослые с СДВГ чаще страдают поведенческими расстройствами или аддитивными расстройствами, чем их здоровые сверстники. Вероятность криминального поведения в зрелости возрастает в тех случаях, когда СДВГ сочетается с расстройствами поведения. Прямая связь между СДВГ и совершением преступлений отсутствует.

Несмотря на то, что у взрослых с СДВГ не зафиксировано каких-либо когнитивных недостатков, они характеризуются менее выдающимися академическими достижениями и более низким уровнем образования. Так, известно, что пациенты с СДВГ реже получают высшее образование. Как можно ожидать, они занимают более низкие профессиональные должности. Однако уровень безработицы среди них значимо не отличается от уровня безработицы в контрольной группе. Они значительно чаще становятся виновниками автомобильных катастроф.

Определенные трудности возникают у взрослых с СДВГ и на работе, и в личной жизни. Такие люди характеризуются снижением способности к планированию времени, слабой организацией труда, очень частыми переменами мест работы и увольнениями. Их половая жизнь отличается большим числом партнеров при меньшей продолжительности сексуальных отношений, менее частым применением контрацептивных средств.

Все же можно сказать, что после исключения симптомов сопутствующих заболеваний основные характерные признаки СДВГ остаются (Biederman J. et al., 1991). Более того, данные лонгитудинальных исследований подтверждают наличие «чистого» СДВГ у взрослых с незначительно выраженными сопутствующими расстройствами или без них у небольшого числа лиц.

Сопутствующие расстройства. Одним из наиболее частых сопутствующих СДВГ расстройств являются тики. Поданным E. R. Knell, D. E. Comings (1993), около 50% детей с СДВГ страдают тиками.

Тикозный гиперкинез, тик (от французского tic — судорожное подергивание), представляет собой внезапное отрывистое, повторяющееся движение, охватывающее различные мышечные группы. Тик напоминает нормальное координированное движение, варьирует по интенсивности и отличается отсутствием ритмичности, может временно подавляться усилием воли и благодаря однотипности рисунка относительно легко имитируется (Лис А. Дж., 1989). Интенсивность тиков колеблется от еле заметных подергиваний до непрерывного потока гиперкинезов (тикозного статуса) (Зыков В. П., 1999).

Тики могут быть двигательными (моторные) и голосовыми (вокальные). Также выделяют простые и сложные тики. Если простые двигательные тики затрагивают только одну мышечную группу, то сложные двигательные тики напоминают целенаправленное движение. Простые вокальные тики проявляются выкрикиванием бессмысленных звуков, в то время как сложные вокальные тики могут походить на слова.

В 10-м пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-10) выделены следующие основные виды тиков:

F95.0 — Транзиторные тики: не сохраняются более 12 месяцев. □ F95.1 — Хронические моторные или вокальные тики: длятся более 12 месяцев.

F95.2 — Синдром Жиль де ля Туретта (СТ): комбинирование множественных моторных тиков и одного и более вокальных тиков. Моторные и вокальные тики при этом расстройстве могут возникать не всегда одновременно.

Другим симптомом, который часто встречается при СДВГ, являются головные боли. Так, у пациентов из наблюдаемой нами группы головные боли отмечались в 52% случаев. Если учитывать, что число детей с головными болями в популяции, по литературным данным, составляет 10—33% детей, то можно сделать вывод о частом сочетании СДВГ и данной патологии. Наиболее часто встречаются головные боли напряжения (ГБН). Известно, что в генезе головных болей напряжения важную роль играют эмоциональные нарушения, хронический стресс. Клинически головные боли напряжения отличаются своеобразием ощущений: монотонная, тупая, сдавливающая, стягивающая, ноющая боль. Боли не имеют четкой локализации, чаще диффузные, двусторонние с максимальной выраженностью в затылочной или теменной областях. Иногда пациенты описывают жалобы на наличие тяжести, скованности в виде «каска» или «обруча» вокруг головы. Такое состояние традиционно обозначают, как «каска неврастеника». Данные боли регистрируются от 1 до 3 дней в неделю и возникают чаще в вечернее время, после занятий в школе.

Расстройство поведения (РП) (conduct disorder) характеризуется наличием очень агрессивных и антисоциальных поступков. При этом могут иметь место четыре типа проблем поведения: агрессия по отношению к другим, уничтожение имущества, воровство, другие серьезные нарушения правил. Проявления РП отмечаются у 2—6% детей в США (Хиншоу М., 2002). В детском возрасте РП в 3—4 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек. Кроме этого, данная патология у мальчиков возникает раньше и отличается большей устойчивостью. В подростковом возрасте различия становятся меньше выраженными.

Сочетание тревожных расстройств с СДВГ наблюдается примерно в 25% случаев (Таннок Р. 2000). Другие авторы отмечают, что тревожные расстройства при СДВГ встречаются в 50% случаев (Mancini С. et al., 1999). Результаты исследований, проведенных нашей сотрудницей О. В. Лапшиной (2006), также показали, что 53% детей с СДВГ характеризуются признаками тревожных расстройств. Наиболее часто отмечались генерализованные тревожные расстройства и тревожно-фобические расстройства детского возраста, главным образом «школьные фобии» или фобии детского дошкольного учреждения (пункт F.93.1 по МКБ-10).

Дети с этой патологией жалуются на разнообразные страхи, испытывают трудности при межличностных контактах. У детей с СДВГ и так возникают проблемы в общении с родителями, учителями, сверстниками. Эти затруднения могут привести к формированию заниженной самооценки, ощущению «собственной неполноценности», которые усугубляются при наличии коморбидных тревожных расстройств (Таннок Р. et al., 2000; Brown Т., 2001). Выраженность тревоги может варьировать от легкого беспокойства до степени фобии с формированием избегающего поведения. Обязательными являются вегетативные сопровождения тревоги, которые могут выступать в клинической картине на первый план. У детей они, как правило, имеют перманентный характер (панические атаки встречаются крайне редко). Частые головные боли, метеозависимость, повышенная утомляемость у ребенка способствуют дополнительной невротизации личности, развитию вторичных психических нарушений (астено-депрессивный, ипохондрический синдромы).

По данным S. R. Pliszka (1992), в тех случаях, когда подростки с СДВГ характеризуются повышенной тревожностью, выраженность импульсивности у них несколько ниже, чем у тех, кто страдает СДВГ без импульсивности, поскольку тревога может подавлять импульсивность. При этом у таких детей отмечается и более продолжительное время реакции по сравнению с детьми только с СДВГ. Кроме этого, у детей с СДВГ и высокой тревожностью более выражены дефицит оперативной памяти и снижение скорости мыслительных процессов (Pliszka S. R., 1989; Schatz D. B., Rostain A. L, 2006).

Наличие коморбидных тревожных расстройств у больных с СДВГ определяет более тяжелое течение, худший прогноз и недостаточную эффективность терапии (Pliszka S. R., 1998; Newcorn J. H. et al 2001).

Кроме этого, в 16-26 % случаев у школьников с СДВГ встречаются различные депрессивные расстройства (Gillberg С. et al., 2004).

До настоящего времени остается спорным вопрос о коморбидности между СДВГ и биполярными расстройствами.

Очень часто у детей с СДВГ встречаются нарушения обучаемости. Нарушения чтения и письма в МКБ-10 относятся к нарушениям развития учебных навыков (F.81). Наиболее часто говорят о дислексии и дисграфии. Дислексия (F.81.1) — частичное специфическое нарушение процесса чтения, проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера. Дисграфия (F.81.2) — нарушение становления процессов письма и одна из форм недоразвития письменной речи, также проявляющаяся в повторяющихся ошибках стойкого характера. Данные нарушения чаще выявляются в 6—8-летнем возрасте и тесно связаны с биологическим созреванием головного мозга. Такие расстройства характеризуются постоянным течением без ремиссий и рецидивов. Это означает наличие дефицита в обучении навыкам чтения и письма, но не утрату уже приобретенных навыков (Варнке А., 2001).

Для обозначения данных расстройств также используется термин «недостаточная (или затрудненная) обучаемость» (learning disability). Необходимо отметить, что в эту группу не включаются дети, обучаемость которых нарушена из-за умственной отсталости; дефектов зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата; эмоциональных нарушений; культурных или социально-экономических ограничений.

Клиническая картина складывается из явлений незрелости, связанной с дизонтогенезом и резидуально-органической симптоматики (Корнев А. Н., 1997). Дислексия у детей выражается в неспособности достигать такого уровня развития навыков чтения, а также письма и орфографии, которые были бы пропорциональны их умственным способностям. Дисграфия — нарушение становления процессов письма и одна из форм недоразвития письменной речи, проявляющаяся в повторяющихся ошибках стойкого характера. Различают следующие основные типы ошибок при письме: оптические, фонематические, грамматические (Заваденко Н. Н., 2003).

По нашим данным, дислексия у детей с СДВГ встречалась в 21,3% случаев, дисграфия — в 30,4% случаев, дискалькулия — в 20,2% случаев. Эти цифры примерно соответствуют литературным данным относительно распространенности этих расстройств у детей с СДВГ (Barkley R., 1998; Gillberg C, 2004). По мнению R. Tannock и T. Brown (2000), дискалькулия чаще встречается у детей с преобладанием невнимательности.

Проведенные нами исследования показали, что в 26% случаев у детей с СДВГ старше 5 лет отмечался энурез, что выше, чем в популяции, где энурез, по литературным данным, встречается в возрасте 5 лет — в 15-20% случаев, в 7-летнем возрасте — у 7-12% детей (Казанская И. В., Отпущенникова Т. В., 2005). Под энурезом (неорганический энурез, согласно МКБ-10 — E98.0) в настоящее время понимают непроизвольное мочеиспускание, чаще всего во сне (ночном или дневном). Принято считать, что данная проблема приобретает клиническое значение с 5-летнего возраста. Случаи дневного энуреза относительно редки и заставляют задуматься о патологии мочевыделительной системы.

Энурез может быть обусловлен функциональной незрелостью нервной системы, наследственными факторами, патологией мочевыделительной системы, нарушениями сна, психологическими травмами. Выделяют первичный энурез, при котором с рождения у ребенка не было длительных (более 6 месяцев) «сухих» промежутков, и вторичный, при котором эпизоды непроизвольного мочеиспускания появляются вновь после длительного «сухого промежутка». Первичный энурез встречается гораздо чаще вторичного, в том числе и среди детей с СДВГ. Очень часто непроизвольное мочеиспускание во сне происходит на фоне профундосомнии (чрезмерно глубокого сна), и ребенок, даже будучи мокрым, не просыпается. В 4% случаев у детей из наблюдаемой группы отмечался энкопрез (недержание кала). При этом всегда данный симптом носил вторичный характер и появлялся на фоне хронической психотравмирующей ситуации.

И. П. Брызгунов и Е. В. Касатикова (2002) свидетельствуют, что гиперактивные дети характеризуются сноговорением, беспокойством во сне, жалобами на недостаточный сон при большей продолжительности сна у детей с СДВГ по сравнению со здоровыми сверстниками.

Так, по нашим данным, снохождение (сомнамбулизм) отмечалось у 9% детей из исследуемой группы. Намного чаще — 18% случаев — встречались ночные ужасы.

В литературе упоминается высокая частота различных речевых нарушений у детей с СДВГ (ММД) (Dykman R. A., Askerman P. T., 1991). В. М. Трошин и соавт. (1994) считают, что можно говорить о задержке формирования не только речевой сенсомоторики (дизлалия, дизартрия), но также программирования и контроля. Заикание при обследовании у больных из наблюдаемой нами группы выявлено в 11 % случаев. М. И. Лохов и соавт. (2003) отмечали частое сочетание гиперактивности и заикания.

Разновидности СДВГ. Согласно DSM-IV, выделяют СДВГ с преобладанием гиперактивности, СДВГ с преобладанием невнимательности и комбинированный тип заболевания. Последний тип является наиболее распространенным.

В соответствии с классификацией DSM-IV, из наблюдаемой группы (644 пациента) были выделены пациенты со следующими типами СДВГ:

с преобладанием невнимательности (СДВГ-Н) — 107 человек (16,6%);

с преобладанием гиперактивности и импульсивности (СДВГ-ГИ) — 141 человека (21,9%);

комбинированный тип (СДВГ-К) — 396 человек (61,5%).

Проведенные нами исследования свидетельствуют об относительном увеличении числа пациентов с СДВГ-ГИ, и особенно с преобладанием импульсивности, в старшем школьном возрасте по сравнению с младшим школьным возрастом. Относительно небольшое число дошкольников с СДВГ-Н, на наш взгляд, объяснялось тем, что только после начала занятий в школе родители видят невнимательность, отвлекаемость ребенка. Эти результаты отличаются от данных М. Fisher (1993) о регрессии проявлений гиперактивности по мере приближения подросткового возраста. По нашему мнению, с возрастом отмечается трансформация проявлений гиперактивности со значительным увеличением импульсивности в старшем школьном (подростковом) возрасте.

В. И. Гузев и М. Я. Шарф (1998) выделяют дизонтогенетический и энцефалопатический типы ММД. У детей с дизонтогенетическим типом расстройства выражены негрубо и выражаются обычно в виде цереброастенических явлений и психомоторной возбудимости. У детей с энцефалопатическим типом черты незрелости сочетаются с признаками повреждения нервной системы.

Учитывая наличие тех или иных коморбидных расстройств, нами выделены две функциональные формы СДВГ. Простая форма характеризуется симптомами асинхронии развития: невнимательность, гиперактивность, дислексия, дисграфия, первичная форма энуреза. Осложненная форма — тем, что к симптомам асинхронии развития присоединяются вторичные симптомы: тики, головные боли, вторичная форма энуреза, энкопрез, заикание, расстройство социального поведения, фобические расстройства, парасомнии. Дети с осложненной формой СДВГ отличаются более высоким уровнем гиперактивности и импульсивности.

При наличии симптомов, характерных как для простой, так и для осложненной формы заболевания, состояние пациента трактовалась как осложненная форма. В исследуемой нами группе преобладали пациенты с осложненной формой заболевания.

С возрастом выявлялась тенденция к увеличению количества пациентов с осложненной формой заболевания. Преобладание пациентов с такой формой особенно выражено в старшем школьном возрасте. Возможно, с возрастом происходит переход из первой формы заболевания во вторую. Этот переход часто отмечался в 7-летнем возрасте. На наш взгляд, поступление ребенка в школу — один из факторов, влияющих на переход из одной функциональной формы в другую.

Регистрируется достоверная связь между возникновением СДВГ с преобладанием невнимательности и простой формой заболевания, а также достоверная связь между возникновением смешанного типа и особенно типа с преобладанием гиперактивности и импульсивности СДВГ и осложненной формы заболевания.

При анализе клинических проявлений различных типов СДВГ и коморбидных расстройств необходимо отметить, что у пациентов с осложненной формой СДВГ с преобладанием невнимательности (39 человек) регистрировались головные боли напряжения преимущественно хронического характера, сочетавшиеся с утомляемостью, сонливостью. Такое состояние можно условно было определить, как цереброастенический вариант осложненной формы СДВГ. Осложненная форма СДВГ с преобладанием невнимательности и гиперактивности (141 человек) характеризовалась преимущественно эпизодическими головными болями напряжения, тиками, заиканием, энкопрезом, парасомниями, фобическими и обсессивными расстройствами. Такое состояние можно было условно определить как неврозоподобный вариант осложненной формы СДВГ.

Следовательно, в исследуемой группе находилось 86 пациентов с цереброастеническим вариантом СДВГ (13,3%), 254 пациента с неврозоподобным вариантом СДВГ (39,4%), 80 пациентов с сочетанным вариантом СДВГ (12,4%).

Обзор литературных данных и результаты проведенных клинических исследований позволили разработать новую классификацию СДВГ с учетом типа и формы заболевания.

Классификация СДВГ (Л. С. Чутко)

Типы СДВГ:

С преобладанием невнимательности.

С преобладанием гиперактивности и импульсивности.

Комбинированный тип.

Формы СДВГ:

Простая форма.

Осложненная форма:

цереброастенический вариант;

неврозоподобный вариант;

3) сочетанный вариант.

Степень тяжести:

Умеренная.

Выраженная.

Дети с цереброастеническим вариантом отличаются несколько большей степенью невнимательности, чем дети с неврозоподобным вариантом. Дети с неврозоподобным вариантом отличаются достоверно большей гиперактивностью и импульсивностью, чем дети с цереброастеническим вариантом СДВГ.

1.5. ДИАГНОСТИКА СДВГ

Диагностика СДВГ проводится в критериях DSM-IV. Для постановки диагноза достаточно соответствия диагностическим критериям. Данные опросников для родителей, результаты психологических и нейрофизиологических исследований носят лишь дополнительный характер.

Диагностические критерии DSM-IV (1994)

Особенности поведения:

появляются до 7 лет;

обнаруживаются по меньшей мере в двух сферах деятельности (в школе, дома, в труде, в играх);

не обусловлены психотическими, тревожными, аффективными, диссоциативными расстройствами или психопатиями;

вызывают значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию.

Невнимательность (из перечисленных ниже признаков минимум 6 должны сохраняться не менее 6 месяцев):

неспособность выполнить задание без ошибок, вызванных невозможностью сосредоточиться на деталях;

неспособность вслушиваться в обращенную к ним речь;

неспособность доводить выполняемую работу до конца;

неспособность организовать свою деятельность;

избегание нелюбимой работы, требующей усидчивости;

потеря предметов, необходимых для выполнения заданий (письменные принадлежности, книги и т. д.);

забывчивость в повседневной деятельности;

отвлекаемость на посторонние стимулы.

Гиперактивность и импульсивность (из перечисленных ниже признаков минимум 4 должны сохраняться не менее 6 месяцев):

1. Гиперактивность

Ребенок:

- суетлив, не может сидеть спокойно;
- вскакивает с места без разрешения;
- бесцельно бегает, ерзает, карабкается в неадекватных для этого ситуациях;
- не может играть в тихие игры, отдыхать.

2. Импульсивность

Ребенок:

- выкрикивает ответ, не дослушав вопрос;
- не может дождаться своей очереди.

Согласно этим критериям, отвлекаемость, впервые появившаяся у девятилетнего ребенка, не будет считаться признаком СДВГ. Необходимо отметить, что тревожные расстройства (неврозы), депрессия, стрессорные факторы не являются причиной СДВГ. Симптомы СДВГ приводят к возникновению значительных школьных проблем, и небольшое снижение успеваемости («четверка по физике») у подростка, который раньше учился на отлично, — это тоже не СДВГ.

Дифференциальный диагноз при СДВГ проводится с такими патологическими состояниями, как посттравматическая энцефалопатия, неврозы, цереброастенический синдром при соматических заболеваниях, последствия нейроинфекций и рядом других патологических состояний (табл. 1).

Отвлекаемость на уроках в рамках клинических проявлений СДВГ необходимо отличать от снижения мотивации к школьным занятиям. В первом случае неуспешность ребенка наблюдается на большинстве уроков, особенно на тех, где требуется наибольшее сосредоточение внимания (математика, русский язык).

Некоторые трудности возникают при дифференциальной диагностике гиперактивности с индивидуальными особенностями темперамента, особенно в дошкольном возрасте. У детей дошкольного возраста с СДВГ гиперактивность зачастую носит ненаправленный характер.

Проблемы с поведением у детей с СДВГ наблюдаются и в детском учреждении (школа, детский сад), и дома. В тех ситуациях, когда ребенок плохо ведет себя только дома, чаще всего являются последствиями неправильного воспитания.

Поскольку СДВГ — медицинский диагноз, ни педагог, ни психолог не вправе делать заключение о его наличии или отсутствии.

Таблица 1

Дифференциальный диагноз СДВГ (по Заваденко Н. Н., 2005)

Заболевания	Дифференциально-диагностические	Дополнительные консультации и
Неврозы	Особенности поведения ребенка связаны с действием	Анализ анамнестических сведений,
Цереб्रोастенический синдром при	Высокая истощаемость, сонливость,	Педиатрическое обследование, лабораторные
Последствия перенесенной черепно-мозговой	Клинические проявления имеют четкую связь с черепно-мозговой	Анализ анамнестических данных, неврологическое и ней-
Индивидуальные особенности	Отсутствие клинически значимых нарушений внимания и	Неврологическое обследование, анализ анамнестических

Однако, следуя основному принципу работы с гиперактивными детьми, психологи, как правило, могут провести предварительную диагностику, которая дает право предположить, что ребенок принадлежит к данной категории.

Главным инструментом, который использует психолог, является метод наблюдения (систематического, фиксированного), результаты которого можно соотнести с основными симптомами, описанными в МКБ-10 и с диагностическими критериями DSM-IV (1994). Благодаря направленному наблюдению психолог сможет отметить особенности поведения и развития ребенка с СДВГ, избежать ошибочного приписывания данного синдрома импульсивным, одаренным, тревожным детям, у которых могут наблюдаться отдельные схожие признаки (несдержанность, суетливость, невнимательность и др.).

Кроме метода наблюдения помощь психологу может оказать и анализ продуктов деятельности ребенка: рисунки, поделки, рабочие тетради. Импульсивность, неумение заниматься одним делом длительное время, управлять своим поведением, свойственные детям с СДВГ, не могут не отразиться в их произведениях. Как правило, гиперактивным детям трудно соблюдать чистоту в тетрадях, вмещать длинные записи в небольшой отрезок, отведенный для записи ответов в рабочих тетрадях, отпечатанных типографским способом. Рисунки редко бывают симметричными. Люди и животные на рисунках не статичны, они полны движения. При раскрашивании рисунка наблюдается небрежность, штриховка выходит за края изображения. Нажим, как правило, неравномерный, а детали рисунка — размашистые. Зачастую гиперактивные дети стремятся заполнить все пространство листа, заезжая при этом за границы листа.

Безусловно, данных, полученных только в процессе наблюдения и анализа продуктов деятельности ребенка, может оказаться недостаточно. Поэтому психолог может воспользоваться методикой Тулуз-Пьерона (разработан Л. А. Яскжовой) — инструментом для выявления минимальной мозговой дисфункции, лежащей в основе СДВГ.

Для психолога неврологический дефект ребенка выступает как данность, с которой он не должен и не может ничего сделать. Но необходимо понять суть дефекта, чтобы проследить его отрицательное влияние на развитие психических процессов и поведение ребенка (Ясюкова Л. А., 1997).

Методика предназначена для работы с детьми от 6 лет и представляет собой один из вариантов корректурной пробы, общий принцип которой был разработан Бурдоном в 1895 г. Методика является простым способом косвенной диагностики ММД. Результаты выполнения теста

позволяют не только получить количественные показатели (точность и скорость выполнения), но и провести качественный анализ работы, который поможет получить сведения об особенностях нейродинамики, оперативной памяти, мышления, о характере мотивации ребенка и т. д. В некоторых случаях целесообразно кроме проведения теста провести анкетирование педагогов и родителей, чтобы объективно оценить наличие особенностей развития и поведения у ребенка. Подробнее об этом мы пишем в книге «Шпаргалка для взрослых» Лютова Е., Мониной Г., 2003).

После проведения теста, анализа записей и рисунков, проведения фиксированного наблюдения психолог анализирует полученные разрозненные данные и, предположив наличие синдрома дефицита внимания у ребенка, направляет его к врачу для постановки диагноза. При дифференциальном диагнозе могут помочь данные дополнительных исследований: количественная ЭЭГ с определением индексов невнимательности, психофизиологический тест ТОВА, регистрация вызванных потенциалов. С помощью их результатов проводится объективная оценка степени невнимательности и импульсивности.

Часто приходится дифференцировать клинические проявления СДВГ и различных астенических расстройств. Под астенией (греч. *astheneia* — бессилие, слабость) понимают патологическую усталость после нормальной активности, сопровождающуюся снижением энергии, необходимой для обеспечения нормальной жизнедеятельности и внимания, резкое снижение работоспособности. Обычно астения сопровождается вялостью, сонливостью, раздражительностью. В сознании преобладает чувство усталости, разбитости. Чаще всего встречаются астении преимущественно психогенного происхождения. Данное состояние принято называть неврастенией (F.48.0).

В клинической практике встречается также гиперактивное расстройство, сочетающиеся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F.84.4.), которое характеризуется выраженной гиперактивностью, двигательными стереотипиями, выраженной умственной отсталостью.

Нейрофизиологические исследования у детей с СДВГ проводятся в основном с помощью методов электроэнцефалографического обследования. Биоэлектрическая активность головного мозга у таких детей характеризуется усилением тета- и дельта-активности в передних зонах коры и уменьшением представленности в этих областях бета-ритма полосе 12-21 Гц (Mann S. et al., 1992). V. Monastra и соавт. (2001) приводят данные о том, что соотношение тета-ритма и бета-ритма у детей с СДВГ в несколько раз выше, чем у здоровых детей, что свидетельствует о некотором замедлении биоэлектрической активности головного мозга. A. R. Clarke и соавт. (2001) сообщают о повышении мощности медленных волн в теменно-затылочных областях у детей с СДВГ. И. С. Никишена и соавт. (2004) предложили «индекс невнимательности» (отношение мощности бета-ритм/альфа-ритм), который можно учитывать при оценке степени тяжести СДВГ. Чем меньше этот индекс, тем больше степень СДВГ.

Для оценки степени нарушения внимания при СДВГ применяется метод вызванных потенциалов (ВП) (Winsberg B. G. et al., 1993; Verbaten M. N. et al., 1994). Этот метод основан на регистрации биоэлектрической активности мозга человека в процессе выполнения им различных заданий. ВП, выделенный из ЭЭГ путем суммации и усреднения большого количества проб, состоит из позитивных и негативных колебаний. Отдельные компоненты в сложной структуре ВП, характеризующиеся определенным латентным периодом (ЛП), полярностью и амплитудой, по-разному связаны с сенсорной модальностью и характеристиками вызывающих их стимулов. Для исследования механизмов направленного внимания используется регистрация ВП, возникающих в вероятностной ситуации «oddball» парадигма (задача испытуемого при этом состоит в опознании в серии стимулов случайных, отличающихся по некоторым параметрам сигналов — значимых стимулов).

Исследования Е. А. Яковенко и соавт. (2003) показали, что у детей с СДВГ по сравнению со здоровыми сверстниками снижены амплитудные показатели компонентов ВП, связанных с вовлечением в действие и подавлением действия. Также было показано, что амплитуда этих компонентов значимо коррелирует с качеством выполнения двух-стимульного слухового теста

на внимание. Полученные данные позволили авторам сделать вывод об использовании вызванных потенциалов в качестве объективных показателей нарушения внимания у детей. Необходимо отметить, что степень социальной и школьной дезадаптации далеко не всегда коррелирует со степенью выраженности количественных показателей невнимательности, гиперактивности и импульсивности. Довольно часто у ребенка с выраженной дезадаптацией отмечается умеренная степень СДВГ. В таких случаях основное внимание надо уделять психологическим корням данной ситуации.

Тревожность — один из факторов, приводящих к значительным нарушениям социальной адаптации у детей и подростков. Многие авторы отмечали наличие тревожно-депрессивных расстройств у детей и подростков с СДВГ (Shervette R. E. et al., 1993; Pliszka S. R., 1998). Необходимо вспомнить также исследования J. McClelan и соавт. (1990), выявившие корреляцию между возникновением СДВГ у детей и наличием тревоги и депрессии у родителей.

При анализе повышенного уровня тревожности у пациентов с различными типами СДВГ (Т. И. Анисимова) обнаружена более частая встречаемость данного состояния у пациентов с осложненной формой заболевания. Необходимо отметить, что пациенты с неврозоподобным вариантом осложненной формы СДВГ отличались более высоким уровнем тревожности, чем дети с цереброастеническим вариантом.

Результаты нейропсихологических исследований свидетельствуют о нарушении у больных с СДВГ системы двигательного контроля. В соответствии с теорией А. Р. Лурии (1973), подобные изменения выявляются при поражении лобных долей головного мозга. Важное шено в обеспечении моторной регуляции и селекции действий — система взаимосвязи между хвостатым ядром и фронтальной корой (Pontius A. A., 1973; Kropotov J. D., Etlinger S. C, 1992). Нарушения системы двигательного контроля у больных с СДВГ необходимо рассматривать как одно из проявлений исполнительской дисфункции (executive dysfunction) (Nigg J. T. et al., 2002). Дети с СДВГ испытывают значительные трудности при планировании и организации сложных видов деятельности. Необходимо отметить, что данные нарушения были выражены значительно сильнее при осложненной форме СДВГ. Достоверных различий у детей с различными вариантами осложненной формы СДВГ не отмечалось.

Несмотря на то, что достоверных различий по общему интеллектуальному показателю при простой и осложненной форме заболевания зафиксировано не было, можно отметить тенденцию к худшему выполнению невербальных проб при осложненной форме заболевания. Уровень внимания оценивается с помощью психофизиологического теста TOVA (The Test of Variables of Attention), основанного на предъявлении зрительных стимулов. TOVA — тест непрерывной деятельности, позволяющий оценить состояние внимания по отношению к нормативным данным; он основан на предъявлении испытуемому значимых и незначимых стимулов в виде геометрических фигур. TOVA обеспечивает количественную оценку эффективности различных методик лечения СДВГ на основании улучшения специфических критериев внимания, таких как контроль импульсивности и постоянство времени ответа. Отсутствие эффектов привыкания при повторном тестировании, применение невербальных стимулов и большая продолжительность теста — причины удобства использования TOVA для оценки эффективности лечения пациентов с СДВГ. Данные TOVA включают оценку степени невнимательности (ошибки пропусков значимых стимулов), импульсивности (ошибки ложных нажатий на кнопку), скорости переработки информации (время ответа) и устойчивости внимания (дисперсия времени ответа). Тест состоит только из двух невербальных стимулов и требует внимания пациента в течение 22,5 минуты без продолжительного отдыха.

Анализ результатов психофизиологического исследования (TOVA) показывает, что дети с осложненной формой заболевания характеризовались более высоким уровнем импульсивности. При этом необходимо отметить тенденцию к более высокому уровню невнимательности у пациентов с осложненной формой заболевания. Проведенные исследования говорили о достоверно более высоком уровне импульсивности у пациентов с

неврозоподобным вариантом по сравнению с детьми с цереброастеническим вариантом осложненной формы СДВГ.

стигнут терапевтический эффект или не разовьются побочные эффекты. Физическая зависимость при применении данных препаратов обычно не развивается. Лечение с помощью психостимуляторов обычно продолжается много лет (long-acting medications) и должно сопровождаться диспансерным наблюдением такого пациента.

Употребление психостимулирующих средств может осложняться развитием побочных эффектов. Наиболее частыми из них являются бессонница, раздражительность, боли в животе, снижение аппетита, головные боли, тошнота. Несмотря на большое количество исследований посвященных использованию психостимуляторов при лечении СДВГ, этот вопрос по-прежнему сопровождается дискуссиями.

Новый препарат, предложенный для лечения СДВГ, — атомоксетин (Страттера), селективный ингибитор пресинаптических переносчиков норадреналина. Данный препарат используется для лечения СДВГ у детей старше 6 лет, подростков и взрослых. Атомоксетин особенно эффективен в случаях сочетания СДВГ с тревожными расстройствами, депрессией, ОВР, тиками, энурезом.

В России для лечения СДВГ традиционно применяли ноотропные средства. Под ноотропными препаратами понимают лекарственные средства, положительно влияющие на высшие интегративные функции головного мозга; основное проявление их действия — улучшение процессов обучения и памяти при их нарушениях. К ноотропным и церебропротекторным препаратам, применяемым при лечении СДВГ, относят энцефабол, пантогам, фенибут, пикамилон, церебролизин, ноотропил, глиатилин, инстенон.

Поиск новых фармакологических средств привел ученых к открытию класса низкомолекулярных пептидных биорегуляторов, названных цитомединами; они осуществляют перенос информации, необходимой для нормального функционирования, развития и взаимодействия клеточных популяций (Морозов В. Г., Хавинсон В. Х., 1996). Одним из наиболее эффективных препаратов этого класса является кортек-син, выделенный из коры головного мозга животных.

В детской практике препарат применяется при реабилитации различных форм детского церебрального паралича, последствиях черепно-мозговых травм, эпилептического синдрома, задержках психомоторного и речевого развития (Рыжак Г. А. и соавт., 2003). Проведенные нами исследования показали, что после курса кортек-сина клиническое улучшение наступило у 72% пациентов с СДВГ. Отмечается значительное снижение невнимательности (повышение внимания), менее значимое снижение показателей гиперактивности. Особенно эффективно применение кортексина у детей с сопутствующими речевыми нарушениями. Большинство детей стали охотней использовать речь для общения, повторять слова за взрослыми, меньше прибегать к жестам или больше сопровождать жесты словами. Достоверно отмечалось расширение активного словаря детей.

При лечении СДВГ часто используется препарат пантогам. По химической структуре он представляет собой кальциевую соль D(+) — пантоил-гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). Применение пантогама позволяет уменьшить гиперактивность, выраженность тиков.

У подростков с СДВГ и сопутствующими тревожными расстройствами, головными болями напряжения возможно использование фитопрепарата Гелариум Гиперикум. Активные вещества препарата — гиперацин, гиперфорин (производные зверобоя, St.-Johns'wort) — обладают мягким антидепрессивным и анксиолитическим действием.

Транскраниальная микрополяризация (ТКМП) — лечебное применение постоянного (гальванического) электрического тока небольшой силы на ткани головного мозга. Метод транскраниальной микрополяризации (ТКМП) был разработан в НИИ экспериментальной медицины РАМН (Вартанян Г. А. и соавт., 1981). По мнению Д. Ю. Пинчука (1997), наиболее вероятным механизмом ТКМП является направленная активация неспецифических активирующих систем головного мозга (неспецифические ядра таламуса, мезенце-фалическая ретикулярная формация), приводящая и к активации существующего, но не эффективно

функционирующего синаптического аппарата нейронов, и к интенсификации процессов морфо-функционального развития незрелых элементов коры вследствие нормализации нейродинамики. Этот метод активизирует функциональные резервы мозга, не имеет нежелательных побочных эффектов и осложнений.

Наибольшее применение метод ТКМП нашел при лечении различных нервно-психических расстройств детского возраста. Так, нами разработана методика лечения СДВГ с его помощью. После курса ТКМП клиническое улучшение наступило у 77% детей.

В динамике отмечено уменьшение гиперактивности, увеличение внимания, улучшение координации движений, тонкой моторики. Как уже говорилось, необходимо обратить внимание на отсутствие нежелательных побочных эффектов после курса ТКМП. Положительная динамика наблюдалась с 3—4-го сеанса. После курса ТКМП уменьшение тиков отмечается у 76% пациентов, страдающих этим расстройством.

Повторные психологические исследования после курса ТКМП показали уменьшение показателей тревожности у 71 % пациентов с повышенным уровнем данного показателя. Важно отметить существенное улучшение результатов выполнения нейропсихологических проб после курса ТКМП. Повторное психофизиологическое исследование показало снижение невнимательности и более выраженное снижение показателей импульсивности.

Таким образом, метод ТКМП является эффективным методом лечения различных форм СДВГ, позволяющим при практическом отсутствии нежелательных побочных эффектов направленно изменять функциональное состояние головного мозга.

Биологическая обратная связь в лечении СДВГ. Биосвязь активно используется для изменения функционального состояния центральной нервной системы на основе перестроек спектральных характеристик электроэнцефалограмм (ЭЭГ-БОС). В результате ЭЭГ-тренинга, ведущего к нормализации центральных механизмов регуляции, восстановлению гемодинамических, метаболических и нейромедиаторных функций, в мозге формируется новая функциональная система, обладающая собственным эндогенным механизмом устойчивости (Штарк М. Б., 1998).

Н. П. Бехтерева (1988) подчеркивает, что у биологической обратной связи отсутствуют нежелательные влияния, потому что используются воздействия, максимально приближенные к физиологическим. Эти методы обеспечивают направленную активацию структурно-функциональных резервов мозга в целях преодоления действия факторов устойчивого патологического состояния.

Поскольку для ЭЭГ пациентов, страдающих СДВГ, характерно увеличение представленности тета-активности и уменьшение мощности бета-активности, БОС-тренинг обычно направлен на увеличение быстрой активности в диапазоне бета-1 -ритма при одновременном подавлении тета-активности (Гринь-Яценко В. А. и соавт., 2000; Lubar J. E., 1991). Как правило, в процедуре ЭЭГ-БОС в качестве подкрепления используют визуальные, реже акустические сигналы. Визуальная обратная связь обеспечивается изменением размера, цвета, яркости изображения и других параметров объекта на экране дисплея в зависимости от мощности, амплитуды, процента встречаемости в ЭЭГ управляемой активности. Визуальный сигнал в ряде случаев дополняется сигналом акустической обратной связи. Это может быть красивая мелодия, включающаяся, если амплитуда текущей волны превышает заданный порог (или, наоборот, не достигла его, если задача состоит в подавлении активности), или изменение громкости звука или высоты тона в зависимости от амплитуды волн диапазона, выбранного для тренинга.

После курса ЭЭГ-БОС (бета-тренинга) клиническое улучшение отмечалось у 74% пациентов. Оценка состояния с помощью шкалы SNAP-IV после курса ЭЭГ-БОС (бета-тренинга) показывает значительное снижение невнимательности (повышение внимания), снижение показателей гиперактивности, незначительное снижение показателей импульсивности. Нежелательные побочные эффекты и осложнения не отмечались.

В тех случаях, когда в клинической картине доминирует импульсивность, а также при наличии повышенного уровня тревоги, тиков, головных болей, возможно проведение процедур ЭЭГ-

БОС с увеличением альфа-ритма (альфа-тренинг). В таких случаях ребенку даются указания на расслабление (релаксацию). Оценка состояния с помощью шкалы SNAP-IV после курса ЭЭГ-БОС (альфа-тренинга) показала значительное снижение импульсивности, снижение признаков гиперактивности, но незначительное снижение показателей невнимательности. Психологические исследования обнаружили уменьшение показателей тревожности у 77% детей с повышенным уровнем данного показателя. Повторное психофизиологическое исследование выявило статистически достоверное снижение импульсивности. Достоверного снижения невнимательности не отмечалось. Для лечения комбинированного типа СДВГ часто используется тренинг сенсомоторного ритма (СМР-тренинг). Для повышения эффективности лечения детей с СДВГ возможно сочетанное применение ЭЭГ-БОС и ТКМП.

Глава 2

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С СДВГ

2.1. МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СДВГ

Общепринятым является положение, согласно которому лечение СДВГ должно быть комплексным, то есть включать как медикаментозную терапию, так и психотерапевтические методы (Шевченко Ю. С, 2003; Чутко Л. С, 2003; Barkley R. A., 1987 и др.). Наряду с нарушениями внимания, импульсивностью, проблемами саморегуляции детям и подросткам с данным заболеванием могут быть свойственны агрессивность, раздражительность, склонность к переменам настроения (что представляет собой проявление психопатоподобного варианта психоорганического синдрома) (Шевченко Ю. С, 2003). Ю. С. Шевченко (2003) предлагает схему комплексной многоуровневой лечебно-коррекционной помощи детям и подросткам с СДВГ.

Первый уровень — метаболический — предполагает медикаментозные воздействия; выбор препаратов диктуется структурой поведенческого симптомокомплекса. Второй уровень — нейропси-хологический — включает нейропсихологическую диагностику и комплексную психомоторную коррекцию онтогенетических блоков мозговой организации деятельности ребенка (Семенович А. В., Цвет-кова Л. С, 2000; Корсакова Н. К., Микадзе Ю. В., 2001). Третий уровень — синдромальный — включает комплекс развивающих игр, позволяющих изолированно воздействовать на отдельные элементы синдрома (Шевченко Ю. С, 1997). Четвертый уровень — поведенческий — предполагает разные формы бихевиоральной терапии в соответствии с когнитивной, суггестивной и другими видами психотерапии. Цель — формирование и отработка желаемых моделей поведения. Пятый уровень — личностный — подразумевает использование различных видов индивидуальной и групповой психотерапии, направленной на разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост, эффективное взаимодействие со взрослыми и сверстниками.

Чтобы избежать появления выраженных коморбидных поведенческих нарушений у детей и подростков с СДВГ, лечение лучше начинать в дошкольном или младшем школьном возрасте. Если же диагностическая и коррекционная работы не проведены своевременно, у ребенка могут сформироваться жесткие стереотипы поведения, которые к тому же зачастую усугубляются непоследовательным воспитанием в семье и неадекватными (не учитывающими индивидуальные особенности ребенка) требованиями в образовательном учреждении. Неусидчивость, отвлекаемость, импульсивность часто становятся причиной нарушения межличностных отношений детей с СДВГ со сверстниками, педагогами, родителями, что, в свою очередь, может привести к конфликтам, деструктивному поведению. Таким образом, нежелательные реакции окружающих вызывают и в конечном счете усиливают конституциональный дефект ребенка (Шевченко Ю. С, 2003).

Безусловно, в коррекционной работе с детьми и подростками с СДВГ должны учитываться их возрастные особенности, но на первый план выходит необходимость учета особенностей индивидуального развития ребенка. Нарушение своевременности, полноценности и синхронности созреваия отдельных мозговых структур гиперактивного ребенка может

привести к «недосформированности» отдельных психических функций, личностных свойств, поведенческих навыков (Шевченко Ю. С, 2003), что не может быть скомпенсировано автоматически, а требует специальной коррекционной работы (Лебединский В. В., 1985).

R. A. Barkley (1990) отмечает, что поведение специалиста, работающего с детьми и подростками с СДВГ, должно обладать следующими особенностями:

ненавязчивое побуждение родителей к действиям;

простой и понятный язык при объяснении методик лечения;

сопереживание и признание достижений родителей.

В настоящее время в Санкт-Петербурге некоторые учебные заведения (Институт практической психологии «Иматон», Академия управления и экономики, Академия постдипломного педагогического образования, Академия русского балета и др.) включили в план подготовки педагогов и психологов курсы лекций, семинаров и тренингов, посвященные специфике взаимодействия с детьми и подростками с СДВГ. В рамках учебного плана студенты (будущие педагоги и психологи), учителя, воспитатели знакомятся с принципами воспитания и обучения гиперактивных детей и подростков, отрабатывают навыки взаимодействия с ними.

Выбор методов коррекции детей и подростков с СДВГ обусловлен как индивидуальными особенностями клиента, так и возможностями (умениями и навыками) специалиста (психолога, психотерапевта) в рамках того или иного направления психотерапии, а также зависит от конкретного запроса. Имеет значение и степень выраженности основных проявлений СДВГ, и наличие сопутствующих нарушений. Однако какие бы направления и методы ни были выбраны психологом, коррекционная работа окажется наиболее эффективной при условии реализации мультимодального подхода. В этом случае объединяются усилия специалистов, работающих с ребенком, и родителей. Врач проводит соответствующее лечение, а также разъясняет родителям причины возникновения СДВГ и разрабатывает индивидуальную программу помощи ребенку. Как правило, родители более склонны доверять врачу, нежели педагогу или психологу. Поэтому желательно, чтобы именно врач обратил их внимание на физиологическую природу заболевания, обуславливающую необходимость медицинского вмешательства.

Таким образом, врач информирует родителей о причинах возникновения и методах лечения ребенка. Желательно, чтобы медицинский специалист рассказал и педагогам о специфике взаимодействия с учениками, имеющими диагноз СДВГ. С этой целью врача-невролога можно пригласить на родительское собрание в школу. Если же подобный вариант невозможен, родители могут попросить врача написать краткие рекомендации для учителя.

После постановки диагноза и получения основных рекомендаций врача психолог совместно с педагогами и родителями приступает к проведению коррекционной работы. Занятия могут быть как индивидуальными, так и групповыми, но практика показывает, что гиперактивные дети часто испытывают затруднения при групповой форме работы, поэтому на первых этапах, пока у них еще не отработаны навыки взаимодействия с детьми и взрослыми, отсутствует умение контролировать поведение, целесообразно проводить индивидуальные занятия.

Цель психотерапии детей и подростков с СДВГ — оказание им помощи в адаптации к существующим условиям жизни с учетом симптоматики данного заболевания. Одной из важнейших задач является создание комфортной психологической атмосферы, в которой ребенок не только ощущает себя в безопасности, но и успешно реализует свой потенциал. Поэтому усилия специалиста, осуществляющего поддержку ребенка с СДВГ, должны быть направлены на выявление его сильных сторон (умений, навыков, черт личности), что помогает ребенку ощутить себя успешным, повышает самооценку и мотивацию достижений и в других областях деятельности.

Кроме собственно коррекционной работы психолог ведет разъяснительную работу с педагогами, совместно с ними разрабатывает стратегию и тактику взаимодействия с каждым гиперактивным учеником, составляет индивидуальную программу развития такого ребенка. Только в такой ситуации учитель в классе (или воспитатель в детском саду) может не только

осуществить на практике индивидуальный подход к «особому» ребенку, помочь ему, но и оказать помощь психологу и врачу. Ведь зачастую именно педагог видит результаты медицинского и психолого-коррекционного воздействия на ребенка, поскольку все изменения в ребенке проявляются в первую очередь в учебной деятельности, требующей концентрации внимания, усидчивости и волевых усилий.

Главной задачей родителей оказывается обеспечение общего эмоционального фона развития и обучения ребенка. Кроме того, родители отслеживают эффективность проводимого лечения и сообщают о его результатах неврологу, психологу, педагогам.

Только при подобном подходе специалистов и родителей к решению проблем гиперактивного ребенка происходит последовательное единое воспитание и обучение, способствующее полнейшей реализации потенциала ребенка, снижению его эмоционального напряжения.

2.2. ВЫБОР МЕТОДОВ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СДВГ

Выбор методов психокоррекции зависит от потребностей ребенка, целей, которые ставят взрослые перед психологом (психотерапевтом), и, наконец, возможностей специалиста, работающего с ребенком. Прежде чем решить, какой вид психотерапии является наиболее эффективным в каждом конкретном случае, необходимо собрать сведения о ребенке: узнать его медицинский диагноз, методы медикаментозного лечения, по возможности рекомендации специалистов, работавших с ребенком ранее и работающих в настоящее время (врача, психолога, педагогов и т. д.).

После этого психотерапевт (психолог) приглашает семью (или одного из родителей) для получения дополнительных сведений о ребенке и составления контракта. Специалист предоставляет родителям возможность сообщить о ребенке все, что они считают нужным: его положительные черты характера, слабые стороны, любимые и нелюбимые виды деятельности, проблемы и трудности в воспитании и т. д. После этого очерчивается круг проблем, которые родители хотели бы разрешить в ходе психотерапевтической деятельности.

При составлении контракта с родителями психотерапевт (психолог) рассказывает об общих принципах работы с ребенком, одним из которых является конфиденциальность. Очень важно обсудить с родителями то, какие сведения терапевт будет сообщать им, а какие он должен сохранять в тайне, как будет осуществляться обратная связь с родителями и какие сведения и в каком объеме психотерапевт (психолог) может сообщать специалистам других профилей, работающих с ребенком (например, логопеду, классному руководителю и т. д.), и др.

Учитывая интересы ребенка, запрос родителей и свои профессиональные возможности, специалист выбирает наиболее приемлемую, на его взгляд, форму работы с ребенком.

Игровая психотерапия

Игровая терапия — наиболее естественная и эффективная форма работы с детьми и подростками. В работе с детьми раннего возраста (от 1 года до 3 лет) игротерапия иногда становится единственно возможным методом коррекции. Дети более спонтанны и менее способны к рефлексии своих чувств и действий, чем взрослые, их переживания в процессе игры носят более непосредственный характер, не проходя «цензуру» сознания (Кэдьусон Х., Шеффер Ч., 2002). Особенно эффективна игротерапия при коррекции социального инфантилизма, агрессивности в поведении, трудностей в обучении (Крафт А., Лэндрет Г., 2000; Мустакас К., 2000; Оклендер В., 1997, и др.), которые чаще всего и являются причиной обращения родителей ребенка с СДВГ к врачу или психологу.

Игровая терапия применяется в работе с гиперактивными детьми для того, чтобы помочь им преодолеть поведенческие проблемы, зачастую возникающие вследствие импульсивности, сложности саморегуляции. Она «...представляет уникальный опыт для социального и

психического развития ребенка. Игровая деятельность активизирует формирование произвольности психических процессов: произвольного внимания и памяти, способствует развитию умственной деятельности... совершенствованию опорно-двигательной и волевой активности» (Репринцева Г. И., 1997, с. 5). В процессе терапии ребенок с СДВГ начинает лучше понимать свои чувства, учиться принимать самостоятельные решения, делать выбор. Кроме того, повышается его самооценка, улучшаются коммуникативные навыки.

Занятия могут проходить как индивидуально, так и в группах.

М. Клейн (M. Klein, 1995), говоря о применении игровых методов в лечебно-коррекционной работе с детьми, отмечала динамику изменения отношений матери и ребенка на этапе их первоначального дистанцирования друг от друга, что особенно важно при коррекционной работе с детьми с СДВГ, поскольку у них есть проблемы в восприятии родительской любви (Кэмпбелл Р., 1997). Клейн стала использовать для лечения детей игрушки небольшого размера, кото-

рые ребенок мог бы отождествлять с членами семьи; она утверждала, что в свободной игре ребенок символически выражает свои неосознаваемые надежды, страхи, заботы и конфликты. Кроме того, игра помогает установить доброжелательные отношения между взрослым и ребенком, что способствует установлению доверия. А ведь гиперактивные дети в силу своей импульсивности, гиперподвижности зачастую бывают отвержены как сверстниками, так и взрослыми.

При наличии у ребенка эмоциональных и поведенческих нарушений невротического характера игротерапия может стать основным методом лечебно-коррекционного воздействия. В других случаях данный метод применяется как вспомогательный или профилактический.

В зависимости от теоретического подхода психолога (психотерапевта) в работе с детьми и подростками с СДВГ используются различные виды игротерапии: игротерапия, центрированная на клиенте, игротерапия отреагирования, игротерапия построения отношений и др. (Осипова А. А., 2000).

Игротерапия, центрированная на клиенте, ориентирована на то, чтобы дать клиенту возможность быть самим собой, что бывает чрезвычайно важно при работе с детьми с СДВГ, поскольку в связи с их неадекватностью взрослые часто вынуждены подавлять их самые необходимые потребности. При этом взрослый создает оптимальные условия для проявления ребенком его лучших сторон.

По мнению А. А. Осиповой (2000), в основе игровой терапии, центрированной на ребенке, лежит представление о спонтанности психического развития ребенка, который обладает внутренними источниками саморазвития и потенциальными возможностями самостоятельного решения проблем личностного роста. В процессе игры ребенок, зажатый в реальной жизненной ситуации в жесткие рамки «можно-нельзя», имеет возможность снизить эмоциональное напряжение, уровень тревожности, враждебности, а также повысить степень самопринятия, уверенности в собственных силах. Работая в рамках данного направления, психолог (психотерапевт) обеспечивает ребенку позитивный опыт роста в условиях, когда взрослый понимает, поддерживает его, помогает обнаружить в себе внутренние силы. Коррекция направлена на утверждение уникальности ребенка, его самооценности.

Игровая терапия отреагирования. В рамках этого направления игротерапии взрослый создает с помощью специально выбранных им игровых материалов обстановку, которая является для ребенка стрессовой. Ребенок сам выбирает способ реагирования: он может бросить предметы на пол, наступить на воздушный шар и др. Психолог, наблюдая за игрой, вербализует действия и чувства ребенка. Вслед за освобождением от негативных чувств ребенку предоставляется время для свободной игры.

В зависимости от функции, которую выполняет взрослый, специалисты выделяют директивную и недирективную игротерапию.

При директивной игротерапии взрослый в процессе игры может взять на себя функции организатора, занять активную позицию, разработать заранее план игры, распределить роли.

Ребенок выбирает из нескольких готовых вариантов приемлемый для него способ решения проблемы.

При недирективной игротерапии в свободной игре у ребенка расширяется репертуар самовыражения, повышается уровень саморегуляции, корректируются отношения «ребенок—взрослый», «ребенок—ребенок» (Лэндрет Г. Л., 1994). Терапевт наблюдает за игрой, за действиями ребенка. При необходимости он вносит свои коррективы, включается в игру или выходит из игры, оставляя за ребенком право лидировать. Цель игры при данном подходе — помощь ребенку в осознании себя, своих сильных и слабых сторон.

Игрушки подбираются таким образом, чтобы ребенок мог обыгрывать различные ситуации, происходящие с ним, его семьей, друзьями и т. д.: куклы, изображающие женщин, мужчин и детей; кукольная мебель, одежда, посуда, транспорт для кукол, игрушечные деньги, игрушечные животные (домашние и дикие), специально отведенный уголок для игр с водой и песком, одежда (или элементы одежды) для ребенка, сумочки, маски, наборы доктора и парикмахера, игрушечные слесарные инструменты, строительные блоки, бумага и др. По мнению ряда авторов, на начальном этапе терапии особенно эффективным является работа ребенка с неструктурированным материалом: песком, глиной, пластилином, красками, водой и т. д. (Мустакас К., 2000; Оклендер В., 1997; Костина Л. М., 2001).

Игровая терапия может быть как индивидуальной, так и семейной. В первом случае психолог (психотерапевт) работает только с ребенком, в то время как родители ожидают его за пределами игровой комнаты. Ребенок обыгрывает те жизненные ситуации, которые волнуют в первую очередь его. Во втором случае в терапевтический процесс вовлечена вся семья. И тогда члены семьи учатся эффективно взаимодействовать друг с другом, находить приемлемые пути выхода из всевозможных конфликтных ситуаций и т. д.

Песочная терапия

Несмотря на то что метод sandplay (дословно — песочная игра) давно привлекал внимание специалистов, только в 1970-е гг. он был разработан Д. Кальф. Многие современные психологи применяют этот метод в своей работе (Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, Т. М. Грабенко и др.). Это одна из техник аналитического процесса, во время которого ребенок (а иногда и взрослый) строит собственный мир в миниатюре из песка. По мнению А. Фрейда и М. Кляйн, спонтанные игры помогают открывать доступ к бессознательному ребенка. Играя с песком, ребенок устанавливает связь со своими бессознательными побуждениями, выражает их в образной форме, что значительно снижает психическое напряжение (Эйдемиллер Э. Г., 2003).

Для проведения песочной терапии необходима песочница с чистым просеянным песком и набор маленьких фигурок, игрушек. Форма песочницы влияет на бессознательное ребенка и результат его деятельности (Lowenfeld M., 1991) и может быть как круглой, так и квадратной или прямоугольной. В набор игрушек могут быть включены: маленькие человечки, домики, животные, растения, домашняя утварь, флаконы из-под духов, гаечки, маленькие камушки и т. д. Перед началом сессии фигурки расставляются либо по темам, либо хаотически (Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Грабенко Т. М., 2005).

Ребенок воспроизводит на песке то, что спонтанно возникает в течение занятия. В процессе занятия ребенок выражает свои спонтанные мысли и желания, которые пока еще не может (или не хочет) передавать нам вербально и прямо. Он может использовать миниатюрные фигурки людей, животных, деревьев, зданий, автомобилей, мостов и др., чтобы воссоздать с их помощью свой мир, исследовать свои проблемы.

Этот метод целесообразно использовать, в частности, в работе с детьми от трех лет, когда речевое общение может быть затруднено. Эффективен он и в работе с подростками, имеющими различные формы нарушений поведения, сложности во взаимоотношениях с родителями, учителями и сверстниками.

Арттерапия

М. Наумбург, оказавшая большое влияние на развитие арттерапии в США, опиралась на идею З. Фрейда о том, что бессознательное может находить выражение в спонтанном творческом процессе (в лепке, рисовании). Ценность применения искусства в терапевтических целях

заключается в том, что с его помощью можно на символическом уровне экспериментировать с разными чувствами, исследовать и выражать их (Рудестам К., 1999). Арттерапия — один из эффективных подходов к осуществлению психологической помощи гиперактивным детям, поскольку она повышает адаптационные способности ребенка к повседневной жизни в школе, снижает утомление, ликвидирует негативные эмоциональные состояния и их проявления, связанные с обучением, опирается на здоровый потенциал личности, внутренние механизмы саморегуляции, развивает чувство внутреннего контроля, помогает выстраивать отношения с ребенком на основе любви и взаимной привязанности, компенсируя их возможное отсутствие в родительском доме (Лебедева Л. Д., 2003).

По мнению К. Юнга, арттерапия облегчает процесс индивидуализации саморазвития личности на основе установления зрелого баланса между бессознательным и сознательным «Я».

Эта форма психотерапии может использоваться с дошкольниками 5—6 лет и востребована при лечении неврозов, снижении тревожности, страхов, при повышении самооценки, а также является эффективным методом разрешения семейных конфликтов, как правило, часто возникающих в семьях, где есть ребенок (особенно подросток) с СДВГ. Арт-терапия особенно эффективна в тех случаях, когда ребенок не может ясно и четко выражать свои мысли вербально. В этом случае невербальный язык общения вселяет в ребенка уверенность, что он услышан и понят. Побочным продуктом арттерапии, по словам К. Рудестама (1999), является чувство удовлетворения, возникающее в результате обнаружения скрытых талантов. Искусство приносит радость.

Для проведения арттерапии необходимы листы белой и цветной бумаги различного формата (школьники чаще всего выбирают формат А4, в то время как для дошкольников необходимо больше рабочего пространства для творчества), карандаши, краски, маркеры, фломастеры, газеты, кусочки тканей, сухие листья, клей, пластилин, передники, чтобы не испачкать одежду, и др.

В основе арттерапии лежит творческая деятельность, неограниченные возможности ребенка для самореализации и самовыражения, что помогает ему адаптироваться в реальной жизни. Ребенок может самостоятельно выбрать как вид деятельности, так и материал (краски, клей, пластилин, глину и т. д.); это является необходимой тренировкой для гиперактивных детей, которым зачастую трудно научиться делать выбор, принимать решение.

Через рисунок, игру, сказку арттерапия дает выход социально неприемлемым негативным эмоциям и чувствам, поскольку ребенок может выпустить пар, снять напряжение в процессе работы. Иногда в процессе создания продукта творчества или созерцания художественного произведения ребенок проявляет и осознает сильные чувства, переживания, мысли, которые в повседневной жизни подавляются им самим и ускользают от внимания взрослого. Для гиперактивного ребенка, привыкшего к порицаниям и низкому уровню академической успешности, творческая деятельность может стать одним из способов раскрытия его сильных сторон, видов деятельности, в которых он может реализовать свой потенциал, что в конечном итоге способствует повышению его самооценки и статуса в группе или в классе. Кроме того, иногда в процессе арттерапии ребенок получает возможность развить творческие способности. Рисование, лепка способствуют формированию навыка внутреннего контроля, концентрации внимания на ощущениях и чувствах. Активная творческая деятельность способствует снижению мышечного и эмоционального напряжения. Такие виды деятельности, как рисование пальцами или ступнями ног, развивают у ребенка кинестетическое восприятие.

Если гиперактивный ребенок неохотно включается в процесс творчества, в самом начале сессии взрослый может взять инициативу на себя, рисуя беспорядочные линии на бумаге, а затем просит ребенка отгадать, что получилось.

Детям с СДВГ этот вид терапии дает возможность активно участвовать в процессе коррекции: продукты творчества создаются руками ребенка. Совместная творческая деятельность помогает импульсивным детям научиться работать вместе со сверстниками или взрослым, контролируя собственные поведенческие реакции (Ок-лендер В., 1997). А если над проектом

трудятся вместе ребенок и близкие ему люди (родители, братья и сестры), то психолог (психотерапевт) получает представление о внутрисемейных проблемах и способах их решения.

Проективный рисунок. Использование проективного рисунка в работе с гиперактивным ребенком и особенно подростком помогает выявить имеющиеся у него трудности, его эмоциональное состояние, отношение к тем или иным событиям. Специалисты применяют рисование для создания благоприятной психологической атмосферы, для снятия эмоционального и мышечного напряжения, развития эмпатии, внимания. В процессе рисования ребенок с СДВГ, склонный к проявлению бурных эмоций, имеет возможность выплеснуть их на бумаге, не принося окружающим вреда и беспокойства. Кроме того, взрослый может, следя за свободным рисованием, задавать ему вопросы, касающиеся сюжета, отдельных деталей, тем самым обучая его фиксировать внимание на объектах. Выбирая самостоятельно тему рисунка и материал (краски, карандаши, мелки), гиперактивный ребенок учится делать выбор, однако взрослый должен иметь в виду некоторые особенности этой категории детей и подготовить заранее карандаши (их должно быть много, поскольку от импульсивного нажима они ломаются) и бумагу. Желательно, чтобы листы бумаги были плотные и разного размера, что поможет ребенку научиться размещать свой рисунок и на большом, и на маленьком пространстве листа (обычно это дается ребенку с СДВГ с трудом).

Музыкотерапия

Слушание музыки. Этот вид терапии используется в коррекции эмоциональных состояний, чрезмерной двигательной активности, речевых расстройств, страхов, которые зачастую свойственны детям и подросткам с СДВГ. Мы предлагаем применять этот вид терапии как вспомогательный в сочетании с другими методами.

Работая с гиперактивными детьми, при выборе музыкальных произведений для прослушивания следует отдавать предпочтение ритмичной музыке: танцевального характера — для девочек, маршеобразного — для мальчиков (Лютова Е. К., 1988, 1989). Желательно, чтобы музыка была в живом исполнении, а не в записи. Если нет возможности исполнять произведения во время сессии, то при подборе записей предпочтение желательно отдавать инструментальной или камерной музыке, особенно музыке, написанной специально для детей. Используя данный метод терапии в работе с детьми, следует подбирать произведения с ярко выраженной мелодией.

На начальных этапах сессии музыка должна отражать настроение и эмоциональное состояние ребенка. Затем музыкальный терапевт меняет темп, тембр, ритмический рисунок, силу звука и т. д., с тем чтобы снизить уровень эмоционального напряжения ребенка. Музыка, написанная в быстром темпе, способствует учащению дыхания и сердцебиения, а значит, может возбуждать, поднимать жизненный тонус, в то время как медленная музыка успокаивает.

Ю. Брюкнер, И. Медераке и К. Ульбрих в книге «Музыкотерапия для детей», рассматривая различные виды данного вида терапии

(пантомима, рисование под музыку и др.), предлагают методику распознавания эмоций. Дети получают карточки с изображением эмоций и на первых этапах должны после прослушивания музыкального отрывка поднять карточку, соответствующую их настроению. Затем они учатся вербализовать возникающие у них эмоции и чувства (Осипова А. А., 2000).

Игра на музыкальных инструментах привлекает к себе многих. Создание собственной музыки — интересное занятие и для большинства гиперактивных детей, которые стремятся попробовать себя в любом деле. Для музыкальной терапии можно использовать русские народные инструменты: ложки, игрушечные балалайки, домры, а также детские погремушки различной формы, треугольники, бубны, тамбурины, барабаны, дудочки, губные гармошки, кастаньеты, трещотки и др. Музыкальный терапевт может играть с ребенком вдвоем, а можно создать небольшой ансамбль из членов всей семьи или только братьев и сестер. Важное условие создания музыки — полная свобода и возможность проявления творчества, возможность выбора инструмента и его замены на любом этапе творчества, не игра по нотам, а импровизация. В ходе совместной игры на музыкальных инструментах у ребенка развиваются восприятие и внимание в слуховой модальности, а также чувство ответственности.

Развитию синестетического восприятия ребенка с СДВГ способствуют танцы и рисование музыки или под музыку. После «сочинения» музыки ребенка можно попросить нарисовать то, что он сыграл, используя краски, гуашь и листы бумаги большого формата, а затем изобразить все это в движении.

Танцы под музыку применяют при коррекции детей и подростков с эмоциональными и речевыми расстройствами, трудностями межличностного взаимодействия. Спонтанное движение помогает осознать собственное тело, развить навыки общения, что приводит к улучшению и эмоционального, и физического состояния человека. Танец — это сильное терапевтическое средство, способствующее раскрытию личности, выражению радости, горя, боли, грусти, агрессии (Гренлюнд Э., Оганесян Н. Ю., 2004). Однако при использовании этого метода терапии у ребенка, имеющего диагноз СДВГ, могут возникнуть очень сильные эмоции, поэтому специалист, практикующий данный вид терапии, должен иметь навык работы в подобных ситуациях.

Психогимнастика. Использование данного метода психотерапии позволяет ребенку с СДВГ научиться понимать свое тело, управлять им. Психогимнастика помогает детям в невербальной форме отреагировать эмоциональные переживания, восстановить нормальное состояние. В работе с детьми в рамках данного направления психолог применяет игры, этюды, в основе которых — использование двигательной экспрессии для осуществления общения в группе без помощи речи.

Нарративная психотерапия

Сочинение историй. Сочиненные детьми истории помогают психологу (психотерапевту) понять переживания ребенка, его защитные механизмы, внутренний конфликт, стоящие на его пути трудности.

С помощью методов нарративной терапии ребенок учится осознавать свои трудности эмоционального плана, а также искать пути решения своих проблем вместе с психологом (психотерапевтом).

В 1983 году Р. М. Стиртциер предложил метод совместного сочинения историй ребенком и взрослым. В настоящее время при использовании нарративной психотерапии ребенку предлагается сочинить историю на любую тему. Фантазия детей неограниченна, они вплетают в свои рассказы выдуманных и реальных людей, животных, сказочные персонажи и героев из мультфильмов. Если ребенок не вводит себя как основного персонажа в свою историю, он может отождествлять себя с каким-либо другим героем, тем самым повествуя о своих проблемах и трудностях, с которыми он сталкивается в жизни.

Взрослый сочиняет новый сюжет на основе прямой интерпретации использованных ребенком символов, предоставляя ребенку альтернативные пути выхода из трудной для него ситуации. Таким образом, в основе нарративной психотерапии лежит сочинение деструктивных историй, базируемых на событиях из жизни ребенка, которые затем переделываются в истории, способствующие разрешению реальных проблем и трудностей (Morgan A., 2000).

Р. Гарднер (2002) применяет данный метод с использованием магнитофона (ребенок сочиняет истории для воображаемой зрительской аудитории).

Сочинение историй особенно эффективно при работе с гиперактивными детьми и подростками, отличающимися, с одной стороны, повышенной вербальной активностью, креативностью, а с другой — отсутствием навыков анализа своих высказываний.

Библиотерапия. Данный вид терапии также используется в работе с гиперактивными детьми и особенно подростками, имеющими проблемы личностного и эмоционального плана. Цель — расширение поведенческого репертуара, осознание ребенком собственных проблем, чувств и мыслей.

Специально отобранные произведения способствуют успокоению ребенка, повышению уверенности в себе (герои книг зачастую успешно решают схожие проблемы).

Повторение деталей при чтении, многократное чтение произведения или его отрывка, анализ отдельных событий помогают ребенку осознать свои личностные особенности, научиться анализировать жизненные ситуации, контролировать собственное поведение.

Фиксация внимания ребенка на чувствах и переживаниях героев книг помогает развить эмпатию (что важно, если гиперактивный ребенок агрессивен по отношению к окружающим), проявить личные эмоции без опасения вызвать критику в свой адрес, научиться справляться со своими сильными эмоциями.

Слушая рассказы и сказки, ребенок часто отождествляет себя с какими-либо персонажами. Осознание ребенком того, что другие люди (сказочные существа и т. д.) имеют похожий с ним опыт, снижает уровень его тревожности, помогает справиться со страхами, с плохим настроением. '•

Сочинение историй с помощью шарфа. Для гиперактивных детей, страдающих расстройством внимания, характерно и неумение контролировать свои двигательные реакции. Хайди Кэдьусон и Чарльз Шеффер (Практикум по игровой терапии, 2002) считают, что, хотя у этих детей зачастую имеются эмоциональные нарушения, они не всегда склонны говорить о них с психологом. Техника сочинения историй с помощью шарфа позволяет развивать у детей с СДВГ определенные экспрессивные возможности, организовывать их двигательные невербальные реакции.

Данная техника была создана для работы с импульсивными детьми. Взрослые (психолог, родитель, педагог), держа полупрозрачный шифоновый шарф за углы, раскачивают его вверх и вниз, постоянно накрывая им ребенка с головой. Затем психолог начинает рассказывать историю. Ребенок должен двигаться, когда шарф поднимается, и останавливаться, когда шарф опускается, то есть шарф подает ребенку определенные сигналы и учит контролировать движения. Затем ребенок (и его родители) включаются в процесс сочинения истории. В ходе игры психолог (психотерапевт) скорее комментирует действия ребенка, указывая на их эмоциональный оттенок, чем просит изображать то или иное состояние.

Бихевиоральная терапия

Бихевиоральный подход, одна из уникальных сторон которого — непосредственное обращение к симптомам, — является эффективным при психотерапии клиентов с нарушением внимания, нарушениями поведения, импульсивностью и др. (Seligman M., 1997; Глэддинг С., 2002).

Для изменения (модификации) поведения детей используются методы поведенческой психотерапии, основанные на оперантном подходе (оперантном обусловливании). Среди общих бихевиоральных методов можно назвать использование подкреплений (событий, следующих за определенным поведением). Главным принципом такой терапии является применение вознаграждения (материального подкрепления) ребенка за требуемое поведение и наказания за неправильное. Мы рекомендуем говорить не столько о наказании, сколько об отсутствии поощрения, то есть не «кнул и пряник», а «пряник и отсутствие пряника». Родители должны сформировать систему поощрений. В качестве «пряника» могут выступить походы в кафе, компьютерные игры, просмотр телепередач, карманные деньги и т. д. R. A. Barkley (1990) рекомендует награждение символическими жетонами, количество которых отражает поведение ребенка. В дальнейшем жетоны меняются на конкретные ранее оговоренные поощрения — «пряники». Наказание заключается в уменьшении числа жетонов. Вариантом данного метода является «отнятие подкрепления» («response cost»). При этом ребенок вначале получает определенное количество жетонов, которых он лишается при несоблюдении предварительно установленных правил. Важный принцип поведенческой терапии — сукцессивный (поэтапный) процесс медленного приближения к цели. Обычно лучше всего начинать с самого легкого шага; если удастся разрешить самые легкие проблемы, можно переходить к другим. Стратегия «все или ничего» закономерно приводит к разочарованиям.

Дети с СДВГ постоянно нуждаются в оперативной, ясной, понятной и однозначной информации о впечатлении, которое производит их поведение (Taylor E., 1986).

К сожалению, изолированное использование данной методики не позволяет длительно сохраняться положительным результатам

Важная часть психокоррекции — структурированное самонаблюдение. Ребенок должен научиться лучше наблюдать и регистрировать свое поведение (Квашнер К., 2000). Под руководством родителей или психолога он может вести дневник, в котором отмечает частоту конфликтов с окружающими, ситуативные условия, последствия своих действий. На наш взгляд, данная методика более эффективна для детей младшего школьного возраста и для подростков, одной из особенностей которых является склонность к интроспекции. Использование этого метода позволяет формировать у ребенка предвидение возможных последствий своего поведения.

Генерализация — один из важнейших методов психотерапии ребенка с СДВГ, поскольку ребенок самостоятельно далеко не всегда может перенести полученный в ходе коррекции навык за рамки тех условий, в которых происходило первоначальное научение какому-либо действию (Глэддинг С, 2002). Психолог обсуждает с ребенком, в каких реальных жизненных ситуациях может быть применен новый навык, дает домашнее задание (применить навык на уроке, в беседе с друзьями; обучить навыку маму, брата), подкрепляет желаемое поведение ребенка.

Гештальттерапия

Методы гештальттерапии применяют в тех случаях, когда необходима работа с эмоциями ребенка, когда ребенок не может разобраться в своих чувствах, не может полностью осознать их и справиться с ними. Особенно эффективна гештальттерапия при работе с гневом и агрессией детей с СДВГ. Она предоставляет ребенку уникальную возможность «отыграть» его негативные эмоции, осознать и почувствовать их деструктивный характер, а затем попробовать найти новые конструктивные паттерны поведения.

Гештальттерапия также эффективна в работе с детьми, которые не умеют брать ответственность на себя за свои дела, действия и поступки, которые привыкли обвинять других. Ролевая игра как один из приемов гештальттерапии, в которой они воспроизводят диалог между собой и значимыми им людьми, как правило, нравится детям. Она помогает им эмоционально отреагировать на различные жизненные ситуации, лучше понять себя и окружающих их людей, с которыми они не всегда хорошо уживаются. В. Оклендер (1997) предложила использовать методы гештальт-терапии в сочетании с другими методами, приемлемыми в работе с детьми, — рисованием, работой с клеем и бумагой, лепкой, сочинением историй и т. д. Так, например, рисование пальцами с помощью красок приносило само по себе хорошие результаты в работе с гиперактивными детьми. Помимо этого, после того как ребенок закончил свой рисунок, ему предлагается воспроизвести диалог между различными частями картинка, разглядеть позы людей, их выражения лица, представить, что они говорят, каким тоном, и т. д.

Рисование, работа с клеем и бумагой, лепка и другие похожие виды деятельности способствуют развитию тактильных и кинестетических ощущений, мелкой и крупной моторики, осознанию своего тела и своего «Я». Осознание и понимание своих физиологических возможностей помогает ребенку более целенаправленно осуществлять контроль над чрезмерной двигательной активностью.

В. Оклендер отмечает, что работа с гиперактивным ребенком лишь незначительно отличается от работы с агрессивными или раздражительными детьми. «Когда таким детям уделяют внимание, слушают их и они начинают чувствовать, что их воспринимают всерьез, они способны каким-то образом свести до минимума симптомы своей гиперактивности» (Оклендер В., 1997, с. 230).

Интегративная терапия

Интегративный и эклектический подходы сочетают в себе принципы и техники, используемые в других психотерапевтических направлениях.

К. Гельдар и Д. Гельдар (Geldar K., Geldar D., 2002) предложили интегративную пятиступенчатую модель включения различных психотерапевтических направлений в процесс консультирования детей. В нее вошли клиенто-центрированный подход, гештальттерапия,

нарративная терапия, когнитивно-бихевиоральная и бихевиоральная терапия. Данная модель приводится в таблице 2.

На начальной фазе сессии, когда ребенок пытается объяснить взрослому свою проблему, рассказать о своих трудностях и опасениях, по мнению авторов, целесообразно использовать клиенто-центрированный подход. Эмпатия, конгруэнтность терапевта и его безусловное принятие клиента помогают ребенку почувствовать проявляемый к нему интерес и более полно раскрыть то, что беспокоит его на данный

2.2. Выбор методов психокоррекции детей и подростков с СДВГ

Таблица 2

Модель включения различных психотерапевтических направлений в процесс консультирования детей

Ступень или фаза	Действия ребенка	Психотерапевтическое направление
1	Ребенок начинает рассказывать о своих трудностях	Клиенто-центрированная психотерапия
2	Ребенок встречается с проблемами эмоционального характера	Гештальт-терапия
3	Ребенок начинает видеть и оценивать свои возможности по-другому	Нарративная терапия
4	Ребенок находит новые образцы поведения и выбирает наиболее конструктивные из них	Когнитивно-бихевиоральная терапия
5	Ребенок отрабатывает новые конструктивные образцы поведения	Бихевиоральная терапия

момент. На этой фазе ребенок открывает для себя, что такое психотерапевтическая сессия и как строятся взаимоотношения с психотерапевтом. Используемые в ходе психотерапии техники активного слушания помогают ребенку сделать его рассказ более стройным и доступным для понимания, а также способствуют концентрации внимания на главных моментах происходящих событий. Это очень важно для гиперактивного ребенка, который нуждается в помощи взрослого по структурированию деятельности.

На второй фазе, когда ребенок начинает соприкасаться со своими эмоциями и чувствами, целесообразно использовать техники гештальттерапии, с помощью которых ребенок сможет лучше понять свой внутренний мир, более полно осознать свои стремления и желания. После того как ребенок высказал свои основные жалобы, он может обратиться к своему опыту, к своим переживаниям, эмоциям и чувствам. Некоторые дети с легкостью рассказывают о своих эмоциях или объясняют их с помощью невербальных средств общения, в то время как другие сопротивляются исследованию своего внутреннего мира. Гештальттехники особенно эффективны для второй группы детей.

Третья фаза — нарративная терапия — способствует развитию воображения и повышению самооценки (что очень важно для детей с СДВГ). История, рассказанная ребенком о его проблемах, неудачах, переживаниях, пересказывается терапевтом в новом ключе, чтобы ребенок мог почувствовать себя успешным. На этой стадии терапевт может включить песочную терапию, арттерапию, музыкальную терапию.

Четвертая фаза — когнитивно-бихевиоральная терапия. В ходе предыдущих фаз ребенок сумел поделиться с психотерапевтом своими проблемами и соприкоснуться со своими эмоциями, осознать необходимость перемен. Возможно, это уже помогло ребенку снизить уровень тревоги, стресса, депрессии, но этого может быть еще недостаточно, чтобы поведение ребенка изменилось. Четвертая фаза направлена на то, чтобы ребенок осознал разрушительный характер используемых им до сих пор действий и выбрал новые варианты эффективного взаимодействия с окружающим его миром. Именно с помощью когнитивно-бихевиоральной терапии гиперактивный ребенок учится находить конструктивные паттерны поведения в травмирующей его ситуации. Ребенку надо научиться мыслить по-новому, чтобы не возвращаться к деструктивному поведению.

Пятая фаза — бихевиоральная терапия. Итак, ребенок уже имеет в своем арсенале эффективные образцы поведения, которые он может применять в травмирующих его ситуациях. Но он по-прежнему нуждается в помощи и поддержке, пока эти образцы не станут частью его повседневного алгоритма действия. В ходе бихевиоральной терапии специалист отрабатывает с ребенком конструктивные способы поведения, которые заменят деструктивные.

Данная модель К. Гельдара и Д. Гельдара может оказаться эффективной в психотерапевтической работе с гиперактивным ребенком при условии, что он не будет ограничен в своих движениях, что, ведя беседу с психотерапевтом (психологом), он сможет перемещаться по кабинету, манипулировать предметами и выполнять другие действия, если в этом появится необходимость.

Семейная и родительская терапия

Ведущим звеном в психокоррекции детей с СДВГ является изменение поведения взрослых (родителей и учителей) — замена неадаптивных подходов к своим детям на адаптивные; эту цель реализует тренинг родительской компетентности (ТРК).

Согласно Э. Мэш и Д. Вольф (2003), задачами ТРК являются: □ преодоление непослушания и устранение вызывающего поведения ребенка;

адаптация к эмоциональным трудностям, вызванным воспитанием ребенка с СДВГ;

контроль над ситуацией;

защита других членов семьи от воздействия неблагоприятных факторов.

При первых встречах с родителями врач и/или психолог должны объяснить родителям биологическую природу заболевания. Важно убедить родителей, что в сложившейся ситуации ребенок не виноват. Кроме этого, комплекс вины не должен сформироваться и у родителей. Родителей знакомят с общими принципами воспитания детей с СДВГ, обучают техникам, позволяющим изменять поведение ребенка.

Одной из таких техник является тайм-аут — методика временной изоляции, применяемая в тех случаях, когда поведение ребенка становится неконтролируемым. Ребенка на короткое время выводят на заранее оговоренное место, например другая комната. Главное, чтобы это место не было травмоопасным. Таким образом, на 3—5 минут ребенок выводится из волнительной ситуации. В школьном возрасте длина тайм-аута увеличивается до 10—20 минут. R. A. Barkley(1990) описывает методику использования рисунка места для тайм-аута (например, своего стула для тайм-аута) в тех ситуациях, когда применение этого метода в общественных местах затруднено).

Одной из проблем осуществления ТРК является наличие у родителей неадаптивных особенностей личности, психических заболеваний, тревожных расстройств, СДВГ. Необходимо снижение раздражительности и тревожности у родителей с помощью методик

аутогенной тренировки (релаксации) и при необходимости медикаментозной терапии. В таких случаях мы говорим, что лечение ребенка мы начинаем с лечения родителей.

Дети с СДВГ, особенно в сочетании с ОВР и/или РП, часто нуждаются в более упорядоченных взаимоотношениях с родителями и более тесной эмоциональной связи с ними. В ходе семейной психотерапии врач или психолог должны убедить родителей перестать втягивать ребенка в свои конфликты.

По мнению Н. Н. Заваденко (2005), терпение, последовательность и настойчивость — три основных принципа, постоянно придерживаться которых следует всем родителям, воспитывающих гиперактивных детей. Предварительное планирование и структурирование времени — ключ к обращению с гиперактивными детьми (Barkley R. A., 1990).

Необходима согласованность действий папы, мамы, бабушки, дедушки в вопросах воспитания ребенка. Неблагоприятной оказывается ситуация, когда, например, строгая мама что-либо запрещает, а либеральный папа (пришедший усталым с работы и готовый разрешить все, лишь бы от него отстали) это разрешает. Дети быстро ориентируются в этой ситуации и начинают хорошо манипулировать действиями родителей. Кроме этого, различия в воспитательных подходах дезориентируют ребенка.

Безусловным фактором улучшения ситуации является создание позитивной модели отношения к ребенку (Лютова Е. К., Моница Г. Б., 2000; Лохов М. И. и соавт., 2003). Психологические особенности гиперактивных детей таковы, что порог чувствительности к отрицательным стимулам очень низок, поэтому они невосприимчивы к выговорам и наказанию, но легко отвечают на малейшую похвалу. Родители могут повысить самооценку ребенка, заручившись его помощью в различных ситуациях: помочь найти определенные продукты в супермаркете, исполнить роль штурмана при поездках на автомобиле. Для подростка можно найти какую-нибудь необременительную, но интересную работу (найти что-нибудь в Интернете). Главное, чтобы родители обращали внимание не только на плохое, но и на позитивное поведение ребенка. Желательно, чтобы похвала носила как вербальный (словами), так и невербальный (обнять, поцеловать, погладить по голове) характер.

Другой крайностью по отношению к таким детям является вседозволенность, поэтому родители должны объяснять ребенку правила поведения. R. A. Barkley (1990) рекомендует формулировать инструкции и указания для детей с СДВГ четко, ясно, кратко и наглядно. По мнению К. Квашнер (Qaschner K., 2001), предварительное планирование и структурирование по времени помогают пациентам с СДВГ приспосабливаться к меняющимся процессам и ситуациям.

По мнению Н. Н. Заваденко (2000), по мере взросления ребенка роль биологических факторов в проявлении и усилении симптомов СДВГ снижается, а решающее значение приобретают социально-психологические факторы (воспитание в неполной семье, частые семейные конфликты, неблагоприятные бытовые условия, непоследовательное воспитание и др.). Таким образом, дисфункциональные отношения могут стать причиной усиления симптоматики СДВГ. Применение семейной терапии позволяет создать «терапевтический союз», обеспечить взаимопонимание между членами семьи, испытывающими страдания от нарушения взаимоотношений, ребенком и терапевтом. Уже на первой сессии формулируются терапевтические цели, которые, однако, могут меняться в процессе терапии. Поскольку коррекционная работа с ребенком с СДВГ осуществляется в соответствии с принципом поэтапности, одним из методов семейной терапии может стать выстраивание «лестницы проблем» (Моница Г. Б., Лютова-Роберте Е. К., 2005).

Как правило, на прием к психологу (психотерапевту) приходит мама или бабушка, обеспокоенная неадекватным и вызывающим многочисленными нареканиями окружающим поведением ребенка. А поскольку проблема касается всей семьи, решать ее желательно именно с помощью семейной терапии. Специалисты отмечают, что отцов легче заинтересовать семейной терапией, чем индивидуальной, а между тем роль отца очень важна в терапевтическом процессе, и «никто другой не может говорить за него или занимать его место как в терапии, так и в семейной жизни» (Сатир В., 2001, с. 18). Семейная терапия важна для

всей семьи в целом. Иногда именно в терапевтическом процессе члены семьи впервые слышат друг друга и приходят к единому пониманию сути проблемы. Так, практика работы с семьей с помощью плаката «Какя решаю свои проблемы» (Монина Г. Б., Лютова-Роберте Е. К., 2005) показала возможность урегулирования взаимоотношений в случае участия в ней не только ребенка, но и всех членов его семьи.

Семейная терапия окажется эффективной тогда, когда она будет специально ориентирована на ребенка с СДВГ, который в силу своих физиологических особенностей не может в течение длительного времени слушать других людей (в данном случае членов своей семьи). В нашей практике мы применяем методы игровой, песочной семейной терапии или используем наглядные материалы (рисунки, плакаты и т. д.), которые привлекают внимание ребенка и делают сессию более интересной для него (Монина Г. Б., Лютова-Роберте Е. К., 2005).

Игровая семейная терапия может использоваться как самостоятельно, так и в качестве дополнительной техники на разных этапах психотерапии (Эйдемиллер Э. Г., 2003). На первых этапах приемы игровой терапии помогают успешно присоединиться к клиенту, игра может применяться и как проективная методика для диагностики личностных и семейных проблем. Особенно эффективно использование семейной игровой терапии при работе с семьями, в которых детей чрезмерно опекают, когда разногласия в семье велики, когда ситуация в семье приобретает хаотичный характер и участники перестают контролировать свои действия (там же).

В процессе игры участники терапии отрабатывают навыки взаимодействия друг с другом, учатся конструктивным способам решения стоящих перед ними проблем.

Концепция родительской терапии была предложена Б. Гуэрни (Guerny В., 1964). Цель данного вида психотерапии состоит в том, чтобы обучить родителей техникам игровой терапии, которые они смогут использовать самостоятельно в домашних условиях в процессе игры со своим ребенком.

«Многие родители уделяют детям время и выделяют пространство, но не знают и не понимают их... Детям необходимо время для эмоциональных контактов с родителями, а родителям нужно знать, как ответить детям таким образом, чтобы облегчить развитие отношений» (Лэндрет Г. Л., 1994, с. 331).

В процессе родительской терапии родители проходят обучение основным и в то же время доступным для понимания и овладения техникам психотерапевтической работы с детьми. Домашним заданием для родителей является взаимодействие с ребенком (с использованием полученного в ходе тренинга или психотерапии опыта) и наблюдение за его поведением. Затем это обсуждается в родительской группе. В ходе обсуждения психотерапевт или психолог могут использовать различные групповые терапевтические техники (например, гештальттехники, психодраму и т. д.). Наши наблюдения показали, что, находясь в группе среди родителей, имеющих сходные проблемы в воспитании ребенка, каждый член группы ощущает поддержку и понимание остальных. Таким образом повышается самооценка участников и уверенность в том, что результаты их взаимодействия с ребенком могут приносить свои положительные плоды.

Одной из форм родительской терапии является детско-родительская терапия. На групповые занятия приглашаются родители (или один из родителей) со своим гиперактивным ребенком. Участвуя в упражнениях, направленных на понимание своего ребенка, родители находят эффективные паттерны взаимодействия с ним. В конце занятия, пока дети участвуют в совместной игре, проходит обсуждение среди родителей; они делятся друг с другом своими трудностями и проблемами, с которыми столкнулись в процессе терапии, а также приобретенным опытом. Чтобы охватить как можно большее число родителей, имеющих гиперактивных детей, можно для начала предложить им поучаствовать в тренинге детско-родительских отношений, а затем продолжить психотерапевтическую работу с теми, кто особо нуждается в ней (Карпова Е. В., Лютова Е. К., 1998).

Глава 3

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СДВГ

3.1. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СДВГ

Принимая во внимание неуклонный рост числа детей и подростков с синдромом дефицита внимания во всем мире и мнение специалистов о том, что учащиеся с данным диагнозом часто страдают от школьной дезадаптации, в настоящее время остро встает вопрос о специфике обучения таких детей, о подготовке психологов и педагогов для работы с ними.

Уникальные характеристики учащихся с СДВГ могут затруднить для них и процесс обучения, и формирование позитивной самооценки, и возможность выразить себя и приобретать определенные учебные навыки. В то же время учет таких особенностей может стать основой для эффективного обучения (Мамайчук И. И., 2003; Сиро-тюк А. Л., 2001), и ответственность за поиск методов обучения, способствующих раскрытию потенциала этих учащихся, лежит на взрослых, которые по роду своей деятельности взаимодействуют с гиперактивными детьми. Для этого педагогам желательно либо иметь дополнительное психологическое образование (курсы переподготовки), либо сотрудничать с психологом, который будет направлять работу учителя, поможет выработать приемы взаимодействия в группе детского сада или в классе. Причем психологам также желательно в рамках повышения квалификации (хотя бы один раз в пять лет) пройти не только теоретический курс, включающий информирование о физиологических и психологических особенностях детей с СДВГ, но и методический тренинг, который поможет им в дальнейшем эффективно работать с детьми, педагогами и родителями. Несмотря на достаточный для обучения уровень развития и готовности к школе, дети с СДВГ зачастую оказываются, по выражению Майкла Гриндера (1995), выброшенными со «школьного конвейера».

Специалисты отмечают у гиперактивных детей высокую степень вероятности отставания в учебе, второгодничества, расстройства поведения, отказа от обучения в школе, меньшую вероятность благополучного окончания средней школы и поступления в вуз, чем у их сверстников без СДВГ. Главной проблемой детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью может стать снижение продуктивности учебной деятельности, низкий уровень академических достижений. Поданным Н. Н. Заваденко (1999), многие дети с СДВГ имеют нарушения в развитии речи и трудности в формировании навыков письма и счета. 66%

обследуемых детей с данным синдромом обнаружили признаки дислексии и дисграфии, 61% — признаки дискалькулии.

Во время урока детям тяжело концентрировать внимание, они быстро отвлекаются, не умеют работать в группе, требуя к себе индивидуального внимания учителя, часто не могут завершить работу, мешая при этом одноклассникам. Ребенок с СДВГ уже на 7—8-й минуте после начала урока проявляет двигательное беспокойство, теряет внимание. Зачастую, стремясь быть замеченным педагогом и одноклассниками, он добивается внимания взрослого и сверстников единственным известным и доступным ему способом — исполняя роль «классного шута».

Поскольку каждый учитель сталкивается с данной проблемой в классе, в настоящее время необходимо вводить спецкурс для студентов — будущих педагогов, раскрывающий специфику обучения детей и подростков с диагнозом СДВГ, и обучать психологов образования техникам, приемам взаимодействия с детьми с СДВГ, их родителями и педагогами. Одним из принципов подготовки кадров, которым предстоит работа с детьми с данным синдромом, должен стать принцип осведомленности, подразумевающий информированность будущих педагогов об особенностях развития и поведения детей и подростков с СДВГ. Это продиктовано тем, что достаточно часто таких учащихся воспринимают как невоспитанных, капризных, педагогически запущенных. Зачастую «неудобного» ребенка стремятся перевести в другой класс, а затем и в другую школу, мотивируя это тем, что он не способен усвоить программу гимназического или лицейского уровня. Поэтому важно рассказывать не только учителям, но иногда и родителям о том, что отмечаемая ими симптоматика хотя и носит физиологический характер, далеко не всегда связана с невозможностью освоения учебной программы и не может быть снижена только с помощью дисциплинарных взысканий.

У детей с СДВГ лобные доли коры головного мозга, отвечающие за контроль поведения, формируются позднее, чем у их сверстников, поэтому они, имея нормальный и даже высокий уровень развития интеллекта, не обладают способностью к самоконтролю (Садовникова И. Н., 1997). Это затрудняет процесс их обучения и вынуждает педагога искать способы, позволяющие помочь таким детям. На первых этапах это может быть индивидуальная, затем — групповая работа. Среди детей с СДВГ авторы условно выделяют такие группы: дети с развитыми визуальными, но сниженными слуховыми навыками; дети, у которых снижены визуальные, но развиты слуховые навыки; дети со снижением обоих навыков (Гарднер Р., 2002; Леви Г. Б., 1995; Сиротюк Л. С., 2000, и др.). Работа педагога на начальном этапе опирается на активное использование сильной стороны учащихся, а не на устранение недостатков. С детьми первой категории важна опора на визуальные представления ребенка, включение тактильных и кинестетических стимулов (ощупывание одновременно с чтением слова); второй категории — фонетический подход (на начальном этапе — мультисенсорный подход); третьей категории — мультисенсорный подход: ребенок одновременно смотрит на слово, произносит его вслух, контролирует ощущения в глотке (Леви Г. Б., 1995).

Симптомы СДВГ могут проявляться и усиливаться при увеличении нагрузок на нервную систему, в результате чего происходит разбалансировка психических процессов, что негативно отражается на процессе обучения (Аристова Т. А., 1998). Поэтому желательно не перегружать ребенка занятиями с репетиторами, бесконечным переписыванием неаккуратных работ, длительным выполнением домашних заданий. По этой причине, выбирая школу для ребенка с СДВГ, лучше остановить свой выбор не на гимназии с усложненной программой, а на обычном классе с базовой программой. Находясь в комфортных для него условиях, ребенок быстрее адаптируется к школьной жизни, и за период обучения в начальной школе (3—4 года) при соответствующем режиме обучения (без переутомления) работа мозга полностью нормализуется (Ясюкова Л. А., 1997). В противном случае интеллектуальные и физические перегрузки только усилят симптоматику СДВГ, и ребенок, даже обладая большим потенциалом, не сможет соответствовать школьным требованиям. Сам ребенок с СДВГ зачастую неспособен структурировать свое время, поэтому на первых этапах обучения (как и

на любом другом этапе, если это не было сделано раньше) взрослые должны помочь ему рационально распределить время, чтобы не было перегрузок, а школьные задания были выполнены. В некоторых случаях, даже отдавая изрядную долю ответственности за обучение самому ребенку, родители все же должны контролировать выполнение им домашних заданий на протяжении всех лет обучения в школе. И. Н. Садовникова (1997) считает, что недостаток понимания и помощи со стороны взрослых (родителей и учителей) может привести к проявлениям агрессивности со стороны ребенка, к отказу выполнять учебные задания или к выполнению их только под страхом наказания). Следует заметить, что занятия с гиперответственным родителем, которому хочется добиться идеального выполнения ребенком домашних заданий, тоже может привести к агрессивным вспышкам, к снижению мотивации и к конфликтам в семье.

Коррекция детей с СДВГ может включать функциональные упражнения (развитие произвольности и самоконтроля, элиминация импульсивности), дыхательные, глазодвигательные упражнения и др. (Сиротюк А. Л., 2001; Сиротюк Л. С., 2000). Часть упражнений можно отрабатывать на занятиях с психологом, часть — на уроке со всем классом, часть — в домашних условиях. Важно отметить, что на начальных этапах обучения у таких детей отсутствует учебная мотивация, поскольку мотивационный уровень обучения обеспечивается лобными долями коры головного мозга, которые формируются у детей этой категории позже, чем у их сверстников. Поэтому одним из важнейших направлений работы с учащимися с СДВГ является формирование учебной мотивации.

Коррекционно-развивающее обучение детей и подростков с СДВГ оказывается эффективным, если педагоги и психологи следуют некоторым принципам, вытекающим из особенностей учащихся данной категории.

Результаты наших исследований подтвердили, что помощь должна носить комплексный характер (Монина Г. Б., Михайловская О. И., 1999; Монина Г. Б., 2006). Как правило, в команду заинтересованных участников входят врач-невролог, психолог, педагог и обязательно родители. Зачастую именно педагог (воспитатель, учитель) направляет ребенка к психологу, заметив первые симптомы СДВГ, которые пока еще трудно выявить, общаясь с ним в ситуациях, требующих меньшего напряжения, чем учебная деятельность. И именно педагог может дать врачу и психологу обратную связь, касающуюся эффективности выбранного врачом метода лечения или используемых психологом приемов работы.

Целенаправленная совместная деятельность специалистов и родителей необходима ребенку, которому гораздо легче выполнять единообразные требования взрослых, окружающих его, находиться в едином воспитательном пространстве, чем приспосабливаться к разноречивым, а иногда и взаимоисключающим указаниям, неизбежно приводящим к стрессу (Лютлова Е. К., Монина Г. Б., 2000). В том случае, если непосредственное взаимодействие педагога и врача является проблематичным, родители могут обратиться к врачу с просьбой составить письменные рекомендации для работников образовательного учреждения (психолога, педагогов, дефектолога, логопеда и др.), которые будут учтены в процессе работы в классе и при разработке коррекционной программы.

Только при комплексном подходе к решению проблем обучения ребенка с СДВГ можно рассчитывать на снижение его эмоционального напряжения и более полной реализации его потенциала (Монина Г. Б., 2004).

Следующий принцип обучения ребенка с СДВГ заключается в том, что меры педагогического воздействия на него принесут свои плоды только в случае систематического их применения. Как правило, единичные мероприятия, даже если в них участвуют медицинские специалисты, педагоги, родители и психологи, не приведут к ожидаемому результату. И хотя данное требование желательно выполнять при обучении детей любой категории, при взаимодействии с гиперактивными учащимися оно должно выполняться обязательно, поскольку им трудно самим структурировать время и пространство, они должны четко знать, какое педагогическое воздействие последует за тем или иным действием с их стороны. Причем для ощущения их

безопасности они должны быть уверены, что характер и сила данного воздействия не зависят от настроения родителей, психолога, учителя, а является постоянным правилом.

Принцип поэтапности в работе с гиперактивными учениками предполагает, что, учитывая их индивидуальные физиологические особенности, желательно сначала выделить время на установление контакта, затем осуществлять индивидуальную работу по развитию произвольности действий (умение слушать инструкцию, подчиняться правилам); отработку (поочередную) дефицитарных функций, развитие умения рефлексии и лишь после этого переходить к групповой работе в классе (Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С, 2002; Лютова Е. К., 2000; Лютова Е. К., Моница Г. Б., 2000). Данный принцип является одним из основополагающих в работе школьного психолога, осуществляющего коррекцию.

Наличие трех типов СДВГ (с преобладанием невнимательности, с преобладанием гиперактивности и импульсивности, комбинированного) диктует необходимость выявления доминирующего симптома и построения поэтапной коррекционной работы в соответствии с этим. Опираясь на сильные стороны ребенка, психолог начинает с работы с одной отдельной функцией (например, контроль двигательной активности). Когда в процессе занятий будут достигнуты устойчивые положительные результаты, можно переходить к тренировке одновременно двух функций, например к устранению дефицита внимания и контролю двигательной активности. И лишь затем можно использовать упражнения, которые развивают все три дефицитарные функции одновременно (в случае комбинированного типа СДВГ). Реализация данного принципа предполагает, что коррекционная работа с ребенком с СДВГ будет носить длительный характер, что очень важно сообщать родителям и педагогам.

Гетерогенность проявлений СДВГ предопределяет необходимость осуществления при взаимодействии с гиперактивными детьми принципа индивидуализации, значимость которой обусловлена в данном случае кроме гетерогенности и несформированностью у ребенка с СДВГ отдельных психических структур, в некоторых ситуациях — отсутствием интереса к учебе, стилем умственной деятельности и т. п.

Индивидуализация обучения — важнейший фактор, влияющий на формирование учебных навыков (Занков Л. В., Зверев М. В., 1973; Кирсанов А. А., 1963; Моница Г. Б., 2004), и предполагает сознательные усилия педагога, направленные на отбор и адаптацию методик обучения, на структурирование учебного процесса в соответствии с потребностями каждого ребенка. Это не только принятие и понимание ребенка, это система мероприятий, сознательно используемых учителем в ходе педагогического процесса.

Традиционно индивидуализация процесса обучения предполагает не только принятие и понимание каждого отдельного ребенка, но и систему мероприятий, которые учитель сознательно внедряет в ходе педагогического процесса (назовем это индивидуализацией I типа). По мнению И. С. Якиманской (1966), образовательная программа должна быть гибко приспособлена к познавательным возможностям ученика, динамике его развития в процессе обучения. Безусловно, педагог стремится, учитывая особенности ребенка с СДВГ, создать самые благоприятные условия для его обучения. Однако это далеко не всегда приводит к глубокой личностной включенности ученика, поскольку инициатива исходит от учителя. Кроме того, в условиях классно-урочной системы усилия учителя могут оказаться неэффективными. Тогда становятся необходимыми усилия учителя, направленные на создание условий для «самоиндивидуализации» ученика (назовем это индивидуализацией II типа), на выявление каждым учеником собственного стиля учебной деятельности и на переход к саморегуляции (Якиманская И. С, 1999, с. 39).

Таким образом, специфика обучения учащихся с СДВГ заключается в реализации таких принципов, как комплексность, системность, поэтапность, и в необходимости осуществления индивидуализации.

Выбор конкретных мер педагогического воздействия на конкретного ученика будет обусловлен как особенностями самого ученика, так и возможностями учителя. Кроме того, большое значение при выборе стратегии будет иметь цель, которую преследует учитель: профилактическая помощь ребенку или экстренная реакция на непредвиденное событие.

Что такое истинная индивидуализация

Нет ни одной методики обучения, которая была бы одинаково эффективна для всех детей в классе, а значит, и учить их надо по-разному, исходя из учета актуального уровня ребенка, социокультурных условий, психофизиологических особенностей, стиля преподавания и др. (Борисова Ю., Гребенов И., 2003; Леви Г. Б., 1995).

Еще 10—15 лет назад под индивидуализацией обучения понимали подбор педагогом способов, приемов и темпа обучения, степени трудности заданий в зависимости от индивидуальных различий школьников, уровня развития их способностей (Марон А. Е., Кужано-ва Н. И., 2002). В работах А. А. Кирсанова (1963, 1980), Е. С. Рабун-ского (1970, 1975) индивидуализация трактуется как приспособление процесса обучения к индивидуально-личностным и познавательным возможностям обучаемого. Однако процессы индивидуализации и социализации являются взаимосвязанными компонентами единого процесса личностного развития, определенный уровень которого порождает самодетерминацию, самоуправление личности, сознательно организующей собственную деятельность (Фельдштейн Д. И., 1995). В связи с этим, говоря об индивидуализации, так важно делать акцент на возможности ребенка самому принимать решения и отвечать за результаты своей учебы (Марон А. Е., Кужанова Н. И., 2002).

Подлинная индивидуализация — это предоставление каждому ребенку широкого поля деятельности как на уроке, так и на коррекционных занятиях, для нахождения возможностей успешного освоения учебного материала. Именно поэтому взрослому, обучающему ребенка или подростка с СДВГ, необходимо ориентироваться на учебные возможности каждого ученика, создавать условия самореализации, самостоятельности каждого ученика, помогать ученику раскрывать и максимально использовать опыт, который уже имеется у каждого, а не заставлять действовать по образу и подобию родителей или даже учителя. Учащимся надо предоставлять возможность выполнять учебные задания разными способами, чтобы они среди них выбрали оптимальный для себя, но при этом обязательно оказывать им помощь в отсеивании явно нерациональных (Рабун-ский Е. С., 1975). Эта помощь особенно важна в работе с детьми и подростками с СДВГ, часто испытывающими трудности при самостоятельном выполнении учебных заданий.

Сначала с помощью взрослого (психолога, учителя, родителей), а затем самостоятельно ребенок научается выявлять эффективные способы деятельности и закрепляет те из них, которые приемлемы лично для него.

Проведенные нами исследования (Монина Г. Б., 2004) подтвердили, что можно говорить о двух возможных типах индивидуализации (психолог, учитель — обучающий всех и индивидуализирующий процесс обучения; психолог, учитель — создающий условия для самообучения — самоиндивидуализации ученика). Осуществление II типа индивидуализации способствует более полной личностной включенности обучающегося в процесс обучения, в связи с чем повышается уровень его познавательной мотивации, мотивации достижения успеха, самореализации.

Однако как показывает практика, в некоторых случаях (некоторые психофизиологические особенности ребенка, педагогическая запущенность, отсутствие мотивации к обучению и др.) на первых этапах взаимодействия с учащимися, не готовыми к принятию ответственности за собственную учебу, в процессе коррекционной работы психолога или работы учителя на уроке (или взаимодействия родителей и ребенка при выполнении домашних заданий) целесообразно осуществление индивидуализации I типа, предполагающей контроль взрослого над деятельностью школьников

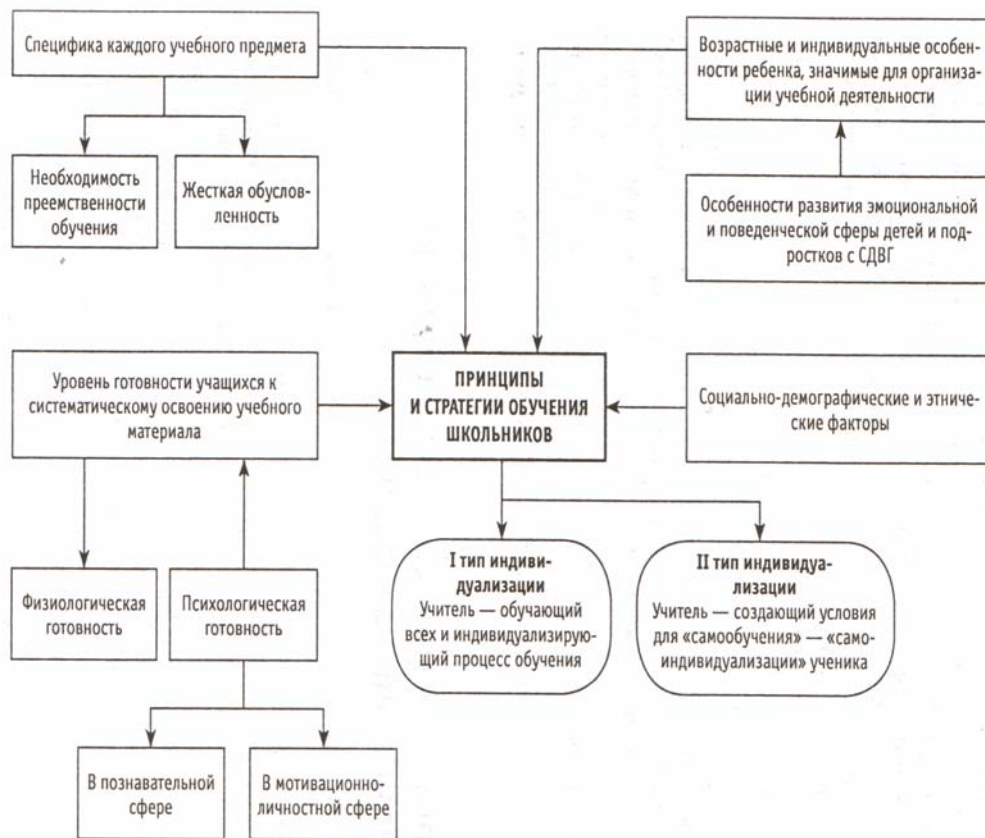


Рис. 1. Факторы, влияющие на выбор методов обучения

В зависимости от способа восприятия мира (и учебного материала в частности) учащиеся условно делятся на интуитивистов и логистов. Очень важно, чтобы взрослый, обучающий ребенка (психолог, педагог, родитель) не ломал присущий ребенку стиль обучения, учил «самопомощи»: помогал выявить, осознать тот способ, который удобен ученику (тем самым поддерживая его стремление к самостоятельности), давая возможность выполнять задания иным способом (Божович Е. Д., 2002; Мурашов А. А., 2000).

Для одних детей (одаренные дети, дети со сформированным познавательным интересом) важен самостоятельный поиск решения учебной задачи, интеллектуальное усилие, которое необходимо применить. В этом случае желательно организовать поисковую работу по выявлению закономерностей выбора способа действия. Для других детей особо важной представляется практическая направленность изучения какого-либо правила, что предполагает комментарии взрослого о важности освоения данного материала в дальнейшем обучении (или в профессиональной деятельности). А для отдельных детей необходима совместная работа по созданию стройного алгоритма действий в тех или иных ситуациях, возникающих в процессе обучения.

Переход учащихся к саморегуляции, самоиндивидуализации

Итак, основная задача индивидуализации II типа — формирование у учащихся собственной позиции и ответственного отношения к процессу обучения, выявление собственных способов действия, связанных с успешным выполнением учебных заданий (например, освоение посредством правила или на интуитивной основе).

Кроме того, необходимое условие эффективности обучения детей и подростков с СДВГ — обязательность дальнейшего формирования тех структур, которые оказались не в полной мере сформированными на предыдущих этапах освоения учебной программы.

Причем обучение окажется продуктивным, если будет направлено не столько на коррекцию уже допущенных ошибок (по математике, русскому языку и др.), но прежде всего на предвосхищение возможности ошибок. Как правило, данные задачи решает в ходе учебной деятельности учитель, зачастую прибегая к многочисленным занятиям после уроков. Иногда для улучшения успеваемости роди-

тели обращаются за помощью к репетиторам, которые занимаются с ребенком тоже в послеурочное время. Некоторые родители пытаются сами справиться с трудностями обучения сына или дочери, просиживая с ними долгие вечерние часы, ликвидируя пробелы в знаниях. Однако практика показала, что подобный подход редко приносит пользу, поскольку ребенок переутомляется. Поэтому желательно не перегружать ребенка дополнительными занятиями, а прибегнуть к помощи психолога, который в процессе систематических занятий, построенных в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями школьника, поможет ощутить ему собственную успешность, повысить учебную мотивацию.

Формирование мотивации достижения успеха (но не стремление быть лучшим во всем) — одно из главных условий эффективности работы на всех этапах ее прохождения (Маркова А. К., 1990).

Кроме работы психолога на коррекционных занятиях, работы учителя на уроке по реализации принципов индивидуализации (I и II типа), обучения самих учеников эффективным способам усвоения материала достаточно часто встает вопрос о том, чтобы передать родителям ребенка частичные функции. При невозможности реализации данного варианта помимо классно-урочной работы должна проводиться дополнительная индивидуальная работа с ребенком по особой индивидуальной программе, осуществляемая совместно педагогом и психологом.

Основная стратегия обучения школьников с СДВГ заключается в том, что взрослый (психолог, учитель, родитель), предлагая учащимся общее задание, дает установку каждому ученику попытаться определить, какую пользу приносит ему применение того или иного конкретного приема выполнения задания, то есть на поиск каждым учеником той существенной для него информации, которая важна именно ему.

В целом процесс коррекционно-развивающего обучения детей и подростков с СДВГ можно условно разбить на несколько блоков, каждый из которых имеет кроме общих свою наиболее значимую для данного направления цель. И задача взрослого-учителя в классе или психолога на специальных занятиях — создать условия для:

формирования у учащихся мотивационной обусловленности обучения; развития познавательной сферы ребенка, непосредственно значимой для освоения учебного материала (объем восприятия,

характеристики внимания, памяти, мышления и др.);

постепенного перехода учеников к саморегуляции своей деятельности и самоконтролю:

самостоятельному анализу учебного материала, процесса произвольного выполнения учебных заданий и самоанализу допущенных ошибок;

снижения уровня негативных эмоциональных проявлений учащихся к процессу обучения, снижения уровня школьной тревожности как фактора, влияющего на общую успешность и на процесс освоения грамотного письма (фронтальная и индивидуальная работа учителя).

Таким образом, работа по обучению школьников с СДВГ имеет несколько направлений, однако деление на блоки носит условный характер, поскольку в конкретных видах заданий все они являются взаимосвязанными. Например, формирование у учащихся мотивационной обусловленности обучения, снижение негативных эмоциональных переживаний — необходимое основание реализации содержания остальных блоков работы педагога.

Центральным направлением в работе с детьми и подростками с СДВГ является создание условий для осмысления каждым учеником используемых им способов успешного выполнения учебных действий, своего стиля усвоения учебного материала и для перехода

учащихся к самоконтролю, к саморегуляции, к самоуправлению собственной деятельностью (все остальные направления вплетены в эту деятельность).

Некоторые рекомендации педагогам, обучающим детей и подростков с СДВГ, приведены в Приложении 3.

Поскольку у учащихся с данным синдромом достаточно часто возникают проблемы с успеваемостью по русскому языку (Кор-нев А. Н., 1997; Безруких М. М., 1991; Моница Г. Б., 1998, 1999, 2004), ниже мы подробно остановились на некоторых упражнениях, связанных с программой освоения этого учебного предмета.

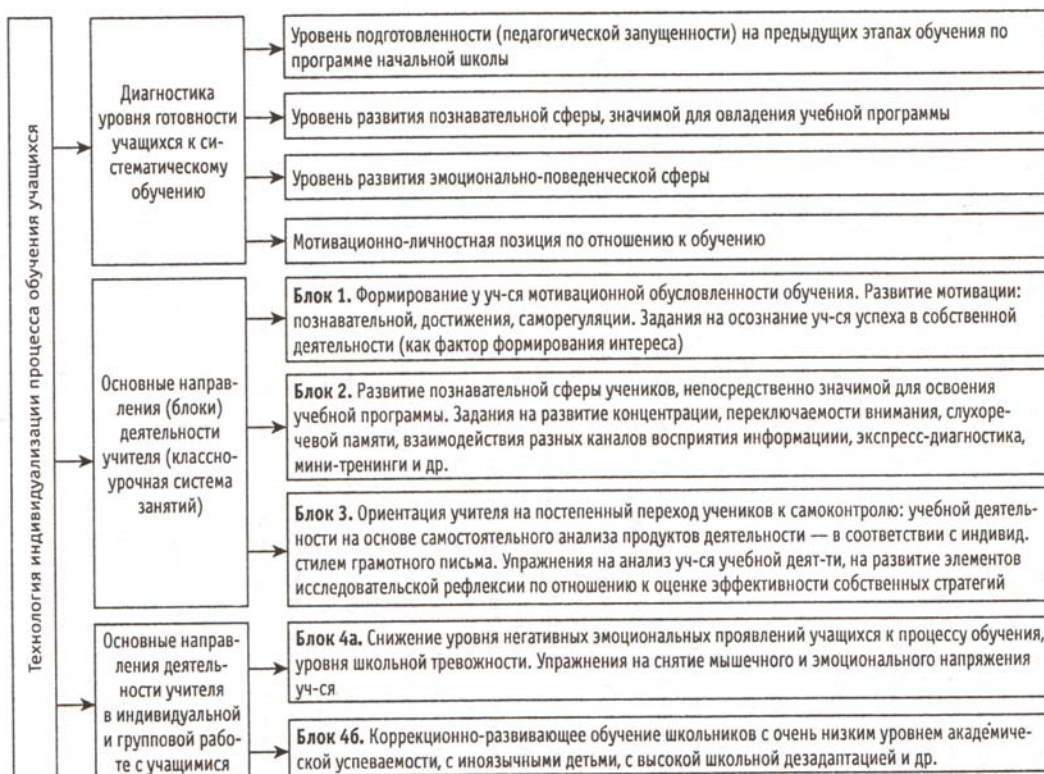


Рис. 2. Технология индивидуализации процесса обучения

3.2. СПЕЦИФИКА ОБУЧЕНИЯ УЧАЩИХСЯ С СДВГ

Повышение учебной мотивации

Наиболее значимым условием эффективности обучения является включение обучающихся в собственную деятельность, определяющую их стиль, мотивационная обусловленность обучения (Леонтьев Д. А., 2002; Маркова А. К., 1990; Петрова С. П., 1997).

В структуре занятия могут быть использованы различные методы и приемы, активизирующие деятельность учащихся, повышающие интерес к обучению и способствующие эффективному взаимодействию педагога и школьников.

Смена разных видов деятельности на уроках (необходимая для инфантильных, гиперактивных детей), проведение творческих работ (особенно с креативными детьми), подбор дидактического материала с учетом особенностей ребенка (дети с СДВГ часто любят что-либо делать своими руками, а не только слушать и смотреть на пособия), введение элементов игры (желательное для инфантильных, тревожных детей), — все это способствует максимальному учету индивидуальных и возрастных особенностей учащихся даже в условиях классно-урочной системы и, безусловно, будет помогать повышению учебной мотивации. Творческая деятельность всегда индивидуальна, и введение творческих заданий на уроках направлено на то, чтобы каждый ученик открыл для себя свои скрытые возможности. В настоящее время практикой наработано множество приемов творческой деятельности учащихся в процессе обучения, и чем больше приемов будет предложено детям, тем легче им будет найти собственные пути и способы освоения языка.

Например, такой прием, как использование притч (в НЛП применяется термин «метафора»), воздействующих на оба полушария, активизирует мышление и память учеников, задействуя глубинные структуры психики (Павлова М. А., 1997). Включение притч в начало занятия и в его завершающую часть, согласно теории системного мышления, помогает учащимся лучше запомнить все, что было сказано учителем на уроке (Ганзен В. А., 1984; Ильин А. М., 2001).

Еще одним приемом, способствующим формированию мотивационной обусловленности обучения, является предоставление детям с СДВГ выбора формы домашнего задания. Например, при изучении темы «Правописание глаголов повелительного наклонения» школьники могут выбрать форму выполнения домашнего задания: традиционное упражнение из учебника русского языка, направленное на отработку данной темы; поиск глаголов в литературном произведении, изучаемом в этот период классом; составление диалога на заданную учителем тему; запись рецепта приготовления какого-либо блюда с обязательным употреблением глаголов повелительного наклонения. После выполнения учащимися задания по их собственному выбору можно оформить стенд с интересными рецептами, провести обсуждение этой формы работы (спросить, какой этап работы был сопряжен с дополнительными трудностями или с положительными эмоциями: поиск литературы, собственно языковая деятельность, оформление работы для стенда). Информация, полученная учителем в процессе обсуждения, может быть использована при планировании дальнейшей деятельности на уроках.

При подготовке домашнего задания по физике учитель может не просто рекомендовать выучить теоретический материал, но и подобрать 2—3 задачи по данной теме, продемонстрировав их решение перед классом; сделать доклад, оформить стенд и т. д. Можно предложить учащимся объяснить какое-либо явление (почему нефть плавает на воде, почему велосипедист не падает, почему при закипании воды появляются пузырьки и др.), применив полученные на уроке теоретические сведения. Учащиеся с СДВГ, проследив связь между теорией и реальной жизнью, скорее всего, заинтересуются учебным предметом.

Ученики среднего и старшего звена могут принять участие в создании пособий (карточек, плакатов и др.) для более младших школьников; это покажет конкретную практическую направленность их учебной деятельности и повысит их значимость в собственных глазах (и то и другое чрезвычайно важно для детей и подростков с СДВГ).

После выполнения задания учитель может спросить учащихся, что бы они могли порекомендовать детям, которые будут пользоваться изготовленными для них карточками. Как правило, школьники формулируют советы, которые необходимы в первую очередь им самим, то есть проговаривают дальнейшую стратегию собственной деятельности на уроках.

Предложенный Л. И. Айдаровой, Т. Ю. Соколовой (1997) метод составления текстов диктантов самими учениками также способствует повышению учебной мотивации. Подбирая или сочиняя тексты диктантов на определенные правила орфографии, учащиеся учатся более внимательно и бережно относиться к языковому материалу, тренируют орфографическую зоркость, осознают собственную значимость в процессе обучения правописанию. Вопросы учителя по завершении этого задания касаются причин выбора тех или иных слов и предложений учащимися, которые по просьбе педагога аргументируют, почему именно это слово использовано ими, какие трудности могут быть связаны, по их мнению, с его написанием у других учеников.

На уроках истории, географии и других предметах учащиеся также могут готовить собственные тексты, составлять по пройденному ими теоретическому и практическому материалу вопросы для одноклассников.

Для повышения мотивации обучения может использоваться и такой метод: раздав всем ученикам печатный текст, учитель просит отметить в нем те части, детали, которые могут стать «опасными» для более младших детей, которые будут читать его завтра. Как правило, ребята отмечают слова, примеры, в которых сами часто делают ошибки.

В настоящее время многие педагоги используют гибкую систему поощрений и наказаний. В условиях школы такими поощрениями в зависимости от индивидуальных и возрастных особенностей ребенка могут стать: возможность выбрать то или иное задание, помощь учителю в проверке тетрадей, роль «Хранителя времени» в классе, возможность писать на школьной доске во время перемены или на уроке, первое место в строю, выполнение письменного задания на компьютере и др. Узнать же о предпочтениях каждого ребенка можно из рисунков и сочинений на темы «О чем я мечтаю», «Школа моей мечты», «Идеальный учитель», «Самый лучший детский сад» и др. Иногда в качестве поощрений используется система жетонов (Лю-това Е. К., Моница Г. Б., 1999). В этом случае с ребенком заранее оговаривается, за какое конкретное действие он получает жетон: за выполненную без ошибок домашнюю работу, за подготовленный к уроку дополнительный материал, за правильно решенную на уроке задачу, за то, что в течение урока не получил ни одного замечания, и т. д. Если же ребенок допускает ошибку, получает замечание, он тоже «расплачивается» жетонами, которых у него с каждой оплошностью становится меньше.

Подобная система жетонов, конечно, не может быть применена в работе с каждым учеником в классе, но является эффективной формой взаимодействия с гиперактивными учениками. Ведь даже в том случае, когда ребенок нарушил правила, он получает возможность наверстать упущенное. Например, за пять ошибок в диктанте он лишился пяти жетонов, но на уроке он может ответить у доски, сделать самостоятельно работу над ошибками, рассказать классу дополнительную информацию по данному предмету, получив таким образом несколько жетонов, а главное, укрепив свой статус в собственных глазах и в глазах одноклассников.

Использование нетрадиционных форм работы (возможность выбора домашнего задания, объяснение учебного материала учащимся из младших классов, роль «учителя» при объяснении одноклассникам того или иного задания и др.) способствуют повышению учебной мотивации школьников (Колеченко А. К., 2001). Привыкшие к постоянным замечаниям, дети с СДВГ, почувствовав свою значимость, с гораздо большим удовольствием и энтузиазмом выполняют даже не очень интересные для них задания.

В настоящее время повышается эффективность использования компьютера как дидактического средства. Особенность компьютерного обучения — пошаговость, оперативная обратная связь, что способствует поэтапному формированию учебных умений и навыков. Работа с компьютером включает ребенка в новую сферу действий, где он является и

исполнителем, и корректором, а иногда и автором программы. Это ставит его в новую позицию по отношению к себе, к обучению, заставляя мобилизовать свои возможности.

Однако перед педагогом встает несколько вопросов: как использовать компьютерное обучение при работе с детьми с СДВГ, нужно ли это увлекающимся и легко отвлекающимся ученикам? Прежде всего, компьютерные технологии позволяют осуществлять полимодальный подход к обучению (развитие зрительных, слуховых, кинестетических анализаторов и др.), что очень важно в работе с данной категорией детей.

Кроме того, использование различных программ, позволяющих отработать какой-либо учебный навык, дает импульсивным учащимся возможность получать моментальную обратную связь (в конце каждого задания ребенок узнает конкретное количество баллов, заработанных им), так необходимую им для осознания успешности выполненных действий.

Развитие познавательной сферы

Здесь речь идет о развитии познавательной сферы ребенка, непосредственно значимой для освоения учебного материала (объем восприятия, характеристики внимания, памяти, мышления).

Иногда трудности в обучении школьников с СДВГ связаны с такой проблемой, не решенной в начальной школе, как недостаточное формирование единства акустического, артикуляционного, оптического и кинетического образов слова. В этом случае учитель включает в урок такие задания, которые направлены на развитие зрительного, слухового, кинестетического восприятия (например, составление детьми загадок, когда обязательным условием является использование нескольких каналов восприятия информации, одновременное проговаривание вслух и написание словарных слов, предложений и т. д.).

Упражнение «Каналы восприятия»

Одним из таких заданий является упражнение, цель которого — развитие различных видов восприятия (зрительного, слухового и др.). Каждому ученику выдается список словарных слов, напечатанных на карточке. Все учащиеся четко, по слогам читают первое слово, один из них рассказывает классу, активизируя одновременно все каналы восприятия информации, что он видит, слышит и ощущает, когда представляет образ предмета или действия, обозначенного данным словом (например, читая слово «крокодил», ребенок описывает, что он может увидеть (длинный, зеленый), услышать (крик, плеск воды), почувствовать (страх, холод) и др.).

Затем каждый ученик «пишет» вытянутой правой рукой это слово в воздухе (на уровне глаз), одновременно отчетливо проговаривая его. Взрослый следит за тем, чтобы рука не опережала звуковой сигнал, чтобы у ребенка одновременно работали зрительный, слуховой, двигательный, речедвигательный анализаторы. Следующий этап — запись в тетради, с тщательным послоговым проговариванием.

Затем учитель предлагает каждому ученику проверить правильность выполнения задания: отдельно, по одному слогу, сверить написанное им в тетради (на доске) слово с образцом, снова вслух проговаривая проверяемый им слог (например, проверка слова «самолет» происходит таким образом: ребенок читает первый слог: «са», переводит взгляд на написанный им слог, снова вслух читает его: «са» (если он не может зафиксировать взгляд на отдельном слоге, можно использовать линейку, указку). Затем он переходит ко второму слогу образца: «мо» и записанного им в тетради: «мо». После этого — к третьему слогу). Убедившись в точности воспроизведения заданного слова, учащиеся переходили к отработке следующего слова по той же схеме: чтение слова — описание образа — письмо по воздуху — запись в тетради — проверка.

Главная задача учителя при проведении данного упражнения — направление учащихся на анализ собственной деятельности (что и являлось реализацией стратегии индивидуализации): «На каком этапе выполнения задания я испытывал трудности?», «Какой прием помог мне справиться с заданием?», «Что мешало выполнению задания?» и др.

На первых этапах работы это задание предназначается в большей степени для развития целостного восприятия, в дальнейшем — для развития волевой регуляции. Проводится оно на каждом занятии в течение 2—4 недель. Время выполнения — не более 5 минут (поскольку

среди неграмотных учащихся большое количество детей с ММД, СДВГ/В, не рекомендуется увеличивать время занятий, потому что дети, относящиеся к данной категории, физиологически не в состоянии активизировать внимание на длительное время). Как правило, через 2—3 недели занятий у ребенка формируется навык внутреннего проговаривания, который в дальнейшем облегчает занятия русским языком, помогает установить языковой контроль и избежать большого количества «глупых» ошибок (пропусков, замен и др.).

Выполнение данного задания способствует также формированию положительного отношения к учебным заданиям, созданию ситуации успешности для каждого ребенка, развитию произвольности действий, памяти в слуховой модальности, умения формулировать свои мысли, соотносить речь с движениями руки и глаза.

Описанное задание способствует также снижению импульсивности, так как на первых этапах его выполнения проговаривание должно проходить синхронно с письмом, на последнем — ребенок учится выполнять сложное действие, требующее контроля с его стороны, по отдельным операциям, порядок которых он знает заранее. Для импульсивных детей и детей с низким уровнем развития внимания и памяти иногда составляется карточка-алгоритм (пооперационная карта), которую они могут использовать при работе в качестве визуальной поддержки.

Если занятие проводит педагог (а не психолог), он включает в список слов те слова, в написании которых ошибались многие дети. Это могут быть не только существительные, но и другие части речи (прилагательные, глаголы и т. д.).

Обладая импульсивным стилем реагирования на ситуацию, ученики с СДВГ выполняют учебные задания быстро, но с большим количеством ошибок, поэтому учителю желательно искусственно замедлять темп работы путем организации внешней речи, ответов на контрольные вопросы. Ю. Борисова предлагает делить учебный материал для них на мелкие части.

На уроках русского языка желательно использовать объяснительный диктант (каждая орфограмма объясняется ребенком вслух, до написания). При работе над ошибками с гиперактивными детьми часто используются взаимодиктанты учеников.

Развитию внимания и памяти детей с СДВГ способствует проведение зрительных и слуховых диктантов (по разным предметам).

Упражнение «Корректурная проба»

Развитию устойчивости внимания в зрительной модальности, переключения внимания, умения выполнять инструкцию взрослого, формированию произвольности процессов способствует также выполнение упражнения «Корректурная проба».

Каждый учащийся получает карточку с небольшим (в зависимости от возрастных и индивидуальных особенностей) текстом. В течение трех-четырёх минут (время выполнения задания также регулируется возрастными и индивидуальными особенностями) дети выполняют инструкцию: например, они должны обнаружить и подчеркнуть все буквы «о», которые есть в тексте. На следующем уроке характер задания меняется: ученики должны обвести в кружок, например, все имеющиеся в тексте буквы «в».

На следующем этапе можно усложнить задание: учащиеся должны одновременно отыскивать и отмечать разным способом сразу две (а впоследствии и три) буквы. Например, зачеркивать букву «р» косой линией и ставить крест над буквой «у». При необходимости можно усложнить задание: отмечать не просто букву, а, например, букву «а», но только в том случае, если она стоит справа от гласной и т. д., можно выделять не буквы, а корни с чередующимися гласными и др.

После выполнения задания каждый ученик проверяет свою работу. Возможен вариант, когда соседи по парте обмениваются карточками и проверяют работу друг друга; это позволит неуверенным детям почувствовать свою значимость и получить в связи с этим положительные эмоции. Взаимопроверка, требующая ответственного отношения участников, поможет повышению концентрации внимания, контроля над поведением, формированию сознательного отношения к делу.

Текст для выполнения корректурной пробы может быть взят из учебника по любому школьному предмету. При индивидуальной работе взрослый (учитель, родитель, психолог) проверяет правильность выполнения задания и говорит, сколько ошибок допущено, после чего ребенок повторно сверяет свою работу, имея четкую установку: «найти две (три, четыре) ошибки».

Для детей-астеников, детей со сложной формой СДВГ подобное упражнение может быть заменено более легким или исключено вовсе.

Один из вариантов корректурной пробы предлагает Д. С. Горбатов (1993): исправление обучаемыми умышленно допущенных в тексте ошибок.

Еще один вариант — учащиеся выступают в роли редактора или корректора и готовят учебный текст для более младших учеников: отмечают в тексте те места, которые могут оказаться сложными. Как показывает практика, отмечается прежде всего то, что является трудным для самих «редакторов», в результате чего учитель получает важную информацию для дальнейшего планирования материала.

Упражнение «Заголовки»

С целью выявления ведущего канала восприятия, развития зрительного восприятия, переработки и сохранения информации, развития пространственной ориентации, объема и уровня концентрации внимания, переключения, распределения внимания, скорости запоминания может быть использовано упражнение «Заголовки».

Карточки для выполнения задания учащиеся готовят дома. В коррекционных классах (или на дополнительных занятиях) с небольшой наполняемостью карточки могут быть изготовлены учителем вместе с учениками, слова для них могут быть взяты из числа тех, в которых они чаще всего допускают ошибки. Слова для карточек могут быть выбраны учениками по заданию учителя и объединены по какому-то признаку (названия животных, городов, цветов и т. д.).

Для выполнения этого упражнения должна быть проведена предварительная работа. Каждый учащийся по заданию учителя вырезает из газетных, журнальных заголовков 15 слов, которые наклеивают на лист А4 в произвольном порядке. Цвет заголовков, размер, шрифт могут быть различными.

В классе учитель предлагает ученикам обменяться подготовленными листами и внимательно ознакомиться со словами. Через 20 секунд все переворачивают или убирают листы и записывают в тетради слова, которые запомнили. Затем каждый сверяет запись с образцом. Можно повторять упражнение до тех пор, пока дети не запомнят большинство слов на листе. Возможен вариант, когда дети ограничиваются одним предъявлением карточки со словами. Главное для обоих вариантов — тщательная проверка записанных по памяти слов (см. описание упражнения «Каналы восприятия»). Как показала практика, лучше проводить упражнение однократно на каждом уроке в течение 7—10 дней, пока ученики не научатся писать без ошибок все изображенные на листе слова.

Упражнение может применяться с целью развития зрительной памяти, для выявления способа запоминания слов учащимися, для обучения новым приемам (например, с использованием мнемотехники), для выяснения, какую письменную информацию легче усваивает каждый ребенок: предпочтительный цвет, размер, шрифт и т. д. Кроме того, учитель (или сам ученик) может проанализировать пространственное расположение на листе слов, быстрее всего усваиваемых ребенком. Это поможет учителю более эффективно использовать площадь доски при объяснении нового материала, при записи домашнего задания и т. д.

Упражнение «Алгоритм»

Упражнение «Алгоритм» используется для развития способности учащихся анализировать, обобщать, структурировать учебную информацию, для увеличения скорости переработки информации, снижения уровня тревожности по поводу проверки знаний.

После объяснения учителем нового материала (правила, инструкции и т. д.) учащиеся должны закрепить полученную ими информацию. Использование алгоритмов (или схем) — один из способов достижения этого.

В процессе составления алгоритма ученики могут пользоваться учебником, справочником, записями в тетради, на доске. Через некоторое время учитель увидит, кому из них необходима поддержка и какого рода (доска, тетрадь, учебник, дополнительное устное разъяснение и др.), какой способ запоминания информации предпочитают разные дети и какой способ обучения подходит для каждого из них.

В целях экономии времени составление алгоритмов можно включить в домашнее задание. Однако предварительно учитель должен научить детей составлению алгоритмов. Необходимо объяснить, что это индивидуальная работа и алгоритм, составленный другим человеком (одноклассником, родителями), может не подходить конкретному учащемуся, так как не учитывает особенностей переработки информации.

Как показала практика, алгоритмы удобнее размещать не в общей тетради, а на отдельных карточках из плотной бумаги или картона, из которых за несколько лет соберется целая картотека. Желательно, чтобы ученики использовали карточки во время выполнения домашнего задания. Для этого сначала необходимо отобрать карточки с теми правилами, которые понадобятся при выполнении конкретного упражнения, что способствует развитию способности к анализу, синтезу, классификации материала.

Некоторые учителя позволяют школьникам пользоваться карточками во время урока и даже при написании контрольной работы, диктанта, считая, что это поможет им осознанно применять правила в конкретном виде учебной деятельности. Подобная визуальная поддержка помогает снять напряжение, снизить уровень тревожности и быстрее запомнить материал. Кроме того, легализация процесса «подглядывания» лишает его привлекательности в глазах детей.

Если учащиеся затрудняются в составлении собственного алгоритма, учитель на первых этапах работы может показать разнообразные способы. Например, он может попросить сразу нескольких учащихся изобразить на доске свои алгоритмы и прокомментировать их. Затем учитель обобщает сказанное, заостряя внимание детей на том, что все приведенные алгоритмы отображают одно и то же правило, но разными способами. Каждый ученик выбирает тот способ, который, на его взгляд, подходит для него

Упражнение «Рефлексия»

Цель упражнения «Рефлексия» — развитие умения анализировать ситуацию, подстройка к позитивному будущему, умения формулировать свои мысли, снижение уровня тревожности в ситуации проверки знаний, формирование мотивации достижения успеха, адекватной самооценки, развитие умения выделять существенный признак.

В конце каждого занятия учащиеся (сначала с помощью взрослого, а затем самостоятельно) анализируют свою деятельность во время урока. Для большей эффективности желательно эту работу провести письменно.

Лист делится вертикальной линией на две части. Слева ребенок записывает, какой этап работы прошел успешно (например: переписал текст упражнения из учебника без ошибок, вставил верную букву в слово и др.). Главное условие — запись должна носить не обобщенный характер (был внимателен, старался), а содержать конкретное действие. Количество пунктов в левой части листа не регламентируется.

В правой части листа ученик записывает, что на уроке он мог бы сделать еще лучше. Эта запись тоже должна носить конкретный характер, тогда она может стать четким планом действий ребенка в ближайшем будущем. Главная цель подобной формулировки — перевод в позитив тех неудач, которые постигли ученика на занятии. Кроме того, в процессе такой работы развивается умение анализировать свои действия, отмечать успехи и недочеты, формируется мотивация на достижение успеха, а не на избегание неудач.

На первых этапах работы данное упражнение помогает созданию положительного эмоционального фона (так как ребенок должен отметить удачные моменты в своей работе), в дальнейшем — развитию внимания, памяти, мышления, речи и произвольной регуляции.

Сначала у учащихся могут возникнуть сложности с формулировкой достижений и планов дальнейшей работы, некоторые с трудом могут отыскать успешные элементы в собственной работе. Поэтому им необходима помощь взрослого в развитии умения определять сильные стороны. Особенно полезно выполнение упражнения для тревожных, неуверенных учащихся, а также для учащихся с неадекватной (завышенной или заниженной) самооценкой.

Переход к саморегуляции деятельности и самоконтролю

Ученики постепенно переходят к саморегуляции своей деятельности и самоконтролю: самостоятельному анализу учебного материала, процесса произвольного выполнения учебных заданий и самоанализу допущенных ошибок.

В процессе обучения происходит постепенная передача функций учителя ученику, нарастание уровня самостоятельности ребенка.

Так, сначала деятельность учащихся осуществляется под руководством взрослого, главной задачей которого является «настроить» ребенка на дальнейшую работу. Игровые упражнения, многоуровневые задания для разных категорий детей, самостоятельный выбор вида деятельности учащимися, помощь взрослого в осознании им успеха — все это способствует формированию положительного отношения детей к занятиям на уроках (основы мотивационной обусловленности обучения).

Многократное повторение успешных действий ребенка формирует у него потребность в более обобщенных эмоциональных оценках (успех «дела», а не только отдельной операции). Таким образом, постепенно завершается этап успешного выполнения первоначально заданных учителем действий и их перевод на рельсы самостоятельного регулирования, подкрепляемого успехом. Ребенок двигается к самостоятельной деятельности, к самостоятельному решению задачи — писать грамотно, решает примеры и задачи без ошибок.

В целостном акте решения задачи эффективного обучения задействованы все компоненты: от осознания успеха (основания для желания прогнозировать, то есть искать способы контроля) — к появлению механизма выполнения самостоятельного решения. Ребенок сам прокладывает путь к самостоятельному решению задачи. Происходит нарастание внутреннего самоконтроля. Ребенок, будучи субъектом педагогического процесса, сам видит свое продвижение, и на следующем этапе взрослый снижает момент принуждения.

Главным условием для учителя становится понимание психологической сущности этого перехода обучающегося к саморегуляции, следствием которого должны стать снижение «опеки», отказ от «дидактических костылей», мешающих ребенку двигаться дальше самостоятельно на основе механизма «действие — успех — закрепление успеха» — поможет ученику получить удовлетворение от собственного контроля.

Таким образом, происходит постепенное нарастание самостоятельности. Некоторые дети (с физиологическими, психологическими особенностями развития) иногда требуют индивидуального подхода, в этом случае учитель дает им дополнительные рекомендации, которые тем не менее не будут избыточными, лишаящими самостоятельности ребенка.

Наиболее часто встречающиеся ошибки учителей — максимально «помогать» и подсказывать ученику даже тогда, когда это начинает играть отрицательную роль (то есть максимально долго задерживать ученика в «зоне ближайшего развития» по отношению к освоению уже им освоенного).

Поскольку большинство учащихся являются «логистами», особое внимание желательно сосредоточить на этапе перехода к самоконтролю, когда необходимо формировать у ученика чувство уверенности в своих силах. Так, учитель может предупредить учащихся, что будет проверять работы только после того, как они сами проверят себя. Вопросы педагога «Кто заметил одну (две, три и т. д.) ошибку?», «Какой прием помог отыскать ошибку?», «Кто хочет поделиться с классом способами эффективного поиска допущенных ошибок (подчеркивание, выделение цветом, проговаривание, использование визуальной поддержки и др.)?» помогут ученику получить удовлетворение от собственного контроля. Следовательно, происходит постепенное нарастание самостоятельности. Некоторые дети (с физиологическими, психологическими особенностями развития) иногда требуют индивидуального подхода, в этом

случае учитель дает им дополнительные рекомендации, которые тем не менее не будут избыточными, лишаящими ребенка самостоятельности.

Таким образом, индивидуализация процесса обучения на каждом из этапов предполагает не деление класса на подгруппы со сходными трудностями обучения, а такое обучение, когда одно и то же задание, подобранное учителем, учитывает индивидуальные особенности каждого школьника и способствует выявлению учеником собственной стратегии обучения. Наибольшее внимание педагога уделяется переходу учеников к самоанализу и самоконтролю; с этой целью ученики выполняют разнообразные задания, одним из которых может стать описанное выше упражнение «Корректирующая проба», текст для которого подбирается из учебника русского языка.

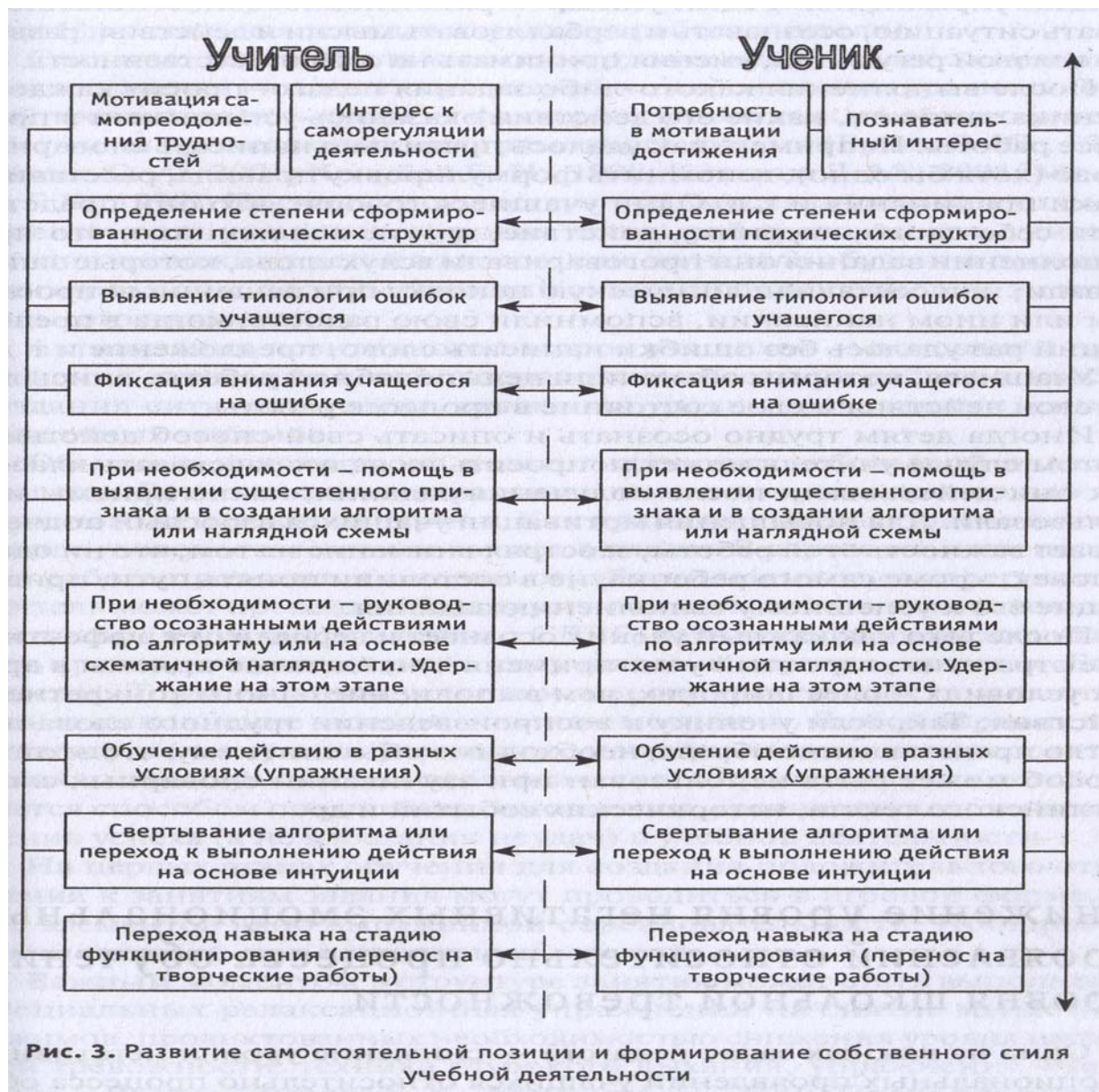


Рис. 3. Развитие самостоятельной позиции и формирование собственного стиля учебной деятельности

Цель упражнения «Рецепт успеха» — развитие способности анализировать ситуацию, осознавать и вербализовать мысли и действия, развитие волевой регуляции, умения принимать на себя ответственность.

После выполнения какого-либо задания педагог просит каждого ученика записать, какие его действия оказались успешными в процессе работы. Например, как удалось правильно написать словарное слово (хотя бы одно), вспомнить формулировку правила, расставить Знаки

препинания и т. д. Одни учащиеся говорят, что они представили себе слово, картинку, действие, другие вспоминают, что при выполнении задания они проговаривали вслух слова, которые записывали, или составили логическую цепочку при решении вопроса о том или ином написании, вспомнили свою радость, когда в предыдущий раз удалось без ошибки написать слово, предложение и т. д.

Учащиеся, которым объяснили цель подобной работы, описывают свои действия и свое состояние в процессе работы.

Иногда детям трудно осознать и описать свой способ действий. В этом случае учитель может попросить их вслух рассказать классу, как они действовали после получения задания, какие приемы использовали. Для повышения мотивации учащихся взрослый подчеркивает важность этой работы, заостряя внимание на том, что ни один человек, кроме самого ребенка, не в состоянии понять пути, приводящие его к успешному выполнению задания.

После того как каждый ученик осознает и вербализует эффективные стратегии, взрослый учит применять найденные приемы в других условиях, более широких, чем выполнение одного конкретного действия. Так, если ученику в воспроизведении трудного слова помогло представление образа, необходимо объяснить ему, что этот же способ может быть использован при заучивании словарных слов, английского текста, исторических событий и др.

Снижение уровня негативных эмоциональных проявлений относительно процесса обучения, уровня школьной тревожности.

Одна из важных задач педагога — снижение уровня негативных эмоциональных проявлений учащихся относительно процесса обучения, снижение уровня школьной тревожности как фактора, влияющего на общую успешность и на процесс освоения грамотным письмом (фронтальная и индивидуальная работа учителя).

Создание условий для снижения уровня негативного эмоционального отношения учащихся к процессу обучения, снижения уровня школьной тревожности — один из факторов, влияющих на общую успешность и на процесс освоения грамотного письма (Брель Е. Ю., 1996; Сизова О. А., 2001; Кочубей Б. И., 1998; Костина Л. М., 2001; Мони-на Г. Б., 1998). Поскольку существует взаимосвязь уровня школьной успеваемости учащихся и уровня школьной тревожности, учитель, выявив тревожных детей в классе, еще до начала обучения проводит с ними тренинг, способствующий снижению мышечного и эмоционального напряжения.

Активизация позитивного настроения учащихся — основа для привлечения внимания детей, сосредоточенности на работе в классе, создания ситуации успеха, снижения уровня тревожности, снятия мышечных зажимов.

Обычно в начале урока педагог проводит небольшой диалог с классом. Дети по желанию рассказывают о том, что произошло интересного за истекший период. Как правило, гиперактивные школьники с удовольствием включаются в диалог. В случае же, если подобная работа проводится с целью отработки навыков саморегуляции, учитель может проводить беседу устно со всем классом, а нескольким ученикам (в том числе и детям с СДВГ) дать задание на листке написать кратко, что у них хорошо получилось, и опустить листок в «Банк успеха». Тогда главным условием для гиперактивных школьников станет выполнение задания в полном молчании. Любой вариант дает педагогу полезную информацию, которую можно использовать в целях индивидуализации педагогического процесса, а для детей является способом повышения самооценки, уровня мотивации достижения успеха (а не избегания неудач) в учебной деятельности.

На первых этапах обучения для создания положительного отношения к занятиям задания могут проводиться в игровой форме, но без элементов явно выраженной соревновательности. Поощряется взаимопомощь при выполнении заданий.

Важным моментом в структуре занятия может стать выполнение специальных релаксационных упражнений на снятие мышечных зажимов, продиктованных необходимостью снижения уровня школьной тревожности: техника глубокого дыхания, упражнения «Черепашка», «Драка» (Лютова Е. К., Монина Г. Б., 2000). После проведения

релаксационного упражнения учитель задает учащимся вопросы: «Что вы чувствовали во время выполнения упражнения? После его завершения?». После многократного выполнения ученики делятся впечатлениями, в каких ситуациях данное упражнение помогло им (на уроках математики, русского языка, на других предметах).

Использование учителем повторяющихся из занятия в занятие видов деятельности — также один из приемов нормализации эмоционального фона, своеобразный классный ритуал, включение которого помогает одним детям снизить тревожность, другим — ощутить безопасность.

Некоторым детям (если у них есть в этом потребность) учитель позволяет пользоваться карточками с алгоритмами, схемами, составленными ими во время урока и даже при написании диктанта, контрольной работы; это помогает им осознанно, целенаправленно применять правила, формулы. Подобная визуальная поддержка способствует уменьшению напряжения, снижению уровня тревожности и более быстрому и эффективному запоминанию учебного материала. Кроме того, как тоже отмечалось выше, легализация процесса «подглядывания» лишает его привлекательности в глазах детей, особенно — детей с СДВГ, как правило, демонстративных, стремящихся привлечь к себе внимание учителя. Проводимое после работы обсуждение помогает учащимся выявить эффективные и неэффективные стратегии: что помогло выполнить задание правильно, как удалось определить, какой карточкой надо воспользоваться при написании того или иного задания, какой информации не хватало в карточке для решения данной задачи, что надо изменить в алгоритме, схеме, чтобы более эффективно им пользоваться.

В отдельных случаях работа по снижению уровня негативных эмоциональных проявлений учащихся может быть вынесена за рамки классно-урочной системы. Как правило, это связано с необходимостью проведения индивидуальной коррекционно-развивающей работы с детьми с очень низким уровнем успеваемости, с детьми, очень высокий уровень тревожности которых не дает им возможности реализовать свои способности в классе и др.

Результаты ряда исследований (Barbaresi W. J., Olsen R. D., 1998) свидетельствуют о необходимости работы с педагогами, обучающими детей с СДВГ. Место гиперактивного ребенка в классе на первой парте — перед глазами учителя. Рекомендуется включение нескольких минут активного отдыха в режим урока. Об опыте групповой психотерапии с детьми и подростками, страдающими СДВГ, рассказывает С. П. Хиншоу (Hinshaw S. P., 2002), который также рекомендует использовать в лечении детей с СДВГ следующие психотерапевтические методики: тренинг социальных навыков, когнитивно-поведенческие вмешательства, прямое управление возможностями (программы, включающие вознаграждения за правильное поведение и штраф за неправильное поведение).

Целью тренинга социальных навыков является улучшение взаимоотношений детей с СДВГ со сверстниками и взрослыми. В тренинге принимают участие 6—9 детей, объединенных в группу. Задачами тренинга являются:

исправление недостаточности осведомленности ребенка;

исправление дефектного выполнения навыков;

побуждение ребенка к распознаванию вербальных и невербальных социальных сигналов;

обучение адаптивному реагированию в незнакомых проблемных ситуациях (Pffiffer L. et al., 2005).

Сессии проводятся в игровой форме, навыки моделируются с участием кукол.

Важной задачей коррекции является направленный самомониторинг, заключающийся в том, что дети тренируются в выставлении оценок себе. В ходе психокоррекции детей еженедельно побуждают выделять проблемное поведение, ставить цели, предусматривающие изменение поведения, и проводить мониторинг своего умения достигать цели. Чтобы помочь детям в конкретизации этого процесса, используются еженедельные таблицы целей (Локман Дж. Э. и соавт., 2002).

Для детей с СДВГ необходимы занятия физкультурой. Лучше всего для гиперактивных детей подходят плавание, танцы, айкидо, карате. Регулярные занятия способствуют улучшению координации движений, дисциплинируют. У детей с СДВГ возникают трудности при занятиях командными видами спорта (футбол, баскетбол). Нежелательны занятия травматичными видами спорта (бокс и т. д.). Перед тем как записать ребенка в спортивную секцию, родители должны поговорить с тренером, рассказать ему об особенностях ребенка и объяснить, что их целью является не формирование будущего чемпиона, а воспитание здорового ребенка. Однажды один из авторов данной книги видел тренера по карате, отставного офицера-летчика, который ходил по спортивному залу с дубинкой в руках и требовал беспрекословного подчинения. Желательно, чтобы тренер был профессиональным педагогом, знающим особенности детской психологии.

3.3. РЕБЕНОК С СДВГ В ДЕТСКОМ ДОШКОЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Ребенок с СДВГ в семье, в детском саду подобен стихийному бедствию: он много двигается, как правило, много говорит, задает огромное количество вопросов взрослым (порой не слушая ответов). Такой ребенок подвержен травмам: синяки, ссадины, сотрясения мозга, переломы осложняют его жизнь. Естественно, подобное поведение зачастую вызывает негативное отношение к нему находящихся рядом с ним взрослых: родителей, воспитателей, учителей. И хотя справедливо считается, что основные проблемы ребенка с СДВГ проявляются с момента начала систематического обучения (увеличиваются интеллектуальные и эмоциональные нагрузки, ужесточаются требования к дисциплине) и сказываются прежде всего на успешности обучения, и в детском саду (если ребенок — дошкольник), и в семье у ребенка с таким диагнозом возникает много сложностей.

Отверженность ребенка педагогами, родителями, сверстниками может стать причиной агрессивного поведения. Кроме того, импульсивность, присущая им, порождает множество конфликтов. И в детском саду, и в школе, и дома нередко гиперактивный ребенок ощущает себя изгоем, поэтому так важно, чтобы воспитатели, родители постарались, приняв его таким, какой он есть, постарались создать вокруг него атмосферу безопасности, комфортности. Многие способы эффективного взаимодействия с этими детьми можно использовать как дома, так и в дошкольных и школьных учреждениях, поскольку они носят универсальный характер. Однако взаимодействие с гиперактивным ребенком в детском саду, где он проводит иногда по 12 часов в сутки, носит специфический характер. Поэтому воспитателям, музыкальным руководителям, логопедам и другим специалистам, работающим в детских дошкольных образовательных учреждениях, необходимо знать как особенности данной категории детей, так и приемы работы с ними в различных ситуациях.

Присутствие даже одного ребенка с СДВГ в группе детского сада значительно осложняет работу воспитателей. Как правило, педагоги, стараясь подобрать ключик к ребенку, используют весь имеющийся у них арсенал средств: объясняют ему, что он ведет себя «плохо», пытаются взывать к совести нарушителя порядка, лишают возможности играть вместе с детьми, ставят в угол, грозят перевести в ясли и т. д. Однако, к сожалению, многие привычные меры воздействия не только не приводят к положительным изменениям, но порой даже усугубляют положение.

Все меры воздействия условно можно разделить на профилактические и реактивные, которые должны гармонично дополнять друг друга. То есть воспитатель должен обладать навыками помощи ребенку в экстренной ситуации и уметь правильно выстроить профилактическую работу с таким ребенком. Для реализации данного плана воспитателю необходимы помощники, которыми прежде всего могут стать родители: ведь они уже имеют

положительный опыт разрешения сложных ситуаций. Кроме того, помочь воспитателю могут и педагоги дополнительного образования (логопед, дефектолог, психолог и др.), работающие в данном дошкольном учреждении. Заранее договорившись между собой о целях, они помогут ребенку ощутить себя в едином воспитательном пространстве, почувствовать себя в комфортной атмосфере, научиться подчиняться единым требованиям окружающих его взрослых.

Иногда в группе детского сада воспитатель может опираться на помощь не только взрослых, но и детей-сверстников ребенка с СДВГ, которые становятся так называемыми «ко-терапевтами». Как правило, это дети, имеющие достаточный авторитет в глазах гиперактивного ребенка и способные помочь ему сформировать тот или иной навык.

Прежде всего в группе должны быть сформулированы правила, причем участие в их выработке принимают все дети, посещающие группу (Гиппенрейтер Ю. Б., 2000). В подготовительной группе они записываются крупными печатными буквами и вывешиваются на видном месте. В более младших группах используются пиктограммы, понятные детям данного возраста. Правил должно быть немного (их количество зависит от возрастной группы), они должны быть краткими и четкими (дети с СДВГ «не слышат» многословных нотаций), и им необходимо неукоснительно следовать самим воспитателям.

Для развития наблюдательности, умения действовать по правилам, повышения уровня волевой регуляции детей с СДВГ можно использовать «Кричалки-шепталки-молчалки» (Лютова Е. К., Молина Г. Б., 1999). Из разноцветного картона вырезаются три силуэта детской ладони: красный, желтый, зеленый. Это сигналы. Воспитатель объясняет детям, что в группе можно играть, разговаривать, строить из кубиков, но иногда должно быть очень тихо (например, когда дети выполняют важное задание). И чтобы все ребята знали, что такие минуты наступили, воспитатель будет показывать им красную ладошку — «молчалку». Как только дети увидят ее, они должны замолчать, и если они не должны в это время писать или рисовать (или выполнять другое задание), то замереть на месте или лечь на пол и не шевелиться. Когда же они увидят желтую ладошку — «шепталку», то они могут переговариваться шепотом, тихо передвигаться по группе. Если же воспитатель покажет зеленую ладошку — «кричалку», можно делать все, что не запрещено групповыми правилами.

Дети очень любят «Кричалки-шепталки-молчалки» и охотно подчиняются им, но только в том случае, если взрослые «ведут честную игру». Прежде всего, нельзя злоупотреблять «молчалками» и заставлять детей подолгу сидеть неподвижно (дошкольникам с СДВГ иногда трудно оставаться без движения даже 5 минут). Кроме того, дети должны быть уверены, что «кричалка» — зеленая ладошка — не «останется без работы», будет использоваться воспитателем.

Иногда «Кричалки-шепталки-молчалки» используются педагогами при выполнении учебных заданий. Как правило, гиперактивные дети выполняют задание быстрее других, и им трудно сидеть спокойно, пока остальные закончат дело. Тогда можно дать красную ладошку — «молчалку» ребенку с СДВГ, чтобы он при помощи ее следил за тишиной в группе: показывал ее каждому нарушителю дисциплины. При этом разговаривать, делать замечания ребенок не может, он должен только обратить внимание непоседы на знак.

Подобная делегация обязанностей педагога ребенку, который сам зачастую является нарушителем, поднимает его статус в собственных глазах и в глазах сверстников, приучает его к ответственному выполнению поручения.

Одним из правил в группе, где есть гиперактивные дети, может стать «Королевское правило», которое обусловлено потребностью детей данной категории много говорить, задавать огромное количество вопросов. Королевское правило предписывает: если ты хочешь спросить о чем-то, попросить что-либо, хочешь, чтобы тебя услышали, обратили на тебя внимание и ответили на твой важный вопрос, займи место на троне, и к тебе обязательно кто-то подойдет и поможет. Трон изготавливается совместно с воспитателем самими детьми: на спинку стула (маленького детского или взрослого) наклеиваются желтая корона и большой красный знак вопроса. На первых порах стул пользуется небывалой популярностью, и импульсивным детям

приходится учиться ждать своей очереди. Постепенно они научаются более вдумчиво относиться к «игре», иногда даже готовят свои вопросы заранее, что тоже оказывается полезным для них. Иногда к помощи трона прибегают в ситуации острого конфликта (дети с СДВГ в силу импульсивности зачастую попадают в такие ситуации): кто-то из детей садится на него, прося помощи в разрешении проблемы у воспитателя.

Кроме введения групповых правил при взаимодействии с детьми с СДВГ необходимо регулировать учебную нагрузку в зависимости от возрастных и индивидуальных особенностей ребенка, а также от конкретной ситуации. Иногда гиперактивный ребенок эффективен на утренних занятиях, пока не произошло перенасыщения информацией и эмоциями, а на вечерних занятиях он лишь мешает сверстникам и педагогу. И напротив, бывают случаи, когда ребенок, не выспавшийся и не отдохнувший дома (чаще всего после «насыщенных» выходных дней), совершенно не способен заниматься утром, а после тихого часа становится усидчивым и внимательным.

Как правило, ребенок с СДВГ гораздо успешнее выполняет задание, если работает со взрослым один на один. Поэтому, если необходимо, чтобы он усвоил какой-то материал, воспитатель при возможности беседует с ним отдельно. С другой стороны, дети с СДВГ гораздо быстрее других включаются в работу, схватывают на лету, и многократные тренировки их могут только утомить. Так, в детском саду перед праздником дети учат стихи. Гиперактивный ребенок (если у него нет проблем с памятью) очень быстро запоминает текст (иногда не только свой, но и других ребят), и когда на ежедневных репетициях (иногда — «дрессировках») ему приходится по несколько раз в день повторять одно и то же, он теряет интерес ко всему происходящему, допускает много ошибок в танцах, построениях. Поэтому не следует утомлять ребенка, лучше дозировать нагрузку.

Чтобы не провоцировать проявления симптомов гиперактивности, импульсивности, невнимательности, в отдельных случаях можно предложить ребенку с СДВГ выбор вида деятельности. Так, можно спросить его, что он предпочитает делать: идти на репетицию или помочь накрыть на столы (вырезать из картона фигурки, наточить карандаши и др.). Причем в процессе выполнения альтернативных действий взрослый тоже может, если ребенок не против, вспомнить с ним стихотворение, танец и т. д. Предоставление выбора не только позволяет избежать излишней нагрузки и усиления симптоматики СДВГ, но и приучает ребенка к принятию ответственности за то дело, которое он выбрал сам, повышает его интерес и внимание.

В условиях детского сада воспитателей чаще всего беспокоит неусидчивость, гиперподвижность детей с СДВГ. И в качестве меры педагогического воздействия используется лишение ребенка движения и общения: его усаживают на диван, ставят в угол, заставляют стоять на прогулке за руку с воспитателем и т. д. Но польза от такого наказания, как правило, носит краткосрочный характер, а иногда и усугубляет положение: ребенок начинает вести себя еще более вызывающе. Специалисты считают, что нельзя насильно успокаивать двигательную активность, поскольку она является естественной потребностью ребенка. Кроме того, когда он бежит, двигается, благодаря гипервентиляции восстанавливаются связи между структурами мозга, то есть его движение можно рассматривать в качестве защитного механизма ребенка с СДВГ. Значит, необходимо не подавлять двигательную активность, а создавать условия для удовлетворения этой потребности ребенка. Так, во время занятия, чтения книжки (если заметили, что ребенок тяготеет неподвижностью) можно попросить его выполнить небольшое поручение. Например, он может поливать цветы в группе, когда воспитатель продолжает читать детям сказку. Причем во время этого занятия он также усваивает текст.

Дети с СДВГ очень чувствительны к поощрениям и наказаниям, однако бессистемное, беспорядочное их применение может оказаться неэффективным, поскольку они нуждаются в жесткой последовательности действий. Педагогическое воздействие на них должно быть последовательным, логически обоснованным. Многие педагоги используют стройную систему поощрений и наказаний, тщательно продуманную систему жетонов.

Будучи гиперчувствительными, дети с СДВГ иногда мгновенно считают эмоциональное состояние взрослых и тут же заражаются им. Поэтому родителям и воспитателям желательно научиться справляться с собственными бурными эмоциями, чтобы не провоцировать их вспышку у ребенка. И хваля, и ругая ребенка, следует быть сдержанным.

Гиперактивные дети получают в течение дня огромное количество замечаний и, безусловно, устают от них и часто проявляют в ответ на них агрессию. Специалисты считают, что при взаимодействии с ними гораздо эффективнее не ругать их за нежелательное для взрослых поведение, а поощрять за спокойное, желаемое воспитателями поведение. Линда Пфиффнер (Pfiffner L. и др., 2005) считает, что на одно замечание должно приходиться пять похвал и что поведение детей с СДВГ можно спланировать похвалами и замечаниями. Причем хвалить надо предметно, и похвала должна иметь не только словесное выражение, но и материальное: предоставление выбора места за столом, в строю, право первым ответить на вопрос воспитателя и т. д. Для закрепления успеха иногда ведут ежедневные записи в «Дневнике успеха», которые можно зачитать в конце недели перед всей группой. Фиксирование внимания взрослых на сильных сторонах ребенка с СДВГ, на его успехах поможет ему избежать чувства отверженности, ненужности, неодобряемой «инакости».

Похвала ребенка с СДВГ (или жетон) должна быть моментальной, то есть следовать сразу же за вызвавшей ее деятельностью. Наказание (или лишение жетона) также должно применяться сразу после нежелательного поведения. Джордж Дюпол отмечает, что педагог должен постоянно анализировать применяемые им методы воздействия на ребенка, отсеивая нерациональные, неэффективные. Поскольку и клинические, и когнитивные проявления СДВГ гетерогенны, у воспитателя в запасе должно быть много методов, из числа которых он сможет выбрать адекватный ситуации.

От взрослого должна идти всемерная поддержка. Ребенку необходима помощь в структурировании времени, деятельности, подсказки, что делать в данный момент, что позже. Причем инструкции должны быть конкретными и краткими («Возьми картон», «Намажь клеем белый лепесток» и т. д.) и носить нейтральный характер.

Существует многократно проверенный в детском саду способ взаимодействия воспитателей и родителей ребенка с СДВГ, способствующий полнейшей реализации его потенциала. Он заключается в обмене «карточками-переписками». В конце каждой смены педагог записывает информацию о ребенке на заранее подготовленной картонной карточке, причем информация должна подаваться исключительно в позитивной форме. Например, если обычно Саша с трудом выдерживает чтение вслух в течение 2—3 минут, а сегодня он слушал воспитателя 10 минут(!!!), то это непременно надо сообщить родителям: «Сегодня Саша слушал сказку "Красная шапочка" в течение 10 минут».

Вечером родители Саши в присутствии всех членов семьи могут отметить это, пусть пока небольшое, достижение ребенка, повысив его самооценку и уровень мотивации к чтению. По своему усмотрению родители могут поощрить его любимой игрой, совместной прогулкой, просмотром любимой телепередачи.

Если же ребенок слушал сказку только две минуты, как обычно, а потом толкал рядом сидящих детей, ползал по полу, воспитатель пишет: «Сегодня Саша слушал сказку "Красная шапочка" в течение 2 минут».

Родители, получив эту информацию, могут сделать несколько выводов:

Ребенка никто не ругает, его принимают таким, какой он есть.

Воспитатель не упрекает родителей в плохом воспитании ребенка, он только констатирует факт.

В группе всем ребятам читали сказку «Красная шапочка».

Ребенок не дослушал сказку, значит, есть необходимость про читать ее дома.

Очень часто ребенок просит родителей вслух зачитать ему текст, записанный на карточке. Выслушав позитивное сообщение и удостоверившись, что он не сделал ничего плохого, что его никто не ругает, ребенок начинает больше доверять окружающим его взрослым.

Кроме того, поскольку родителям была передана информация о необходимости прочитать ребенку сказку, он получает вечером необходимую «дозу» родительского внимания, которого он иногда вынужден добиваться капризами, истериками, вызывающим поведением.

В свою очередь, родители ребенка вечером заполняют свою часть карточки, сообщая воспитателям нужную им информацию о вечернем времяпрепровождении сына или дочери:

«18.11.06 вечером Саша слушал, как папа читает ему сказку "Красная шапочка ", после чего сделал рисунок к сказке. Во время рисования он вместе с папой пересказывал услышанное.

Смотрел передачу "Спокойной ночи, малыши " 15 минут, после чего играл с братом в конструктор "Него "30 минут. Спать лег в 23 часа».

Воспитатель, получивший утром новую информацию о ребенке, тоже может сделать определенные выводы, которые помогут ему выстроить взаимодействие с ребенком в течение дня:

Саша, несмотря на высокую двигательную активность, играл с братом в течение 30 минут.

Значит, есть возможность спланировать его бесконфликтное взаимодействие с детьми в группе в некоторых видах деятельности, например при конструировании.

Сказку, которую детям читали накануне, Саша выслушал до конца, значит, нет необходимости повторять чтение для него. Родители уделили Саше внимание вечером. Саша лег спать поздно, в 23 часа, следовательно, в группе может проявить неадекватное поведение, поскольку не получил возможности отдохнуть. Таким образом, педагог должен заранее продумать стратегию взаимодействия с ним: уделить ему внимание, отвлечь в острый момент, отказаться от категорических, резких запретов, монотонных нотаций.

Воспитатель опираясь на информацию, полученную от родителей, по своему усмотрению может поощрить ребенка за выполненный рисунок, за интересный пересказ сказки. Перечень возможных наград педагог составляет заранее, узнав у ребенка о его предпочтениях из рассказов, рисунков на темы «Я счастлив, я доволен», «Я мечтаю...», «Когда я буду взрослым...», «Если бы я был волшебником...» и др.

Ребенок, чьи родители подходят к его воспитанию в тесном взаимодействии с педагогом и действуют в одном направлении, очень скоро начинает понимать, чего требуют от него взрослые. Как только исчезает рассогласованность в их действиях, ребенок становится спокойнее и увереннее в своих силах. Кроме того, такая форма работы, как обмен карточками, способствует установлению взаимопонимания и доверительных отношений между педагогами и родителями.

Перечисленные выше способы взаимодействия с ребенком с СДВГ носят профилактический характер. Однако в некоторых случаях воспитатель вынужден принять быстрое решение в случае острого конфликта, истерики, агрессивных поступков ребенка. Поскольку в основе СДВГ лежит дефицит управленческих функций, взрослый должен помочь ребенку с данным диагнозом: обучить его техникам, с помощью которых (сначала при участии взрослого, а потом самостоятельно) он сможет управлять своим поведением. Некоторые из способов экстренного воздействия на ребенка должны быть подготовлены в процессе профилактической работы. Так, например, если ребенок принял игру «Кричалки-шепталки-молчалки», в ситуации, когда ему трудно самому контролировать свое поведение, бывает достаточно показать ему красную ладошку— «молчалку».

В книге «Шпаргалка для взрослых» (СПб.: Речь, 2002) мы подробно описывали такой способ самопомощи ребенку: заранее вместе с воспитателем ребенок изготавливает из картона знак, напоминающий дорожный значок «Стоп». В процессе работы с ним ведется разговор об условиях использования знака. Например, взрослый и ребенок могут договориться, что в течение нескольких дней воспитатель в трудных ситуациях будет показывать ребенку изготовленный с ним знак. Затем ребенок постепенно переходит на следующий этап: он кладет знак в карман и, когда почувствует необходимость в помощи, сожмет в ладошке этот знак, тем самым напомнив себе о необходимости спокойно реагировать на происходящее вокруг него.

В ряде случаев, когда ребенок, не сумев успокоиться, впадает в истерику, желательно убрать «зрителей», лишившись которых демонстративный ребенок успокоится гораздо быстрее.

Иногда вместо знака «стоп» воспитатель с ребенком в спокойном состоянии договариваются, что для того, чтобы избежать замечаний, которые, безусловно, ему не нравятся, воспитатель будет показывать ему какой-либо секретный знак. Например, скрещенные пальцы, знак о'кей, хлопки в ладоши.

Бывают случаи, когда ребенка можно просто отвлечь от нежелательного поведения, предложив ему поучаствовать в какой-либо интересной для него деятельности. Можно сделать что-либо неожиданное для него: заговорить драматическим голосом, перейти на шепот, надеть на голову большой цветной бант.

Дети в детском саду охотно участвуют и в такой игре, которая называется «Хлопки». Воспитатель заранее договаривается со всеми ребятами, что, когда он начнет хлопать в ладоши и считать вслух, все они тоже начинают считать и хлопать. Сначала воспитатель хлопает в быстром темпе, затем постепенно замедляет темп, затем доводит его до оптимального. Таким образом воспитатель не только переключает внимание расшалившихся детей на совместную деятельность, но и присоединяет их к определенному ритму. Если после этой игры детям надо спать, то взрослый заканчивает ее в предельно медленном темпе, если дальше им предстоит серьезная работа, темп — размеренный, если дальше последует спортивная эстафета — закончить надо в очень быстром темпе. Одно из главных условий игры — дети не должны совершать хлопки раньше взрослого, что на первых порах бывает достаточно трудно для импульсивных детей.

3.4. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВОСПИТАНИЯ РЕБЕНКА С СДВГ В СЕМЬЕ

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью — это не проблема воспитания, но среда окружения оказывает большое влияние на развитие симптоматики СДВГ. Нарушение сна, двигательная и речевая активность, импульсивные поступки детей — все это может провоцировать не только нарушение детско-родительских отношений в семье, где есть ребенок с СДВГ, но и конфликты между супругами, разводы, депрессии матерей. Кроме того, уставшие родители, которых окружающие обвиняют в неумении воспитывать ребенка, не обладающие к тому же информацией об особенностях взаимодействия с детьми с СДВГ, очень часто прибегают к физическим наказаниям, к вербальной агрессии (оскорблениям), что не может не усугубить симптомов заболевания.

В расширенных семьях в конфликт вовлекаются и другие члены семьи: бабушки, дедушки, братья и сестры ребенка, соседи и др. В центре ситуации находится ребенок, но его проблемы напрямую и опосредованно должны решать родители.

Как видно из схемы (рис. 4), родители ребенка с СДВГ находятся в постоянном состоянии стресса, а поскольку ребенок гиперчувствителен, то и он тоже страдает от этого. Все это говорит о необходимости информирования родителей о физиологических особенностях детей с данным диагнозом, о способах реагирования на неадекватные поступки ребенка. Кроме того, важно помочь родителям осознать проблему, перестать винить себя и научиться эффективным способам взаимодействия с ребенком.

Гетерогенность проявлений СДВГ зачастую вводит в заблуждение не только родителей, но и специалистов, работающих с детьми и подростками с данным синдромом. Поскольку существует несколько

Рис. 4. Взаимодействие гиперактивного ребенка в семье



категорий гиперактивных детей, то и проявления заболевания в разных случаях могут быть разными. Так, иногда родителей, пришедших к психологу или врачу, больше всего беспокоит дефицит внимания ребенка, который вследствие этого имеет стойкие проблемы с обучением. Другие родители, особенно если ребенок — дошкольник, обеспокоены чрезмерной подвижностью сына или дочери. Именно поэтому психолог, консультирующий родителей и ребенка с СДВГ, должен иметь в виду, что в каждой конкретной семье могут возникать трудности, не похожие на проблемы в другом случае. Характер и масштаб трудностей обусловлен серьезностью синдрома у конкретного ребенка, наличием сопутствующих состояний (о них мы писали в главе 1), от особенностей его семьи и требований, предъявляемых к ребенку. Все это затрудняет работу не только психолога, но зачастую создает проблемы и при постановке диагноза врачом.

Однако существуют и некоторые схожие проблемы, проявляющиеся во многих семьях. И одна из них — особенности взаимодействия как между родителями с ребенком, имеющим этот

диагноз, так и между этим ребенком и его братьями и сестрами. Причем разрушительный характер действий ребенка с СДВГ в семье зачастую приводит к тому, что психолог вынужден оказывать психотерапевтическую помощь не только самому ребенку с СДВГ, но и близким ему людям. Часто родители обращаются с вопросами, как им реагировать на различные поведенческие проявления сына или дочери, имеющих диагноз СДВГ, на их эмоциональные вспышки; как восстановить силы после очередной «бури» в доме; как стать «буфером» между гиперактивным ребенком и другими членами семьи.

Для того чтобы научиться регулировать отношения в семье и собственное состояние, следует осознать и понять природу СДВГ и особенности поведения ребенка.

Прежде всего, не все родители сразу верят в поставленный их ребенку диагноз и в то, что причиной неадекватного поведения их ребенка являются физиологические особенности ребенка, а не непослушание и упрямство. В этом случае они пытаются сделать ребенка удобным, «причесать» его под общепринятые каноны с помощью дисциплинарных воздействий.

Многие родители, особенно мамы, испытывают постоянное чувство вины за то, что их ребенок не умеет, по выражению родственников и знакомых, «прилично вести себя». Как правило, родителям приходится в течение одного дня выслушивать неоднократные критические замечания в адрес их далеко не ангельских детей. В детском саду, в школе, в транспорте, магазинах и поликлиниках всегда найдутся «доброжелатели», которые, осудив «неуправляемого» ребенка и его родителей, не умеющих воспитывать, тут же дадут множество рецептов по улучшению ситуации. И многие отчаявшиеся, разуверившиеся в своих педагогических способностях родители, движимые чувством безысходности, начинают следовать советам «доброжелателей». Случается, что ситуация на время улучшается, однако ценой этого становится, как правило, ухудшение эмоционального контакта между мамой и ребенком, столь необходимого обоим.

Если родители находятся в состоянии стресса, чувствуют вину, безысходность, отчаяние, необходимо найти в их окружении людей, которые окажут им помощь, как физическую, так и моральную. В противном случае многим мамам (а именно на них обрушивается весь груз проблемы) грозит состояние депрессии и требуется медицинская помощь. Иногда мамы, измученные физически задень (ведь они должны уследить за ребенком, выполнить все домашние дела и уладить все возникшие конфликты ребенка с СДВГ и окружающих) к не высыпающиеся по ночам (дети с СДВГ часто мало и беспокойно спят), вечером не в состоянии сдерживать свои эмоции. И тогда и вечерние часы вместо атмосферы семейного благополучия царит хаос, крик и ссоры. Именно поэтому к воспитанию гиперактивных детей столь важно привлекать пап, которые могут оказать поддержку (как моральную, так физическую) маме и наладить контакт с сыном или дочкой. Кроме того, специалисты отмечают, что дети с СДВГ ведут себя гораздо спокойнее при взаимодействии именно с папами. В группу поддержки могут входить и бабушки и дедушки, но только при условии, что они будут поддерживать выработанные в семье правила и законы. Однако очень часто именно бабушки и дедушки становятся первыми «жертвами» детей и особенно подростков с СДВГ. Будучи излишне мягкими, они позволяют внукам манипулировать собой. А проявляя немотивированную жесткость, вызванную непониманием особенностей детей с данным диагнозом, а иногда неприятием стиля жизни современных детей и подростков вообще, они могут вызвать агрессивные вспышки и протест со стороны «неудобных» внуков. Поэтому в семьях, имеющих детей с СДВГ, очень важно информировать всех членов семьи об особенностях заболевания и выработать единую линию воспитания, реагирования на те или иные поступки ребенка. И родители, и бабушки, и дедушки должны понимать, что ребенок с СДВГ требует особого подхода. И даже если какой-либо удачный воспитательный прием успешно срабатывал со всеми остальными детьми или внуками, он может быть совершенно неприемлем в случае с ребенком с данным синдромом. Поэтому в каждом конкретном случае в зависимости от тяжести заболевания, наличия сопутствующих состояний, взрослые снова и снова вынуждены искать новый, порой совсем не похожий на предыдущий, способ решения проблемы.

Последовательность, отсутствие обвинений в адрес ребенка, принятие и понимание его — все это необходимо, если в семье есть ребенок с СДВГ.

Для того чтобы научить ребенка «хорошим» манерам и приемлемому поведению, в семье необходимо разработать систему поощрений.

Все поощрения, которые обычно используют в работе с гиперактивными детьми, можно разделить на две группы: одномоментные и кумулятивные. Схематично это можно изобразить так, как показано на рис. 5.

К одномоментным поощрениям относятся те, которые не связаны друг с другом. Они могут быть использованы один раз или несколько, но без определенной системы. Одномоментные поощрения, в свою очередь, можно разделить на весомые и легкие. Весомые — это такие, как, например, деньги, любимые продукты питания, особые привилегии и т. д. К легким относятся похвала, одобрение и т. д. (Green Ch., Chee C, 1997).



Рис. 5. Поощрения

Кумулятивные — это те, которые действуют на протяжении длительного периода времени. Их использование подчиняется накопительному принципу: например, ребенок каждый раз получает жетон за хорошее поведение. Впоследствии он может обменять эти жетоны на что-то другое.

Если одномоментные поощрения использовать слишком часто, ребенок привыкает к ним и теряет интерес или, напротив, привыкает настолько, что отказывается делать что-либо, если родители не обещают ему вознаграждение (например, деньги). В таких случаях кумулятивные поощрения будут действенными и эффективными.

Очень часто даже в семьях, где психолог работал со всеми взрослыми членами, возникают проблемы, связанные со взаимоотношениями гиперактивного ребенка с братьями и сестрами. Как правило, сиблинги страдают от присутствия ребенка с СДВГ как дома, так и в детском саду и школе. Дома их прежде всего не устраивает то, что родители зачастую позволяют ребенку с СДВГ больше, чем им самим. В общественных местах им становится неудобно за замечания, которые сыпятся на их голову из-за неуправляемого поведения брата или сестры. И особенно травмирующим становятся постоянные жалобы администрации школы или учителей, адресованные старшему брату или сестре ребенка с СДВГ. Поскольку зачастую родители стараются как можно реже появляться в школе, педагоги считают своим долгом воздействовать на старших детей, которым вменяется в обязанность следить за посещаемостью ребенка с СДВГ школы (иными словами, они должны каждое утро приводить его за руку в школу и контролировать его поведение на переменах), помогать ему выполнять домашние задания (а иногда выполнять задание вместо ребенка). Все это налагает особую

ответственность на старшего брата или сестру и иногда вызывает справедливый протест, поскольку ребенок, пусть даже и старшеклассник, не обязан выполнять контролирующие функции родителей. Именно поэтому взрослые должны беседовать с детьми, объясняя им границы возможной помощи брату или сестре с СДВГ и обучая способам противостояния давлению окружающих.

Если же проблемы сиблингов связаны в основном с взаимодействием между ними дома, то братьев и сестер ребенка с СДВГ надо обучать способам общения, не провоцирующим нежелательные вспышки, методам конструктивного решения конфликтов. Кроме того, если родителям приходится проводить очень много времени с ребенком с СДВГ (что совершенно необходимо и неизбежно), это не значит, что остальные дети в семье должны быть лишены их внимания и заботы. Родителям обязательно надо найти время, чтобы посидеть, поговорить с каждым ребенком в семье отдельно, не отвлекаясь даже на самые неотложные дела и звонки. Сиблинги должны быть уверены, что нужны маме и папе, что их любят, но обстоятельства не позволяют родителям уделять им больше времени. Чтобы уделить такое внимание всем детям, родители часто разделяют обязанности: например, папа делает уроки с СДВГ-ребенком, а мама в это время играет или беседует с другим ребенком. Причем этому необходимо следовать, даже если не все домашние дела выполнены, в противном случае отсутствие эмоционального контакта, взаимопонимания между родителями и детьми, лишенными их безраздельного внимания, может повлечь за собой многочисленные конфликты и трудности, когда дети вступят в подростковый возраст.

Если сестры и братья постоянно жалуются, что ребенок с СДВГ мешает им играть, делать уроки, смотреть телевизор, родителям на семейном совете желательно ввести несколько четких правил о том, какое поведение является допустимым, а какое — нет..

Если ребенок в дальнейшем демонстрирует желаемое поведение, он заслуживает поощрения, если поступает неадекватно — его наказывают заранее оговоренным способом (запрещают смотреть телепередачу, играть вместе с другими детьми и т. д.).

В случае если гиперактивный ребенок нанес ущерб брату или сестре (сломал игрушку, порвал книгу и др.). Кристофер Грин и Кит Чи (Green Ch., Chee C, 1997) советуют возместить убыток из карманных денег ребенка. Авторы предлагают при наличии ребенка с СДВГ в семье, который часто нарушает личное пространство сиблингов, не провоцировать вторжения на их территорию, а закрывать комнату или ящик с личными вещами на ключ. А если ребенок мешает брату или сестре выполнять домашние задания, одним из главных и обязательных правил в семье должен стать жесткий запрет на подобное поведение. С. Грин и К. Чи считают, что подобные действия родителей защитят сиблингов и помогут им чувствовать себя любимыми и нужными в семье.

Чтобы сформировать в семье положительную эмоциональную атмосферу, в которой и ребенку, и окружающим его близким было комфортно, желательно выполнять ряд условий.

Прежде всего, все взрослые в семье должны договориться между собой и выработать единый подход к воспитанию. В противном случае ребенок будет манипулировать окружающими. Выработывая единый подход к воспитанию ребенка, все члены семьи встанут перед выбором: с чего начать. Очень важно выбрать из обилия проблем, связанных с ребенком, одну — самую актуальную, без решения которой трудно жить дальше, и решать на первых этапах надо только одну эту проблему. Только справившись с ней, можно переходить к решению следующей, которая носит такой же конкретный характер.

Следующее условие — наличие определенных семейных правил, которые принимаются на семейном совете, а если ребенок еще совсем мал, о них просто сообщается ему. Так, ребенок твердо должен знать, что можно, а чего нельзя делать дома. Запретов должно быть не очень много, но соблюдаться они должны обязательно. Если сын или дочь достигли подросткового возраста, желательно составить вместе с ним «Права и обязанности членов семьи». Подростки с удовольствием участвуют в такой работе, в результате которой они не только получают определенную степень свободы, но приучаются нести ответственность за свои поступки. Данный метод, хоть и является эффективным, далеко не всегда приветствуется родителями,

поскольку им тоже приходится выполнять определенные обязательства. От того, насколько исполнительны будут они сами, зависит и исполнительность их детей. Впрочем, и в семьях с детьми-дошкольниками (и младшими школьниками) сила примера родителей тоже является одним из сильнейших факторов воздействия на ребенка.

Непременным условием выполнения ребенком семейных правил становится последовательность их реализации. Если это условие нарушается, ребенок начинает манипулировать взрослыми, старается почаще «забывать» о своих обязанностях. С. Грин и К. Чи отмечают, что гиперактивные дети, как только получают новый запрет, тут же придумывают, как его обойти, и непоследовательность взрослых облегчает им поиск обходных путей.

При взаимодействии с детьми и подростками с СДВГ зачастую бывает необходимо контролировать их действия гораздо дольше, чем с другими детьми, поскольку у них отмечаются нарушения в блоке программирования, регуляции и контроля, они не могут поэтапно строить свою деятельность и прогнозировать поступки. Например, ребенок-первоклассник, не имеющий данного диагноза, достаточно быстро научается структурировать время и пространство при выполнении домашних заданий, и уже через несколько недель он не нуждается в помощи взрослых (мы не рассматриваем случаи гиперопеки, где сами родители не готовы отдать ответственность ребенку). Ребенку же с СДВГ иногда помощь взрослого требуется на протяжении более длительного периода. А если не проводятся медицинские и психолого-педагогические мероприятия, контроль в некоторых случаях приходится осуществлять на протяжении всего периода обучения в школе. Стоит заметить, что подобный контроль не означает полной передачи ответственности взрослому за выполнение домашних заданий, а предполагает лишь необходимую в конкретном случае помощь, которая постепенно становится все меньше и меньше. Кроме того, контроль должен осуществляться в доброжелательной форме, и ни в коем случае — не как наказание или уничижительное воздействие.

Зачастую родители детей с СДВГ, приступая к каким-либо занятиям с ними, очень быстро сами теряют спокойствие, поскольку в силу незрелости абстрактного мышления сына или дочери приходится тратить много времени на то, чтобы объяснить ребенку на первый взгляд простые вещи. В связи с этим одним из важнейших условий взаимопонимания с ребенком и благоприятных отношений в семье является умение родителей владеть собственными эмоциями и чувствами. Особенно важно научиться справляться со своим гневом, тревогой, неуверенностью. Находясь под влиянием этих и многих других чувств, взрослые начинают использовать деструктивные паттерны поведения и забывают о «золотых» правилах эффективного общения с гиперактивным ребенком. Причем родители должны уметь контролировать не только негативные, но и позитивные эмоции, особенно если ребенок в это время выполняет или готовится выполнять какое-либо учебное задание. Тон занимающегося с ним взрослого должен носить нейтральный характер.

Период начала систематического обучения ребенка зачастую становится и началом нарушения взаимопонимания между ними, так как 6—7 лет — это критический возраст, когда симптоматика СДВГ усиливается в связи с увеличением интеллектуальной, эмоциональной нагрузки. В этот период ужесточаются и требования взрослых к ребенку. Как правило, именно в 6—7 лет речевая регуляция должна сменять эмоциональную регуляцию поведения ребенка, но дети с СДВГ пока еще не могут «поспеть» за своими сверстниками, что зачастую вызывает волну раздражения взрослых. Если родители к тому же сами готовят ребенка к школе, то такая подготовка нередко выливается во взаимные муки, слезы, упреки и раздражение. Многие родители предпочитают поэтому отдать ребенка на подготовительные курсы, к сожалению, далеко не всегда согласовав физиологические возможности дошкольника с предстоящей учебной нагрузкой.

Умение владеть собственными эмоциями столь же необходимо родителям и при взаимодействии с подростками, вспыльчивыми и ранимыми. К сожалению, неумение (или нежелание) взрослого контролировать свои слова и поступки очень часто становится

причиной семейных ссор и неприятия точек зрения друг другом (подростком и родителем). Результатом же подобного конфликта, который может быть вызван самым незначительным поводом, может стать импульсивное решение подростка уйти из дома или «назло» родителям покурить, выпить вина и т. п.

Управляя собственными эмоциями, родители своим примером показывают ребенку конструктивные способы решения конфликтов, если же взрослые сами подвержены неконтролируемым вспышкам негативных эмоций, ребенок будет воспринимать это как норму поведения. А поскольку гиперактивным детям очень часто свойственно агрессивное поведение, одним из элементов их воспитания должно стать обучение их способам справляться с гневом. Бывает, что гневной реакцией ребенок (и особенно подросток) отвечает на замечание, запрет, требование взрослого. Поэтому так важно при общении с импульсивными и склонными к агрессивности детьми тщательно продумывать и вербальную сторону, и тон высказываний. Многим детям присуща предвзятая атрибуция враждебности, они ожидают опасность от любого вмешательства со стороны взрослых или сверстников, поскольку уверены во враждебном отношении к себе с их стороны. По-этому лучше не делать резких замечаний, не начинать обращение к ребенку с категоричных запретов, со слов «нет», «нельзя».

Чтобы предотвратить вспышки гнева и усиление симптоматики СДВГ, родители, анализируя ситуации, происходившие ранее неоднократно, могут избегать некоторых из них. Например, если шумные праздники или большие нагрузки (как физические, так и интеллектуальные) зачастую заканчиваются истерикой, слезами и криками, можно заменить эти мероприятия более безобидными. Имея информацию об импульсивности детей и подростков с СДВГ, можно предотвратить и такую неприятность, как воровство. Оставленные на видном месте деньги (или другие ценности) могут привлечь ребенка, который, поддавшись импульсу, может их взять. В подростковом возрасте спровоцировать импульсивный акт и дальнейшее нежелательное поведение могут оставленные на видном месте ключи от машины, на которой подростку вдруг захочется покататься.

Избежать вспышки гнева при введении очередного запрета или при прерывании интересного занятия поможет предоставление ребенку выбора, но в четко ограниченных рамках. Например, если подросток настаивает на покупке дорогой гитары, родители могут сказать, что не в состоянии купить этот инструмент, но сын или дочь могут выбрать из двух других предложений: поездка на фестиваль авторской песни или поездка с родителями в Финляндию. Любому ребенку, а ребенку с СДВГ особенно, трудно внезапно прервать интересную для него деятельность. Поэтому, если родители знают, что времени недостаточно, лучше эту деятельность запретить вовсе (в мягкой, некатегоричной форме), чем прерывать ее внезапно. Если же ребенок уже приступил к ней (игра на компьютере, прогулка, просмотр телепередачи), лучше заранее договориться, что через определенный промежуток времени (его надо четко оговорить) ребенку придется оторваться от нее. Причем за 8—10 минут можно предупредить, сколько осталось времени, за 3—5 минут напомнить о скором окончании срока действия договора. Если ребенок тем не менее не может удержаться от упреков и обвинений в адрес родителей, можно воспользоваться будильником или таймером, который, прозвонив в назначенное время, предотвратит нежелательную эмоциональную вспышку.

Каким бы послушным ни был ребенок, в его жизни случаются ситуации, когда он поступает совсем не так, как ждут от него взрослые, как он обещал вести себя. Тогда многие родители требуют от него, чтобы он немедленно попросил прощения. Общаясь с гиперактивными детьми, лучше избегать таких требований. Во-первых, резкое требование уже само по себе может вызвать протест у ребенка, Во-вторых, он может даже не понимать, что именно сделал не так, и попросит прощения просто из-за хорошего к вам отношения или чтобы избежать длинных нотаций и наказания. В-третьих, он с лег-костью пообещает родителям вести себя хорошо, но вряд ли представляет, что это такое — вести себя «хорошо». Поэтому в следующий раз, когда он вновь допустит оплошность, он тут же осознает, что он — плохой: обещал, но не выполнил обещания. А значит, раз уж он все равно не выполнил обещания и

«плохой» — родители все равно разочаровались в нем, теперь можно не стараться соответствовать их ожиданиям (поскольку это невозможно).

Иногда про детей с СДВГ говорят, что это дети «с моторчиком», потому что они постоянно находятся в движении, их одолевает множество проектов. Поскольку некоторые идеи детей и подростков могут носить разрушительный характер, взрослые могут воспользоваться законом канализации, то есть направить энергию ребенка в нужный канал, в полезное русло: записать ребенка в спортивную секцию, включить его в соревнования с папой по количеству распиленных (сложенных в поленницу, если ребенок мал) дров, пробежать с ним вокруг дома и т. д. Однако многие родители заблуждаются, думая, что ребенок, постоянно двигаясь и требуя все новой деятельности, никогда не устает. Конечно же, устает, причем до такой степени, что сам уже не может остановиться и даже вечером, переполненный информацией и эмоциями, он подчас долго не может уснуть. Именно поэтому такому ребенку столь необходим четкий режим дня: время приема пищи, выполнения домашних заданий, сна должно быть постоянным. Ребенка следует оберегать от утомления, которое приводит к снижению самоконтроля. Перед сном полезным будет легкий массаж, которому могут обучиться мама или папа и который поможет снизить накопившееся за день мышечное и эмоциональное напряжение.

Перечисленные выше и многие другие способы взаимодействия с ребенком с СДВГ окажутся полезными и эффективными только в том случае, если ребенок доверяет родителям, уверен в их любви. В противном случае все действия взрослых, их просьбы и требования он будет принимать «в штыки». Поэтому одно из важнейших условий эффективного взаимодействия с ребенком — принятие ребенка таким, какой он есть, и эмоциональное тепло и забота. Ребенку с СДВГ особенно необходимо внимание родителей. Но не то внимание, которое, на их взгляд, они ему уделяют, занимаясь прописями, обучением чтению или морализацией. Лучше просто посидеть с ребенком, обняв его, пошептать с ним, поделиться секретами. Причем такое внимание требуется не только маленьким детям. Зачастую и подростки, ершистые и неуправляемые, остро нуждаются в таком проявлении чувств со стороны родителей.

Как было сказано выше, одним из кризисных периодов, провоцирующих проявление гиперактивности, может стать период подготовки ребенка к школе и начала систематического обучения, когда интеллектуальная и эмоциональная нагрузка на ребенка многократно (и часто необоснованно) возрастает. Кроме того, положение усугубляется тем, что современные родители, подчиняясь стремительному ритму нашего времени, торопятся дать ребенку как можно быстрее и полнее все, что возможно, в том числе и образование, что ведет за собой «омоложение» возраста первоклассника. И хотя родители имеют право отдавать ребенка в школу от шести с половиной до восьми лет, они все же стремятся сделать это как можно раньше. И если достаточно часто даже обычные дети бывают психологически, физиологически не готовы к обучению, то в случае с гиперактивными детьми такая ситуация возникает гораздо чаще: ребенок в силу своих физиологических особенностей не умеет пока контролировать свое поведение, длительное время удерживать внимание. Но это не значит, что так будет всегда: в случае внимательного отношения взрослых, учитывающих особенности ребенка и дающих ему время для формирования пока еще недостаточно сформированных мозговых структур, ребенок догонит своих сверстников и уже через полгода-год сможет начать систематическое обучение.

Однако, как показывает практика, родители не хотят отсрочить момент поступления ребенка в школу, объясняя это тем, что ребенок очень умный, он уже считает до тысячи, решает задачи за второй класс, пишет диктанты. И через год ему будет неинтересно в первом классе. А если речь идет о мальчишке, папы и мамы в один голос требуют принять ребенка в школу именно сейчас, мотивируя свое требование тем, что у ребенка после 11-го класса должна быть возможность попытаться поступить в вуз дважды. Но, к сожалению, забота родителей, распространяясь на такой длительный период (на все 11 лет обучения), не может помочь ребенку преодолеть самые первые трудности, возникающие на его пути не через 11 лет, а уже в начальной школе.

Для гиперактивного ребенка может оказаться непосильным выполнение даже таких элементарных школьных требований, как необходимость сидеть в течение 45 минут спокойно и выполнять учебные задания (а у гиперактивного ребенка уже через 8—10 минут наступает утомление и ослабевает внимание, необходимое для эффективного обучения), отвечать на уроке только по просьбе учителя, дожидаться своей очереди в столовой и многие другие. Поэтому и проблемы возникают гораздо раньше, чем при поступлении ребенка в институт, как предполагают родители. Более того, по статистике, приводимой И. П. Брызгуновым, только 15% гиперактивных детей оканчивают школу (среди обычных детей — 50%). Вот почему, собираясь отдать ребенка в школу, желательно посоветоваться с психологом, который сможет профессионально оценить степень интеллектуальной и психологической готовности ребенка к обучению и поможет, опираясь на особенности ребенка, выбрать программу обучения.

Специалисты считают, что, даже став взрослыми, бывшие гиперактивные дети, хотя их двигательная активность, конечно, станет гораздо ниже, все же будут проявлять импульсивность и дефицит активного внимания. Многие современные родители иногда еще до рождения ребенка выбирают ему профессию, например связывая свои ожидания с тем, что ребенок станет юристом, бухгалтером, дипломатом и т. д. Однако трудно себе представить, что гиперактивному ребенку, даже когда он станет взрослым, доставит удовольствие сидеть часами, перебирая бумаги или сверяя колонки цифр. Поэтому мамам и папам гиперактивных детей, понявшим особенности ребенка и приняв его таким, какой он есть, желательно задуматься о выборе такой профессии, в которой особенности детей могут восприниматься как достижения. Например, если ребенок чрезмерно импульсивен, можно выбрать для него профессию, в которой необходимо мгновенно принимать решения, профессию, связанную с экстремальными условиями: пожарный, медсестра бригады «Скорая помощь» и др.

Однако, даже выбрав будущую профессию (надеемся, с участием самого ребенка), на пороге поступления в школу важнее задуматься

о тех последствиях, которые могут возникнуть из-за несвоевременного начала обучения уже в ближайшее время, а не через 10—11 лет.

Гиперактивные дети очень энергичны, подвижны и деятельны. Они не могут усидеть на месте, не могут долго ждать. Они любят бегать по комнате, задевая предметы и роняя их на пол, сбивая на ходу членов семьи, которые могут встретиться на их пути. В группе детского сада они толкают сверстников, мешают им играть, тем самым вовлекая их в конфликтные ситуации. За обедом или завтраком эти дети часто разливают суп или молоко, роняют ложку на пол, пьют сначала компот, а потом вспоминают, что не доели вкусную кашу или котлету. Часто они отличаются плохой координацией или недостаточным мышечным контролем.

Воспитание гиперактивного ребенка — дело нелегкое. Р. Кэмпбелл

считает, что многие родители допускают три основные ошибки:

- большую часть своего внимания они уделяют не общению с ребенком, а присмотру за ним, поучению и наставлениям;
- недостаточно тверды в воспитании и не всегда осуществляют контроль над его поведением;
- не воспитывают в детях навыки управления гневом.

Чтобы избежать этих ошибок, родителям следует чаще общаться с ребенком в доверительной обстановке, играть вместе с ним в его детские игры, проявлять внимание к его проблемам и интересам, быть последовательным в своих запретах, учить ребенка справляться со своим гневом. Для того чтобы лучше понять, что такое гнев и как протекает его вспышка, давайте обратимся к схематичному изображению основных стадий вспышки гнева. Г. М. Бриквелл изображает это так (рис.6).

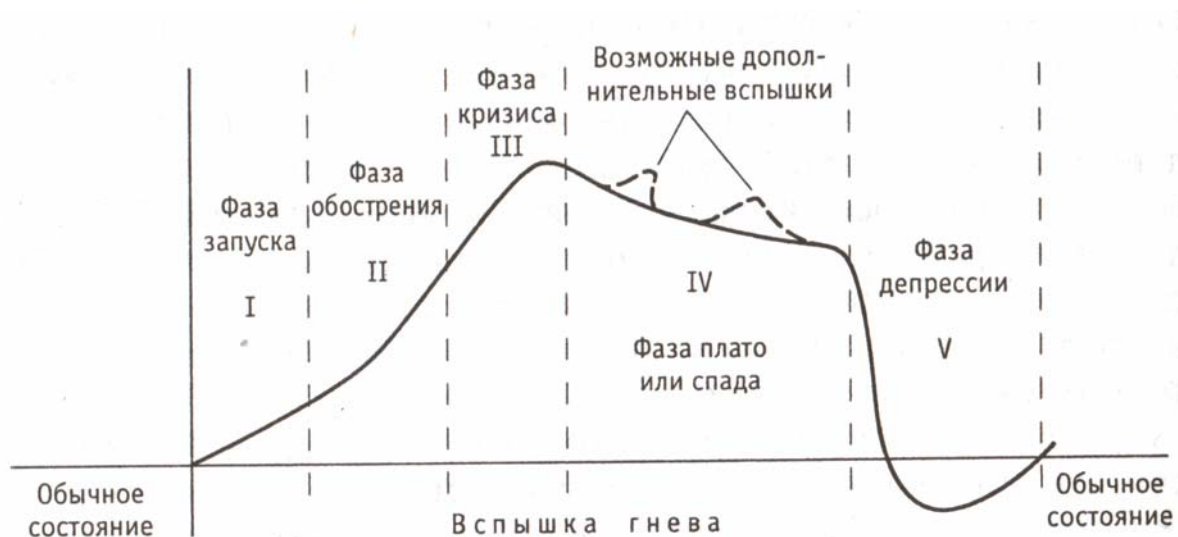


Рис. 6. Кривая гнева

Первая фаза (I) — фаза запуска или внешнего/внутреннего стимула. Эти стимулы, провокаторы вспышки гнева могут быть самыми разнообразными — несправедливо сделанное замечание, окрик, внезапная боль после того, как ребенок стукнулся обо что-нибудь, и т. д. На этой фазе мы не всегда можем предугадать, что произойдет дальше: разозлится ребенок или сможет быстро переключиться на что-либо другое. Это та фаза, когда мы можем предотвратить вспышку гнева, отвлечь ребенка, направить его энергию в нужное русло или, что очень важно, научить его справляться со своими плохими эмоциями.

Вторая фаза (II) — фаза обострения. Кривая гнева начинает подниматься вверх. Это время, когда тело физиологически готовит себя к предстоящему сражению: повышается уровень адреналина, напрягаются мышцы, учащаются дыхание и пульс. Но все же на этой стадии, особенно на начальном ее этапе, мы еще можем предотвратить предстоящую вспышку. И если мы не остановим нарастающий поток

гнева на этой стадии, то придется ждать, пока не закончится третья фаза — фаза кризиса.

Третья фаза (III) — фаза кризиса, пик гнева. Ребенок начинает кричать, топтать ногами, ругаться и т. д. У всех детей это проявляется по-разному. Ребенок же не слышит нас, не понимает наших просьб, упреков, призывов или требований. Читать нотации бесполезно. Единственное, что мы можем сделать, — это следить за безопасностью ребенка и его окружения.

Следующая фаза (IV) — фаза плато или спада гнева. Эта фаза протекает по-разному у разных детей. Кому-то присущи отдельные дополнительные вспышки, у кого-то гнев идет на спад.

Последняя фаза (V) — фаза депрессии, которая может наступить после кризиса. Теперь мы снова можем разговаривать с ребенком, и возможно, он нас услышит.

Чтобы научить ребенка справляться со своим гневом, лучше владеть собой, на стадиях I и II мы можем давать ему инструкции: «Успокойся»; «Расслабься»; «Сядь в кресло и посиди пять минут»; «Сделай несколько глубоких вдохов» и т. д. Позже ребенок будет сам прибегать к этим и другим эффективным способам управления гневом.

В моменты вспышек гнева ребенка взрослым следует научиться управлять собой, с тем чтобы разрешать конфликтные ситуации и извлекать из них пользу. Авторы книги «Управление гневом» (Fau-pel A., Herrick E., Sharp P., Anger Management, 1988, London) предлагают

родителям запомнить следующие эффективные и неэффективные образцы взаимодействия в ребенком в тот момент, когда он находится в состоянии гнева.

Эффективные образцы взаимодействия:

- дать, пока ребенок успокоится;
- выслушать доводы ребенка с должным вниманием, даже если взрослый с ними не согласен;
- выразить свои чувства ясно и спокойно;
- предложить ребенку готовое решение более эффективного выхода из сложившейся ситуации.

Неэффективные образцы взаимодействия:

- обвинять ребенка;
- унижать его и высмеивать его доводы;
- переходить в оппозицию;
- преувеличивать то, что произошло.

В качестве одной из технологий обучения ребенка выражению своего гнева в вежливой форме можно предложить «Лестницу гнева» Р. Кэмпбелла (1997) (рис: 7). На нижней ступеньке этой лестницы расположена одна из самых незрелых форм агрессивного поведения — пассивная агрессия, которая представляет собой скрытый, утонченный способ манипулирования людьми с целью добиться определенного результата.

Для того чтобы помочь ребенку избавиться от пассивно-агрессивной формы поведения, следует научить его открыто выражать свой гнев другими словами, в минуты гнева дать ему возможность высказать все, что он считает нужным. На первых порах выражение гнева, скорее всего, будет проходить в грубой форме: в виде оскорблений, обвинений и использования нецензурных слов. Но тем не менее такое поведение будет значительным шагом вперед по сравнению с проявлением пассивной агрессии. «Чем больше гнева выплеснется в словах, тем меньше его останется, чтобы проявиться потом через ложь, воровство, секс, наркотики и все другие образцы столь распространенного сегодня пассивно-агрессивного поведения» (Кэмпбелл Р., 1997).

После того как ребенок начнет выражать свой гнев в вербальной форме (прямо и открыто), взрослый может обучить его выражению гнева в приемлемой форме. Он спокойно выслушивает ребенка и говорит ему, что понимает его чувства, но просит объяснить их по-другому. При этом взрослый демонстрирует вербальные паттерны эффективных форм общения.

Когда ребенок научится проявлять свой гнев в более приемлемой форме, взрослый начинает обучать его направлению гнева на объект, без уклонений в сторону. Ребенок должен уметь высказывать одну основную жалобу (чем он недоволен, что его раздражает и т. д.).

На следующей стадии взрослый учит ребенка выражать свою основную жалобу в вежливой форме, не обвиняя и не задевая чувства окружающих людей.

И наконец, на последней стадии взрослый обучает ребенка искать конструктивные пути выхода из сложившейся ситуации.

В оригинале вся лестница состоит из 15 ступеней: нижние четыре ступени, которые представляют «незрелые паттерны поведения», мы объединили в одну ступень — «А». Ступень «А» — это пассивно-агрессивные формы взаимодействия с окружающими, а также проявление агрессии в невербальной форме (драки, бросание предметов, нанесение материального ущерба и т. д.).

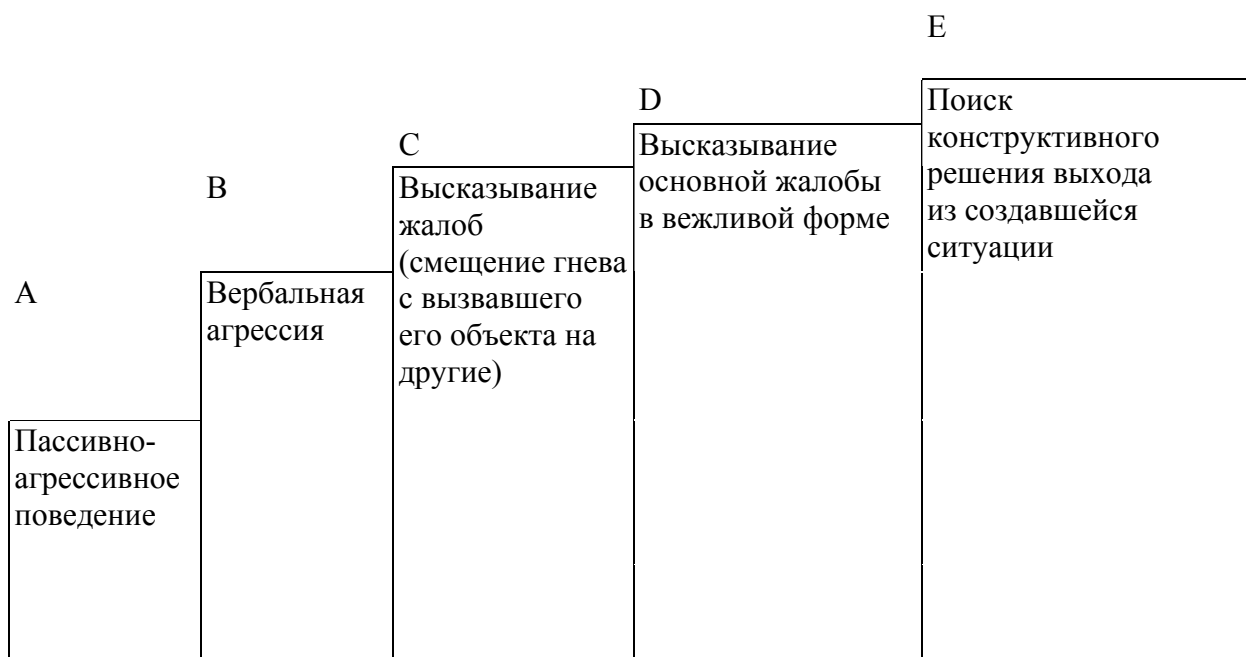


Рис. 7. Упрощенный вариант «Лестницы гнева» Р. Кэмпбелла

Ступень «В» (в оригинале — следующие пять ступенек) символизирует собой проявление агрессии в вербальной форме — ругательства, нецензурные выражения, грубость и т. д. Это еще пока тоже деструктивные паттерны поведения, но уже значительный шаг вперед по сравнению с предыдущей ступенью — «А».

Ступень «С» (в оригинале — следующие четыре ступеньки) — это сочетание негативных и позитивных форм поведения. На данной ступени ребенок учится высказывать свои жалобы в приемлемой форме, но при этом еще допускается смещение гнева с вызвавшего его объекта на другие объекты, а также выражение жалоб, не имеющих отношения к делу.

Ступень «D» — это образец зрелых форм управления гневом. На этой стадии ребенок высказывает одну основную жалобу без уклонения в сторону, и делает это в вежливой форме.

Ступень «Е» — это тот идеал, к которому могут стремиться родители и специалисты, занимающиеся коррекцией поведения ребенка. На данной ступени ребенок пытается найти конструктивное решение выхода из провоцирующей гнев ситуации.

Следует отметить, что путь продвижения по «Лестнице гнева» вверх длителен и нелегок. Взрослому нужно, прежде всего, набраться терпения и контролировать свой гнев, используя позитивные образцы поведения.

Некоторые рекомендации по взаимодействию родителей с гиперактивными детьми приведены нами в Приложении 4.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью является одной из основных причин нарушений социальной адаптации (прежде всего школьной дезадаптации), а также рассматривается как один из факторов риска возникновения алкоголизма и наркоманий (Getta G., Caccavari R., 1998; Modigh K. et al., 1998). Клинический полиморфизм заболевания обуславливает необходимость разработки дифференцированной терапии его разновидностей. Анализ литературных данных свидетельствует о социальной значимости проблемы в силу чрезвычайной распространенности заболевания. Ведущее звено в этиопатогенезе заболевания — повреждение лобной коры больших полушарий и подкорковых структур головного мозга. Предполагается, что выявленные нейроанатомические, гемодинамические, обменные нарушения могут обуславливать снижение тормозного контроля двигательной активности, обеспечиваемого главным образом лобной корой и хвостатым ядром и приводить к возникновению дисфункции контролирующего поведения (executive dysfunction). Несмотря на большое количество данных о роли генетических, нейроанатомических и нейрохимических факторов, не существует единой теории, объясняющей возникновения разнообразных поведенческих реакций, связанных с СДВГ.

Клиническая оценка состояния пациентов, страдающих данным заболеванием, осложняется многочисленными сопутствующими расстройствами. Сложившаяся ситуация делает актуальным поиск новых методов лечения СДВГ.

Для повышения эффективности оказания медицинской помощи детям с СДВГ и коморбидными расстройствами необходимо создание региональных медицинско-психологических консультативно-реабилитационных центров. В таких центрах необходимо проведение клинко-психофизиологической диагностики, включающей оценку объективных критериев состояния головного мозга. В рамках комплексного лечения данной патологии в таких центрах можно использовать психофармакотерапию, биологическую обратную связь, транс-краниальные электровоздействия, а также психокоррекционные мероприятия с пациентом и его семьей.

Обучение детей с СДВГ нужно проводить с учетом их возрастных и индивидуальных особенностей, повышая их уровень мотивации и заинтересованности.

Проводя психокоррекцию и психотерапию с детьми данной категории, следует вовлекать всех членов семьи в терапевтический процесс. Если семейное консультирование невозможно, то желательно привлекать родителей (или хотя бы одного из них) к участию в специальных лекториях или тренинге детско-родительских отношений и т. д.

Приложения

Приложение 1

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО СОСТАВЛЕНИЮ КОРРЕКЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ РАБОТЫ С ГИПЕРАКТИВНЫМИ ДЕТЬМИ

Обоснование программы

Концепция создания программы опирается на фундаментальные труды отечественных психологов о психическом развитии ребенка (Леонтьев А. Н., Эльконин Д. Б., 1974; Выготский Л. С., 2002. Фельд-штейн Д. И., 1995), на общедидактические принципы обучения детей (Дидактика средней школы, 1982; Педагогика, 1998, и др.), на знание психологических и физиологических особенностей ребенка с СДВГ (Заваденко Н. Н., 1995; Шевченко Ю. С., 1981; Баркли Р. А., 1998; Ясюкова Л. А., 1997, и др.) и вместе с тем экспериментальная программа акцентирует внимание на необходимости реализации принципа индивидуализации (Рабунский Е. С., 1975, 1970; Унт И., 1990; Кирсанов А. А., 1963, 1980; Гагин Ю. А., 2003; Кулюткин Ю. Н., Су-хобская Г. С., 1971). Индивидуализация процесса взаимодействия с ребенком предполагает как учет и поддержку взрослым особых способов и способностей детей с СДВГ самостоятельно решать проблемы, так и передачу им ответственности в выявлении и разработке собственного стиля деятельности (Кулюткин Ю. Н., Сухобская Г. С., 1971; Марон А. Е., Кужанова Н. И., 2002; Моница Г. Б., 2004).

Экспериментальная программа, составленная в соответствии с вышеизложенными позициями, базируется на следующих общедидактических принципах: взаимосвязь и внутреннее единство диагностических, коррекционных и развивающих дидактических задач как главная стратегия деятельности взрослого (психолога, педагога);

деятельностный подход как основа стимуляции активности ребенка с СДВГ;

учет возрастных и индивидуальных особенностей ребенка с СДВГ при условии активной самостоятельной познавательной-поисковой работы.

Основными позициями по отношению к разработке программы были следующие:

ориентация детей с СДВГ на поиск собственного индивидуального стиля деятельности;

поиск психологом (педагогом) методов и технологий, способствующих развитию у детей способности к саморегуляции и самоконтролю своей деятельности на основе стимуляции самоутверждения и самореализации, к мотивации достижения успеха на основе учета индивидуальных особенностей ребенка;

проектирование психологом дополнительных способов организации совместной работы при взаимодействии с детьми, требующими особого подхода (важную роль приобретает работа психолога с родителями, особенно на начальных этапах коррекционно-развивающей работы).

Принципы построения программы являются общими, а варианты ее применения могут быть обусловлены перечисленными выше особенностями.

Все занятия в предлагаемой программе построены по определенному алгоритму, который в зависимости от актуальных задач может быть изменен.

Экспериментальная работа проводилась в двух группах детей с диагнозом СДВГ, испытывающих трудности в обучении. Каждая группа состояла из 20 детей 9—11 лет. В течение семи месяцев с детьми экспериментальной группы (в подгруппах по десять человек) два раза в неделю психологом проводились занятия (на первом этапе — индивидуальные, на втором — групповые). До начала экспериментальной работы было проведено диагностическое исследование, которое включало в себя следующие блоки:

Анализ уровня развития внимания. Для определения уровня концентрации внимания, его устойчивости и переключаемости, а также с целью оценки точности и скорости переработки информации, волевой регуляции, работоспособности ребенка использовался вариант теста Тулуз-Пьерона, разработанный Л. А. Ясюковой.

Анализ поведенческих проявлений, обусловленных особенно стями эмоциональной сферы детей, проводился с помощью теста школьной тревожности Филипса. Он был применен для определения уровня тревожности, проявляющейся при выполнении учебных заданий, в процессе общения с педагогами и сверстниками.

Отношение к различным видам деятельности (в том числе и учебной) выявлялось с помощью методики ЦТО (модификация методики Люшера).

Анализ поведенческих проявлений, обусловленных особенно стями личностной сферы детей, проводился с помощью методики А. И. Высоцкого «Использование метода наблюдения для оценки волевых качеств», применение которой способствовало выявлению способности учащихся к самостоятельности и саморегуляции.

После завершения коррекционно-развивающей работы с детьми была проведена повторная диагностика с количественной и качественной обработкой полученных данных. Значимые различия выявлены по критерию тревожности детей экспериментальной группы по поводу проверки знаний в школе. Также зафиксировано снижение уровня фрустрации потребности достижения успеха и страха не соответствовать ожиданиям окружающих. На уровне положительных тенденций можно говорить и об изменениях по параметрам настойчивости и инициативности детей данной группы. В контрольной группе подобных изменений не отмечено.

Качественный анализ результатов коррекционной работы показал разносторонние мнения всех субъектов экспериментальной работы. И психолог, и родители, и учителя, и сами дети, принимавшие участие в эксперименте, отметили позитивные изменения, произошедшие за период коррекционно-развивающей работы.

Экспериментальное обучение учащихся осуществлялось в соответствии с ключевыми принципами организации обучения, сформулированными нами на основе анализа литературы и диагностического обследования учеников.

Основной задачей обучения было формирование у ребенка с СДВГ собственной позиции и ответственного отношения к собственной деятельности, поиск им пути выявления собственных способов действия. Это и стало одним из важнейших условий индивидуализации педагогического процесса;

Экспериментальная работа проводилась нами по нескольким направлениям, каждое из которых имело (кроме общих) свою наиболее значимую для данного направления цель, обеспеченную созданием психологом условий для:

- 1) формирования у учащихся мотивационной обусловленности путем включения каждого ученика в процесс осознания своей позиции как человека, сознательно и самостоятельно планирующего свою деятельность (опираясь на осознание ситуации успеха);
- 2) развития познавательной сферы ребенка, непосредственно значимой для освоения языка (объем восприятия, характеристики внимания, памяти, мышления);

- 3) постепенного перехода учеников к саморегуляции своей деятельности и самоконтролю, самостоятельному анализу деятельности;
- 4) снижения уровня негативных эмоциональных проявлений учащихся, снижения уровня школьной тревожности как фактора, влияющего на общую успешность.

На всем протяжении экспериментального обучения с разной степенью представленности происходила постепенная передача функций психолога ребенку, нарастание уровня его самостоятельности. Так, сначала деятельность учащихся осуществлялась под руководством взрослого, главной задачей которого являлось «настроить» ребенка на дальнейшую работу. Игровые упражнения, многоуровневые задания для разных категорий детей, самостоятельный выбор учащимися вида деятельности, помощь взрослого в осознании ими успеха — все это способствовало формированию положительного отношения детей к занятиям.

Создание условий для снижения уровня негативного эмоционального отношения детей с СДВГ к коррекционным занятиям, снижения уровня тревожности является одним из факторов, влияющих на общую успешность. Данное направление деятельности психолога реализовывалось в процессе всего периода экспериментального обучения, на всех его этапах. Активизация позитивного настроения учащихся являлось одним из принципов построения разработанной нами программы. Этот прием стал базой для привлечения внимания детей, сосредоточенности на работе в классе, создания ситуации успеха, снижения уровня тревожности, снятия мышечных зажимов.

На первых этапах обучения для создания положительного отношения к занятиям они проводились в игровой форме, но без элементов явно выраженной соревновательности. Поощрялась взаимопомощь при выполнении заданий.

План работы специалистов с ребенком с СДВГ

1. Подготовительный этап: выявление запроса взрослых: ознакомление с медицинской картой ребенка (записи специалистов, результаты обследований и др.); анкетирование родителей (при необходимости); анкетирование педагогов (основных и дополнительных) (при необходимости); беседа с родителями; беседа с педагогами.
2. Диагностика состояния ребенка: наблюдение; использование психодиагностических методик на выявление импульсивности, агрессивности, невнимательности.
3. Составление программы: составление перечня проблем (Работа с родителями с плакатом «лестница»); выделение первоочередной задачи; координация планов специалистов (невролога, психолога, педагогов).
4. Коррекционная работа: индивидуальная; групповая.
5. Заключительный этап: диагностика состояния ребенка; беседа со специалистами; беседа с родителями; рекомендации родителям и педагогам по взаимодействию с ребенком.

Приведенный нами план работы с ребенком носит условный характер. В каждом конкретном случае он может быть скорректирован. Так, если ребенок длительное время посещает детское дошкольное учреждение или школу, информация о нем собирается гораздо быстрее и легче, чем в случае оказания помощи в консультативном центре.

Обследование ребенка может включать фиксированное наблюдение за ним, направление (при необходимости) к медицинскому специалисту, к логопеду, к дефектологу. Кроме того, психолог может провести с ребенком тест Тулуз-Пьерона, качественный анализ результатов которого даст дополнительную информацию о характере ошибок, о темпе деятельности ребенка, о способности переключать внимание и др.

Коррекционная работа с ребенком с СДВГ проводится в соответствии с общими принципами обучения детей с данным синдромом, описанными нами выше (комплексность, поэтапность, индивидуальный подход).

Как правило, гиперактивный ребенок гораздо эффективнее работает при взаимодействии один на один со взрослым. В этом случае он действует более сосредоточенно, допускает меньше ошибок. Кроме того, многие дети с СДВГ нуждаются в предварительной индивидуальной работе, в процессе которой у них формируются навыки общения, саморегуляции. Длительность индивидуального этапа определяется индивидуально-типологическими особенностями ребенка и характером нарушения.

В некоторых случаях индивидуальная и групповая работы проходят параллельно.

Приведенные варианты занятий рассчитаны на детей дошкольного и младшего школьного возраста. Продолжительность одного занятия — от 20 до 40 минут, в зависимости от индивидуальных и возрастных особенностей ребенка.

Цель занятий: помощь ребенку в осознании собственных особенностей и адаптация к реальным условиям жизни.

Предлагаемая нами структура занятия носит условный характер, что обусловлено гетерогенностью проявлений синдрома СДВГ у разных детей, спецификой группы, опытом работы психолога, который проводит коррекционную работу.

1. Приветствие

Психолог (педагог) выбирает любую форму приветствия. Это может быть обычное «здравствуйте», а может быть игра, которая становится сигналом начала занятия. Как правило, дети с удовольствием играют в предложенную им взрослым игру. Но через несколько занятий им можно предложить самим придумать игру-приветствие. В качестве примеров таких игр можно предложить игры «Локотки», «Я сегодня вот такая...», «Двумя руками» и др. (Лютова Е. К., Мони-на Г. Б., 1999, 2000, 2002, 2005).

Использование одних и тех же игр в начале занятия помогает ребенку настроиться на работу. После приветствия психолог может спросить ребят, что хорошего, приятного произошло с ними с момента предыдущей встречи. Если дети уже привыкли к таким вопросам, можно спросить их, произошли ли какие-то изменения в их поведении, учебе и заметил ли это кроме них самих еще кто-то (родители, учитель, воспитатель, друзья).

2. Игры и упражнения на снятие эмоциональных и мышечных зажимов

Этот этап желательно проводить с целью научения ребенка способам управления своим телом, эмоциональным состоянием. В этом блоке используются дыхательные упражнения, массаж, упражнения на релаксацию. Прежде чем приступить к выполнению упражнений, психолог рассказывает детям цель их выполнения, объясняя, почему мышцы человека не должны быть напряжены, особенно в период выполнения какого-либо задания.

3. Рисование

В данной программе рисование рассматривается нами не как развитие художественных способностей, а как средство выражения эмоционального состояния ребенка, как источник

получения информации о его достижениях и актуальных и скрытых проблемах. Как правило, комментарии ребенка в процессе рисования помогают взрослому лучше понять ребенка и помочь ему.

4. Игры на отработку дефицитарной функции

В зависимости от симптоматики и основного запроса взрослых, обратившихся за помощью, психолог, следуя принципу поэтапности в работе с ребенком с СДВГ, отрабатывает в игровой форме ту или иную дефицитарную функцию. Как правило, на первых этапах взрослый адаптирует условия занятия к особенностям ребенка: если он не может усидеть 20 минут занятия, ему предлагается в процессе работы выполнить поручение психолога (стереть с доски, раздать индивидуальные листы детям и др.). Как показывает практика, ребенку с СДВГ необходима и помощь другого рода — осуществление индивидуализации II типа — помощь в осознании своих особенностей и в адаптации самого ребенка к условиям занятий. Чаще всего для подобной работы приходится проводить несколько индивидуальных занятий с ребенком.

После этого можно начинать тренировку навыков саморегуляции (если это является главной проблемой данного ребенка). Отработав данную задачу, психолог переходит к работе над тренировкой внимания и т. д. Если на данном занятии психолог учит ребенка бороться с собственной импульсивностью, то в процессе игры он фиксирует внимание ребенка только на успешности/неуспешности именно этого навыка, не обращая внимания на то, что ребенок, может быть, допускает много ошибок. Желательно также использовать определенные, заранее оговоренные поощрения за маленькие достижения ребенка. Приведенные в программе названия игр, упражнений могут быть заменены ведущим группы и носят примерный характер. Кроме того, дети, как правило, любят играть несколько раз в одну и ту же игру, и ведущий группы может идти им навстречу. Однако после каждой игры желательно проводить хотя бы краткое обсуждение того, чему она научила. Поскольку приведенные нами занятия являются только частью большой программы, психолог сам решает, как долго необходимо останавливаться на том или ином этапе. Например, процедуре знакомства участников друг с другом может быть посвящено несколько занятий. Разработка правил группы также может занять больше времени, чем это описано нами. В данном случае дети не только предлагают свои и обсуждают предложенные другими правила, но и рисуют их: можно попросить их на двух листах нарисовать рисунки «Можно» и «Нельзя». Кроме того, психолог может пригласить всех детей к участию не только в разработке правил, но и к изготовлению «Кричалок-шепталок-молчалок», «Мешочка для криков», знака «Стоп» и других необходимых для занятия атрибутов.

Упражнение по определению и вербализации своего эмоционального состояния может стать определенным ритуалом начала и завершения занятия.

На отработку дефицитарных функций ребенка психологу тоже может потребоваться несколько занятий, поэтому в запасе у него должно быть большое количество игр и упражнений.

5. Игры на взаимодействие взрослого и ребенка

Эти игры могут быть подобраны психологом специально, чтобы ребенок, играя в них, приобретал навыки конструктивного взаимодействия со сверстниками и со взрослыми («Сиамики близнецы», «Слепой и поводырь» и др.). Однако чтобы не перегружать занятие (особенно с дошкольниками), можно после проведения любой игры или упражнения обсудить с детьми удачные приемы общения, использованные ими.

Если проблемы взаимодействия детей друг с другом являются актуальными для данной группы или для данного ребенка, можно одно или несколько занятий посвятить работе с плакатом «Как я решаю свои конфликты...» (Монина Г. Б., Лютова Е. К., 2006).

6. Заключительный этап

Этот этап представляет собой обсуждение детьми занятия, того, что, по их мнению, им особенно хорошо удалось сделать (нарисовать, написать, выполнить инструкцию игры и др.). Чему они научились, что нового узнали друг о друге, какие стратегии выполнения тех или иных заданий они использовали и насколько это было эффективно. После обсуждения можно спросить ребят, что, на их взгляд, на следующем занятии можно сделать еще лучше.

Если психолог использует в коррекционной работе жетонную систему, на заключительном этапе занятия, после того как все жетоны вручены, можно спросить у детей, кому бы они дали дополнительный жетон. Как правило, сначала некоторые дети предлагают свою кандидатуру, однако психолог просит отметить кого-либо из товарищей. Поскольку дети, особенно дошкольного возраста, иногда предлагают отметить друга или подругу, ведущий просит обосновать, за что именно можно отметить того или иного ребенка. Если остальные участники соглашаются с предложением, тот, кого назвали дети, получает дополнительный жетон (жетон за дополнительные заслуги может быть чуть большего размера или другого цвета, чем тот, который выдает сам психолог).

Приложение 2

КОРРЕКЦИОННАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ РАБОТЫ С ГИПЕРАКТИВНЫМИ ДЕТЬМИ

Ниже приводится примерный план проведения занятий, рассчитанный на первое полугодие. Подробное описание всех этапов представлено только в первом и втором занятиях. Игры и упражнения, которые даны без описания и названия которых встречаются в плане последующих занятий, можно найти в наших предыдущих работах (Лютюва Е. К., Моница Г. Б., 2000, 2002; Моница Г. Б., Лютюва-Робертс Е. К., 2006).

Занятие 1

1. Знакомство

Психолог представляется детям, говорит о том, что они будут делать на занятиях, объясняет цель их совместной работы, после чего вместе с детьми вырабатывает правила, которым необходимо следовать во время занятий. В детском саду они могут быть нарисованы в виде пиктограмм, в школе — записаны на большом листе бумаги. Причем каждое отдельное правило обсуждается с детьми (оговаривается его цель, условия выполнения/ невыполнения) и должно быть принято группой.

После этого психолог предлагает детям ввести ритуал приветствия. Например, перед началом каждого занятия все его участники могут здороваться друг с другом и с ведущим определенным образом: мизинчиками, плечиками, локоточками и др.

Затем каждый ребенок по очереди (в кругу, с мячом — то есть уже выполняется одно из правил: «Когда один говорит, все слушают») говорит, как его зовут и что он умеет очень хорошо делать (прыгать через скакалку, бегать, варить макароны, спать, кататься на лыжах и т. д.).

В группе школьников можно усложнить задание: попросить, чтобы каждый ребенок называл не только свое имя и свои умения, но и имена предыдущих участников, а также то, что они умеют хорошо делать.

2. Рисование на тему «Это Я»

В процессе рисования психолог фиксирует особенности выполнения задания и поведения каждого ребенка, записывает комментарии к рисункам. После завершения рисунков можно организовать выставку работ: дети могут сами поместить свой рисунок на заранее подготовленный стенд.

3. Упражнение «Шалтай-Болтай» (Чистякова М. И., 1990)

Цель: расслабление мышц рук, спины, груди, развитие умения контролировать свои движения. Ведущий читает отрывок из стихотворения С. Я. Маршака:

Шалтай-Болтай Сидел на стене. Шалтай-Болтай Свалился во сне.

Все участники поворачивают туловище вправо-влево, руки при этом свободно болтаются, как у тряпичной куклы. Как только дети услышат слова «свалился во сне», они резко наклоняют корпус вниз.

4. Игра «Кричалки-шепталки-молчалки» (Шевцова И. В.)

Цель: развитие внимания, умения действовать по инструкции, развитие волевой регуляции.

Психолог (педагог) из разноцветного картона вырезает вместе с детьми три силуэта детской ладонки: красный, желтый, зеленый. Затем все участники игры договариваются, что, когда ведущий (сначала взрослый, а затем — кто-то из детей) поднимет зеленую ладонь — «кричалку», — можно бегать, кричать, прыгать; желтая ладонь — «шепталка» — позволяет двигаться и переговариваться шепотом; по сигналу «молчалки» — красной ладонки — дети должны замереть на месте или лечь на пол и не шевелиться. Заканчивать игру следует «молчалками».

Обсуждение занятия

Прощальный ритуал

Проводится аналогично ритуалу приветствия, только выбирается другой способ: дети прощаются, прикоснувшись друг к другу спинками, коленками и т. п.

Занятие 2

1. Игра-приветствие

2. Рисование на тему «Моя семья»

Презентация рисунков, беседа.

3. Упражнение «Я сегодня вот такой (такая)»

Дети вместе с психологом рассматривают плакат (карточки) с изображенными на нем различными эмоциональными состояниями и показывают и называют то, которое им ближе всего в настоящую минуту. Психолог записывает их выборы. Можно повторить данное упражнение в конце занятия: дети по очереди называют свое состояние, а остальные вспоминают, изменилось ли оно за время занятия. На первых этапах работы ребята с трудом запоминают эмоциональный настрой всех участников, однако через несколько занятий они научаются фиксировать свое внимание на этом и охотно включаются в эту игру.

4. Игра «Запрещенное движение» (Кряжева Н. Л., 1997)

Цель: развитие внимания, умения следовать инструкции, выявление собственной успешной стратегии.

Дети стоят лицом к ведущему. Под музыку с началом каждого такта они повторяют движения, которые показывает ведущий. Затем выбирается одно движение, которое нельзя будет выполнять

Тот, кто повторит запрещенное движение, выходит из игры.

Вместо показа движения можно называть вслух цифры. Участники игры повторяют хором все цифры, кроме одной запрещенной (например, цифры «пять»). Когда дети ее услышат, они должны будут хлопнуть в ладоши (или покружиться на месте).

После проведения игры важно провести обсуждение стратегий, способствующих концентрации внимания, применяемых детьми в ходе упражнения.

5. Обсуждение занятия

6. Прощальный ритуал

Занятия 3-4

1. Игра-приветствие.
2. Рисование на тему «Мой детский сад», «Моя школа», «Мой класс». Обсуждение.
3. Упражнение «Добрый—злой—веселый—грустный».
4. Игра на развитие контроля над мышечной активностью. Обсуждение стратегий, способствующих осуществлению контроля над двигательной активностью, применяемых детьми в ходе упражнения.
5. Обсуждение занятия.
6. Прощальный ритуал.

Занятия 5-6

1. Игра-приветствие.
2. Рисование на тему «Мои достижения в...», «Мои увлечения», Обсуждение стратегий, применяемых детьми в повседневной жизни, способствующих достижению успехов в различных видах деятельности.
3. Упражнение на повышение самооценки. Обсуждение стратегий, используемых каждым ребенком для повышения самооценки.
4. Игра «Замри» или любая игра, направленная на осуществление контроля над мышечной активностью.
5. Обсуждение занятия.
6. Прощальный ритуал.

Занятие 7

1. Игра-приветствие.
2. Рисование на тему «Я счастлив, я доволен». Обсуждение.
3. Упражнение на релаксацию мышц «Драка».
4. Упражнение на снятие мышечного напряжения. Упражнение стратегий, способствующих снятию мышечного напряжения, предложение психологом новых стратегий и обучение им.
5. Обсуждение занятия.
6. Прощальный ритуал.

Занятия 8-9

1. Игра-приветствие.
2. Упражнение «Два дома».
3. Упражнение «Черепаша».
4. Упражнение на контроль двигательной активности. Обсуждение техник и индивидуальных приемов, которые были использованы каждым ребенком в процессе выполнения данного упражнения.
5. Обсуждение занятия.
6. Прощальный ритуал.

Занятия 10-11

1. Игра-приветствие.
2. Рисование на тему «Мой друг», «Мои любимые герои из сказок (кинофильмов)». Обсуждение.
3. Упражнение на контроль мышечной активности. Обсуждение техник и индивидуальных приемов, которые были использованы каждым ребенком в процессе выполнения данного упражнения.

4. Работа с плакатом «Как я контролирую свой гнев» (Монина Г. Б., Лютова-Робертс Е. К., 2006).
5. Обсуждение занятия.
6. Прощальный ритуал.

Занятие 12

1. Игра-приветствие.
2. Упражнение на умение направлять гнев в «нужное русло». Обсуждение стратегий, техник и приемов, используемых детьми для осуществления контроля над своим гневом.
3. Игра «Обезьянка из Бразилии».
4. Обсуждение занятия.
5. Прощальный ритуал.

Занятия 13-14

1. Игра-приветствие.
2. Рисование на тему «Я сегодня вот такой...». Обсуждение.
3. Упражнение на контроль импульсивности. Обсуждение стратегий, используемых в ходе упражнения.
4. Игра «Четыре стихии».
5. Обсуждение занятия.
6. Прощальный ритуал.

Занятие 15

1. Игра-приветствие.
2. Рисование на тему «Как хорошо, что завтра...». Обсуждение.
3. Работа с плакатом «Как я контролирую свой гнев».
4. Упражнение на формирование умения направлять гнев в «нужное русло».
5. Обсуждение занятия.
6. Прощальный ритуал.

Занятие 16

1. Игра-приветствие.
2. Рисование на тему «Чему я научился в группе». Обсуждение.
3. Упражнение на осуществление контроля над гневом.
4. Игра по выбору участников.
5. Обсуждение занятия. Дети рассказывают по очереди, какие игры, упражнения, рисунки им понравились больше всего и почему. Затем каждый ребенок благодарит кого-либо из присутствующих детей за что-то. Например: «Спасибо, Егор, за то, что ты...»
6. Прощальный ритуал. Кроме обычного ритуала прощания каждый ребенок формулирует пожелание для самого себя, на пример: «Я хочу пожелать себе, чтобы...»

Приложение 3

ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА С УЧЕТОМ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ УЧАЩИХСЯ

1. Мультисенсорный подход к обучению: подачу нового учебного материала и проверку знаний желательно осуществлять с наиболее выраженными учебными стилями ребенка, а закрепление пройденного в классе материала — с выраженными более слабо (Ливер Б. Л., 1995).
2. Смена видов деятельности в зависимости от степени утомляемости ребенка.
3. Реализация двигательной потребности ребенка (выполнение поручений учителя, требующих двигательной активности: раз дать тетради, стереть с доски и т. д.).
4. Снижение требований к аккуратности на первых этапах обучения; поощрения за работу, выполненную ребенком чуть аккуратнее, чем предыдущая.
5. Выполнение упражнений на релаксацию и снятие мышечных зажимов.
6. Инструкции учителя должны быть четкими и немногословными; тон учителя — нейтральным, слова и фразы — понятными ребенку (как показала практика, иногда даже знакомые и часто употребляемые нами слова дети понимают не так, как мы могли бы предположить).
7. Проверка знаний ученика с СДВГ в начале урока.
8. Избегание категоричных запретов.
9. При необходимости — объяснение материала ребенку индивидуально (один на один).
10. Снижение объема рукописных текстов: использование рабочих тетрадей, выполнение ряда упражнений на компьютере, отказ от практики «переписывания» неаккуратных работ, от выполнения заданий на черновиках.
11. Предоставление ребенку моментальной обратной связи: поощрения, наказания — непосредственно вслед за событием.
12. Соблюдение четких временных интервалов начала и окончания урока, недопустимость лишения активного отдыха на перемене в качестве наказания.
13. Четкий (но не оскорбляющий) контроль над выполнением ребенком заданий: регулярная проверка тетрадей, дневника, устный опрос.
14. По возможности предоставление ребенку с СДВГ первой парты, где учителю легче контролировать его поведение, а «зрителей» вокруг него и возможностей отвлекаться — меньше. Объясняя учебный материал, желательно для получения обратной связи чаще смотреть в глаза ребенку.
15. Соотнесение объема учебного материала с объемом внимания ребенка: уменьшение объема задания, дополнительное время для завершения начатого задания, перерывы между заданиями, требующими активного внимания, подача за короткий промежуток времени только небольшого объема нового материала и др.
16. Развитие навыков самоконтроля: после инструкции учителя ребенок дублирует его слова, обращаясь к одноклассникам, которым тоже предстоит выполнить это же задание. В случае индивидуальной работы ребенок перед началом работы дает себе сам советы: на что, по его мнению, необходимо обратить внимание при выполнении задания. При необходимости ребенок с помощью взрослого (или самостоятельно) составляет письменный алгоритм, в соответствии с которым будет работать.
17. Обучение ребенка навыкам планирования своей деятельности (составление списка необходимых действий и последовательное вычеркивание по их завершении.)

Обучение учащегося конструктивным формам взаимодействия с педагогом и сверстниками на уроке

1. Отработка навыков выражения гнева в приемлемой форме.
2. Демонстрация учителем неагрессивного поведения, доброжелательного спокойного отношения. Недопустимы (даже в экстремальной ситуации) вербальные оскорбления, физическое насилие.
3. Обучение конструктивным способам разрешения конфликтов на уроке.
4. Обучение ребенка адекватным способам выражения просьбы к учителю, одноклассникам во время урока.

Как показала практика, использование приведенных принципов и приемов взаимодействия с гиперактивными детьми на уроках помогает им адаптироваться к школьным условиям, выявить собственные сильные стороны и стать успешными учениками.

Приложение 4

ПРАВИЛА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ И ВОСПИТАТЕЛЕЙ ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ С ГИПЕРАКТИВНЫМИ ДЕТЬМИ

Специалисты (А. Л. Сиротюк, Ю. С. Шевченко, Н. Н. Заваденко, Г. Б. Моница, Е. К. Лютова-Робертс, Л. С. Чутко и др.), работающие с детьми с СДВГ, приводят следующие рекомендации:

1. Уважайте ребенка и принимайте его таким, как он есть. Будьте реалистичны в ваших ожиданиях и требованиях.
2. Поддерживайте дома четкий распорядок дня. Из дня в день время приема пищи, выполнения домашних заданий и сна должно соответствовать этому распорядку. Расписание нужно поместить так, чтобы ребенок мог его видеть. Эффективный способ напоминания для детей с СДВГ — применение специальных листов-памяток, которые напоминают о важнейших делах и вывешиваются на видном месте. Кроме текста на этих листах можно разместить соответствующие рисунки. После выполнения какого-либо задания ребенок должен сделать определенную пометку.
3. Избегайте повторения слов «нет» и «нельзя».
4. Говорите сдержанно, спокойно, мягко.
5. Для подкрепления устных инструкций используйте зрительную стимуляцию.
6. В определенный отрезок времени давайте ребенку только одно задание, чтобы он мог его завершить.
7. Избегайте мест и ситуаций, где собирается много людей. Пребывание в крупных магазинах, на рынках, в ресторанах оказывает на ребенка чрезмерно стимулирующее действие. Во время игр ограничивайте ребенка одним партнером.
8. Поощряйте ребенка за все виды деятельности, требующие концентрации внимания (работа с кубиками, раскрашивание и т. п.).
9. В отношениях с ребенком придерживайтесь «позитивной модели». Хвалите его каждый раз, когда он этого заслужил, подчеркивайте успехи. Это поможет укрепить уверенность ребенка в собственных силах, повысит его самооценку. Поощряйте ребенка сразу же, не откладывая на будущее.
10. Давайте ребенку возможность для расходования избыточной энергии. Полезны ежедневные физические занятия на свежем воздухе, длительные прогулки, бег.
11. Оберегайте ребенка от утомления, поскольку оно приводит к снижению у него самоконтроля и нарастанию гиперактивности.
12. Ограничивайте выбор, но не навязывайте его.
13. Научите ребенка устраивать тихие перерывы.
14. Заранее договаривайтесь с ребенком о времени игры, о длительности прогулки и т. д. Желательно, чтобы об истечении времени ребенку сообщал не взрослый, а заведенный заранее будильник, кухонный таймер, что будет способствовать снижению агрессии ребенка.

15. Выработайте совместно с ребенком систему поощрений и наказаний за желательное и нежелательное поведение.
16. Выработайте и расположите в удобном для ребенка месте свод правил поведения в группе детского сада, в классе, дома. Просите ребенка вслух проговаривать эти правила.
17. Постарайтесь создать для ребенка тихую спокойную атмосферу в доме, следите за тем, чтобы звук телевизора, магнитофона или радио был слегка приглушенным, старайтесь не разговаривать друг с другом или с ребенком на повышенных тонах.
18. Постоянно общайтесь с ребенком, читайте ему книги и обсуждайте их вместе, просите его помочь вам в выполнении домашних дел, дарите ему свое внимание и тепло. Относитесь с должным пониманием к проявлению его индивидуальных особенностей.
19. Зная своего ребенка, проанализируйте, в какие часы суток и дни недели он допускает неадекватное поведение, и спланируйте это время так, чтобы отвлечь ребенка каким-то интересным занятием, привлекательным для него и дающим возможность реализовать накопленную энергию и чувства.
20. Будьте последовательны в своем воспитании. Если вы что-то запретили ребенку, то нельзя отменять этот запрет без каких-либо веских причин. Если вы попросили ребенка о чем-то, добейтесь, чтобы он выполнил вашу просьбу, и поблагодарите его за это. Требований и запретов к гиперактивным детям должно быть немного, но взрослые должны быть тверды и последовательны. Нельзя поддаваться настроению и в одних и тех же ситуациях то хвалить, то ругать, то оставаться безразличным к ребенку. Следите четко за выполнением ваших требований.
21. Инструкции, которые мы даем ребенку, должны быть понятными для него и очень короткими (желательно не более 10 слов). Чтобы импульсивный ребенок понял вас, прежде чем что-то сказать, продумайте и взвесьте каждое слово, затем установите контакт глаз с ребенком, спросите, готов ли он вас слушать, и после этого говорите, подчеркивая голосом все ключевые слова.
22. В минуты, когда ребенок плохо понимает вас и не слушает, что вы ему говорите, используйте технику «заезженной пластинки» — уверенным голосом повторите свое обращение к нему слово в слово 3—4 раза, делая длинные паузы. Обязательно добейтесь своего, не меняя тактики. Когда ребенок выполнит вашу просьбу, похвалите его или просто скажите спасибо.
23. Научите ребенка способам совладания с гневом, ведь ребенок иногда и сам теряет от бурных проявлений собственных эмоций. Объясните ему, что он имеет право на любые эмоции, но при этом покажите ему безопасный способ их проявления.
24. Иногда гиперактивный ребенок, перевозбудившись, не может сам остановиться. Помогите ему, например, если это приятно ему, вместо нотаций и замечаний просто подойдите и крепко обнимите его. Иногда в такие минуты можно даже почувствовать, как ребенок «сдувается, будто воздушный шарик», прижимается к вам. Воспользуйтесь минутой затишья и предложите ребенку посидеть, полежать вместе, почитать книжку.
25. Старайтесь предотвращать плохое поведение ребенка. О том, что он должен делать в поездке или в походе в магазин, договаривайтесь с ним заранее. Скажите ему, что при переходе через дорогу он должен держать вас за руку, а в магазине стоять рядом и если он выполнит эти ваши просьбы, он получит небольшую награду.
26. Иногда родители в порыве гнева и нетерпения в ответ на бурные проявления и непослушание шлепают ребенка, однако эта мера воздействия может только усилить реакцию и вызвать негативные эмоции, протест ребенка. Кроме того, скорее всего, ребенок очень скоро переймет вашу манеру поведения в подобных ситуациях и будет позволять себе в общении со сверстниками и с вами проявлять агрессивные чувства и действия.
27. Используйте систему своеобразной «скорой помощи» при общении с гиперактивным ребенком:

- предложить выбор (другую возможную в данный момент деятельность);
- задать неожиданный вопрос; отреагировать неожиданным для ребенка образом (пошутить, повторить действия ребенка);
- не приказывать, а просить (но не заискивать);
- выслушать то, что хочет сказать ребенок (в противном случае он не услышит вас);
- сфотографировать ребенка или повести его к зеркалу в тот момент, когда он капризничает;
- оставить в комнате одного (если это безопасно для его здоровья);
- не настаивать на том, чтобы ребенок во что бы то ни стало принес извинения;
- не читать нотаций (ребенок все равно их не слышит);
- в некоторых случаях в подростковом возрасте возможно заключение формальных договоров-контрактов, в которых закрепляются определенные обязанности за ребенком и поощрение родителей.

Приложение 5

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ТРЕНИНГА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ С ДЕТЬМИ

Проблемы воспитания гиперактивного ребенка в семье иногда возникают уже с первых месяцев его жизни. Наиболее остро они проявляются с момента начала посещения детских образовательных учреждений (яслей, детского сада, школы, кружков и спортивных секций). Несмотря на то что в деле воспитания ребенка принимают участие и стараются помочь многие (воспитатели, учителя, руководители кружков), семья несет основной груз ответственности за поведение сына или дочери.

Чтобы найти подход к ребенку, создать благоприятную для его развития психологическую атмосферу в семье, родители читают соответствующую литературу (зачастую противоречивую), обращаются к специалистам, советуются со знакомыми и родственниками. Безусловно, полученные ими знания пригодятся в процессе воспитания их ребенка. Вместе с тем взаимодействие с гиперактивным ребенком может стать еще эффективнее, если мамы и папы получат соответствующие навыки в тренинговой группе.

Выполнение ряда упражнений и участие в дискуссиях, играх и обсуждениях позволит им научиться не только лучше понимать сына или дочку, но и увидеть их сильные стороны. Кроме того, родители получают возможность проанализировать свои стратегии взаимодействия с ребенком, выбрать оптимальные.

Мы предлагаем цикл совместных занятий для родителей и детей с СДВГ. При формировании группы ведущий (тренер) приглашает к участию семейные диады (мама и ребенок, папа и ребенок, бабушка и ребенок и др.), информирует участников о цели проведения занятий и о ряде условий, которые необходимо выполнять. Одно из условий — обязательное участие в работе не только ребенка, но и родителя. В том случае, если постоянно участвующий в тренинге родитель не может прийти на одно из занятий, на тренинг вместо него может прийти другой член семьи (бабушка, старший брат или сестра и др.). Посещение занятий только одним членом диады (только ребенком или только взрослым — в случае болезни ребенка)

нецелесообразно, поскольку большинство упражнений проводится в парах и рассчитано на отработку навыка взаимодействия друг с другом.

Предлагаемый нами цикл занятий носит примерный характер. Желающие могут как использовать любые игры и упражнения в предложенном нами варианте, так и включить их в собственную программу. Более подробно игры для работы с гиперактивными детьми описаны нами в книгах «Шпаргалка для взрослых» (Лютова Е. К., Монина Г. Б., 2003), «Тренинг эффективного взаимодействия с детьми» (Лютова Е. К., Монина Г. Б., 2006), «Тренинг общения с ребенком» (Лютова Е. К., Монина Г. Б., 2002).

Цель цикла занятий: оптимизация детско-родительских отношений в диаде «гиперактивный ребенок—родитель».

Задачи:

- обучение родителей эффективным приемам общения с гиперактивным ребенком;
- обучение родителей приемам развития внимания, контроля над активностью и импульсивностью ребенка;
- обучение родителей способам взаимодействия с гиперактивным ребенком в экстремальных ситуациях.

Условия проведения занятий

1. Возрастной диапазон детей, участвующих в тренинге: от пяти до семи лет.
2. Оптимальное число участников тренинга — три-четыре семейные диады (родитель—ребенок). В некоторых случаях возможно большее число диад при условии, что все дети будут находиться под контролем взрослых.
3. Ведущие тренинга: желательно, чтобы занятия проводили одновременно два тренера-ведущих (два психолога, психолог и педагог, два педагога, психотерапевт, психоневролог). Такая организация тренинга позволяет выделить время для беседы психолога (педагога) с родителями, в это время дети будут выполнять упражнения под присмотром другого ведущего.
4. Время проведения занятий: занятия целесообразно проводить в часы максимальной работоспособности: утром с 10 до 12 часов, вечером с 16 до 18 часов. Достаточно одной встречи в неделю.
5. Продолжительность каждого занятия: 40—60 минут (в зависимости от возрастных и индивидуальных особенностей участников, от их желания).

Приложение 6

ПРОГРАММА ТРЕНИНГА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ С ДЕТЬМИ

Занятие первое «Знакомство»

План

1. Представление ведущих.
2. Знакомство друг с другом.
3. Упражнение: «На тренинге можно ..., на тренинге нельзя...»
4. Игра «Похвалилки».
5. Упражнение-дискуссия «Жетоны».
6. Обсуждение итогов занятия.

1. Представление ведущих (тренеров)

Цель. Знакомство участников с ведущими, создание доброжелательной атмосферы.

Содержание. Ведущие в нескольких словах рассказывают о себе; показывают небольшой мяч или мягкую игрушку и объясняют, что право голоса будет иметь тот, кто держит в руках этот мяч (игрушку). Если у детей или взрослых есть вопросы, связанные с ходом занятий, тренер может ответить на них.

2. Знакомство друг с другом (Карпова Е. В., Лютова-Робертс Е. К.)

Цель. Знакомство друг с другом, развитие коммуникативных склонностей, произвольного внимания и памяти в слуховой и зрительной модальностях.

Содержание. Группа делится на две подгруппы: детей и взрослых. Дети остаются в кругу с одним тренером, в то время как взрослые отходят в сторону или образуют еще один круг с другим тренером.

Взрослые решают вопрос о том, как дети будут называть их в ходе занятий. Тренер может предложить следующие варианты:

- называть родителей по имени-отчеству; по именам;
- неформальные обращения, например, «тетя Таня» или «папа Сережи» и т. д.

Могут быть предложены и другие варианты по усмотрению группы.

В это время дети садятся в круг, тренер передает по кругу мяч и каждый ребенок, держа мяч, называет свое имя. Далее в зависимости от активности детей может быть повторено либо это же задание, либо каждый ребенок, называя свое имя, повторяет имена одного или двух предыдущих соседей.

Если после этого дети недостаточно хорошо запомнили имена друг друга, можно дополнительно предложить один из следующих вариантов игры-знакомства.

«Как тебя зовут?» Каждый держащий мяч в руке называет свое имя и бросает мяч тому, чье имя плохо запомнил или забыл. Получивший мяч продолжает игру таким же образом.

«Кто я?» Выбирается водящий, который встает спиной к группе и считает до трех. В это время дети меняются местами. Водящий поворачивается и называет имя каждого.

После того как дети хорошо запомнили имена друг друга, тренер приглашает взрослых присоединиться к ним; образуется один большой круг. Взрослые называют свои имена и вместе с детьми повторяют одну из двух игр: «Как тебя зовут?» либо «Кто я?».

3. Упражнение «На тренинге можно... на тренинге нельзя...»

Цель. Обучение родителей составлению правил и ограничений вместе с ребенком.

Содержание. Для данного упражнения понадобятся ручки или карандаши и бумага (чистые листы бумаги либо заранее заготовленные бланки).

Участники сидят в кругу. Тренер спрашивает детей, знают ли они, для чего они сюда пришли и что будут делать. Далее тренер объясняет, что их встречи будут называться «тренинг», что на тренинг люди обычно приходят для того, чтобы общаться друг с другом и поучиться чему-либо новому. Но чтобы тренинг был интересным для всех, необходимо выполнять определенные правила, которые обычно составляются тренерами и участниками. Итак, давайте составлять правила! Для этого надо придумать три пункта, что можно делать на тренинге, и один — что нельзя («На тренинге можно..., на тренинге нельзя...»).

Тренер может раздать родителям заготовленные бланки (образец такого бланка приводится ниже) и прочитать первое правило: «На тренинге можно смеяться, говорить все, что ты хочешь, вставать с места, на тренинге нельзя перебивать других». Далее упражнение проходит в семейных диадах (родитель—ребенок). Каждый родитель составляет со своим ребенком правила по приведенному выше образцу, организуя рабочее пространство удобным для них образом (можно поставить стулья в любом уютном месте, сесть на ковер, за стол и т. д.).

Оба тренера наблюдают за работой участников и в случае необходимости помогают взрослому наладить работу внутри диады. Например, если мама предъявляет к ребенку слишком высокие требования, заставляя его делать то, к чему он физиологически еще не готов, можно тихонько

объяснить ей, что это нормально, если ребенок поработает две-три минуты, потом пробежит из одного конца помещения в другой и вернется назад.

После того как правила составлены, все участники возвращаются в круг и по очереди их читают. Затем тренер, опираясь на составленные участниками правила, делает обобщение о том, что можно делать на тренинге, а что нельзя.

Образец бланка к упражнению

Составьте, пожалуйста, правила поведения на тренинге, используя данный шаблон:

На тренинге можно:

- 1.
- 2.
- 3.

На тренинге нельзя:

- 1.
- 2.
- 3.

4. Игра «Похвалилки»

Цель. Знакомство участников друг с другом, повышение самооценки и статуса детей с СДВГ.

Содержание. Все участники встают в круг. Ведущий (тренер) выходит на середину круга и говорит: «Я умею хорошо...», называя то действие, которое ему, на его взгляд, удастся хорошо выполнять. Если кто-то из стоящих в кругу тоже умеет это делать, он делает шаг вперед и говорит: «И я тоже умею хорошо...» Если никто из присутствующих не может присоединиться к ведущему, то вся группа аплодирует и говорит: «Вот это здорово!»

После ведущего все участники по желанию могут выходить на середину круга и заявлять о своих умениях. Причем каждый может похвалить себя столько раз, сколько ему хочется.

Рекомендации ведущему. Как правило, дети с СДВГ сами выходят в круг (иногда не соблюдая очередности). Но бывают случаи, когда кто-то из детей стесняется, тогда инициативу могут взять на некоторое время взрослые.

На первых этапах игры чаще всего и дети, и взрослые называют очевидные и престижные умения: «Я умею читать», «Я умею чистить картошку», «Я умею водить автомобиль». Однако на последующих этапах взрослые могут в перечень «достойных» качеств и поступков включать такие нравственные понятия, как «Я умею хранить секреты», «Я умею дружить», «Я умею любить свою доченьку» и др.

Проведение этой игры помогает установить в группе позитивную эмоциональную атмосферу, изначально принять каждого участника как успешного человека, что особенно важно при общении с детьми с СДВГ.

Желательно, чтобы во время проведения игры один из тренеров сидел за кругом и записывал имена участников и названные ими умения. После проведения игры этот тренер обсуждает с родителями выявленные стратегии участников. Очень важно проследить, к чему стремился каждый ребенок, какая потребность была для него ведущей: оказаться в центре круга и заслужить аплодисменты (тогда он называл качество или действие, которым вряд ли кто-то, кроме него, мог похвастаться) или стать частью общей группы, найти единомышленников (тогда он заведомо называл то, что свойственно многим участникам).

В это время второй тренер проводит с детьми экскурсию по помещению, объясняя им назначение определенных зон (зона для занятий, игровая зона, уголок уединения и т. д.).

5. Упражнение-дискуссия «Жетоны»

Цель. Повышение уровня мотивации участия в тренинге гиперактивных детей, обучение родителей способам управления поведением ребенка.

Содержание. Участники тренинга сидят в кругу. Тренер задает вопросы: «Каких людей, по их мнению, можно назвать дружными? Кто такие дружные люди? Что они делают, чтобы быть дружными?»

После короткой дискуссии тренер говорит о том, что сегодня и на всех последующих встречах будет проводиться необычный конкурс, в ходе которого будут выявлены все дружные команды «мама—ребенок». Конкурс будет проводиться так: после выполнения некоторых упражнений дружным семейным диадам будут выдаваться жетоны.

В последний день жетоны можно будет обменять на какой-либо приз.

Примечание. Тренер может заранее обсудить с родителями возможные варианты награждения.

6. Обсуждение итогов занятия

Цель. Обсуждение стратегий взаимодействия с детьми с СДВГ.

Содержание. Обсуждение каждый раз проводится дважды. Первый раз со всеми участниками, второй раз — только со взрослыми.

Сначала участники тренинга собираются в круг. Тренер просит обсудить внутри диады, что больше всего понравилось на тренинге, что — меньше всего, что бы они хотели делать на следующем занятии. На обсуждение в диадах тренер выделяет несколько минут, затем просит по очереди выступить одного представителя из каждой диады. После всех выступлений тренер подводит итог: «Любимыми играми и упражнениями сегодня стали..., меньше всего понравилась группе игра..., на следующем занятии большинство участников хотели бы...». После этого детям предлагается поиграть под наблюдением одного из тренеров (это может быть как коллективная игра, в которую вовлечен каждый ребенок, так и свободная игра в специально отведенном безопасном уголке). В это время взрослые делятся друг с другом имеющимся и приобретенным в ходе тренинга опытом, задают вопросы тренеру и т. д. В качестве домашнего задания тренер предлагает использовать техники взаимодействия с ребенком, с которыми участники познакомились на тренинге.

Занятие второе «Общение с ребенком»

План

1. Приветствие.
2. Упражнение «Умельцы».
3. Игра «Подпрыгни, пожалуйста».
4. Упражнение «Цветик-семицветик».
5. Обсуждение итогов занятия.

1. Приветствие

Цель. Вспомнить имена всех участников занятий.

Содержание. Перед началом проведения упражнения группа садится в круг и тренер объясняет участникам, как все будут приветствовать друг друга. Для этого всем надо встать и начать ходить в свободном направлении по комнате, здороваясь с каждым участником группы за руку и произнося слова: «Здравствуй, Сережа!» или «Здравствуйте, тетя Таня!» и т. д. Если кто-то из участников забудет чье-нибудь имя, прежде чем поздороваться, он может спросить: «Как тебя (вас) зовут?» или «Напомни, пожалуйста, свое имя» и т. д. Обязательно надо поздороваться с каждым и каждого назвать по имени.

2. Упражнение «Умельцы»

Цель. Продолжение знакомства участников, формирование внимательного отношения к окружающим людям, развитие внимания, памяти.

Содержание

Вариант 1

Ведущий говорит: «Среди нас сегодня есть участники, которые очень хорошо умеют делать многое в жизни. Сейчас я буду называть действия, а вы — участника, который это умеет делать». Но прежде, чем назвать имя, нужно быстро поднять руку и попросить у ведущего мяч.

Вариант 2

Проводится аналогично варианту 1, но ведущий называет не действие или качество, а имя. Участники вспоминают, что этот конкретный человек умеет делать.

Этот вариант является более сложным, потому что, как правило, каждый ребенок или взрослый на предыдущем занятии выходил в круг 3—4 раза (иногда и более).

Вариант 3

Ведущий называет качество или действие и просит встать (похлопать в ладоши, подпрыгнуть, присесть) всех, кто считает, что это относится к нему. Причем присоединиться может любой, даже тот, кто на прошлом занятии не признался в данном умении.

Этот вариант помогает объединить группу, поскольку участники видят, как много у них общих умений и качеств.

3. Игра «Подпрыгни, пожалуйста» (Модификация игры «Саймон сказал» или «Пожалуйста»)

Цель. Развитие внимания в слуховой модальности.

Содержание. Перед началом игры все участники встают в круг. Тренер просит детей назвать «волшебные» или вежливые слова: «спасибо» и «пожалуйста». Далее тренер сообщает участникам, что он будет просить их выполнить некоторые команды, а участники будут выполнять их только в том случае, если тренер попросит об этом вежливо и скажет «пожалуйста». Если тренер забудет сказать «волшебное» слово, команду выполнять не надо. Например: «Подпрыгните, пожалуйста» (все участники выполняют команду), «а теперь хлопните в ладоши три раза» (команда не выполняется).

Затем тренер просит кого-либо из участников побыть в роли ведущего.

4. Упражнение «Цветик-семицветик»

Цель. Обучение навыкам взаимопонимания, вербализации своих мыслей и чувств.

Содержание. Каждая диада получает цветок с семью лепестками, на каждом из которых сформулированы незаконченные предложения и оставлено свободное место для ответов. Прежде чем участники приступят к работе, тренер собирает всех в кругу и объясняет правила выполнения упражнения, продемонстрировав ответы на собственном примере. Затем упражнение проходит в диадах. Взрослый и ребенок по очереди завершают предложения. Если ответы в диадах решено давать письменно, можно взять лепестки домой и попросить других членов семьи продолжить предложения. Ответы на вопрос должны быть краткими.

Варианты незаконченных предложений на лепестках могут быть следующими:

Я радуюсь, когда...

Мне весело, когда...

Я волнуюсь, когда...

Я огорчаюсь, когда...

Мне хочется плакать, когда...

Я люблю, когда...

Я хочу, чтобы ты...

Обсуждение. После окончания упражнения представители диад делятся своими впечатлениями в свободной форме, по желанию могут рассказать, что их удивило в ответах партнера.

5. Обсуждение итогов занятия

Проводится по аналогии с предыдущим занятием.

Занятие третье «Развитие внимания»

План

1. Приветствие.
2. Игра «Послушай тишину».
3. Игра по желанию участников.
4. Упражнение «Красный карандаш и зеленая ручка».
5. Обсуждение итогов занятия.

1. Приветствие (Карпова Е. В., Лютова-Роберте Е. К.)

Цель. Формирование положительного настроения на занятие.

Содержание. Участники ходят по аудитории и здороваются друг с другом за руку. По сигналу колокольчика все прячут руки за спину и здороваются друг с другом кивком головы.

2. Игра «Послушай тишину»

Цель. Развитие внимания в слуховой модальности.

Содержание. По первому сигналу колокольчика, данному тренером, участники начинают двигаться по комнате, бегать, кричать, стучать. По второму сигналу они должны быстро сесть на стулья, закрыть глаза и прислушаться к тому, что происходило вокруг них. По третьему сигналу участники возвращаются в свои диады и обсуждают, что было ими услышано. Игру можно повторить несколько раз.

Обсуждение. Сначала обсуждение проходит в диадах, потом один представитель диады рассказывает группе о том, что было услышано семейной парой.

3. Игра по желанию участников

Цель. Создание хорошего настроения, активизация участников группы.

Содержание. Тренер спрашивает у участников, в какую игру они хотели бы поиграть.

Выбирается игра, в которую хочет играть большинство. В конце занятия перед обсуждением тренер дает участникам домашнее задание: придумать веселую игру.

4. Упражнение «Красный карандаш и зеленая ручка»

Цель. Развитие внимания и кратковременной памяти в слуховой модальности.

Содержание. Для данного упражнения понадобится несколько наборов картинок (по числу семейных диад). Каждый набор содержит по 12—15 картинок. На картинках изображены либо контуры простых предметов, либо геометрические фигуры. Причем одно и то же изображение должно повторяться три раза, при этом меняется только цвет. Например, набор может содержать три треугольника: желтый, красный и зеленый, три квадрата, три круга и три звездочки соответствующих цветов (желтый, красный, зеленый). Другой возможный вариант: три контура домиков, три контура флажков, три контура самолетов разных цветов и т. д. Картинки раскладываются на столах изображениями вверх. Столы стоят в одну линию, причем у каждой диады свой стол. Участники тренинга сидят в другом конце помещения (каждая диада напротив своего стола).

Взрослый подходит к столу, знакомится с картинками, затем возвращается к ребенку и просит его: «Принеси мне, пожалуйста, зеленый квадрат». Ребенок бежит к столу и приносит картинку. Если ребенок выполнил задание верно, его очередь просить взрослого принести задуманную им картинку. Если упражнение становится легким, его можно усложнить.

Взрослый просит ребенка принести две картинки, например «зеленый квадрат и красный круг». Когда наступает очередь взрослого идти за картинкой, он намеренно приносит неверный вариант, например вместо красного круга красный треугольник, таким образом

снова проверяя внимание ребенка. Если ребенок не заметит ошибку взрослого, тот спрашивает его: «Все правильно? Я не помню, ты просил принести красный круг или треугольник?» Данное упражнение легко проводить в неформальной обстановке. И любой момент можно сказать ребенку: «Принеси, пожалуйста, из своей комнаты красный карандаш и зеленую ручку». После небольшой тренировки признаки можно усложнить: цвет заменить формой, количеством и другими признаками. Например: «Принеси, пожалуйста, с кухни чайную ложку и два лавровых листа». Когда ребенок сможет безошибочно выполнять данные поручения, упражнение снова можно усложнить за счет увеличения количества заданий и признаков: «Положи, пожалуйста, эту ручку в ящик, принеси из ящика почтовую марку и наклей ее на конверт, а я пока позвоню бабушке» и т. д.

5. Обсуждение итогов занятия

В процессе обсуждения важно, чтобы родители осознали и вербализовали мысль о том, что тренировкой внимания и памяти ребенка можно заниматься не только в процессе академических занятий, но и в форме игры. Кроме того, тренер может отметить одну из сильных сторон детей с СДВГ, проявленную в играх: дети, как правило, очень быстро вникают в правила игры и быстро реагируют на изменяющуюся обстановку.

Занятие четвертое «Преодоление импульсивности»

План

1. Приветствие.
2. Игра «Кто последний».
3. Игра «Говори».
4. Игра «Черепашка».
5. Обсуждение итогов занятия.

1. Приветствие (Карпова Е. В., Лютова-Робертс Е. К.)

Цель. Создание положительного рабочего настроения участии-ков.

Содержание. Каждый участник берет в руки по игрушке, затем все начинают перемещаться по комнате и здороваться примерно следующим образом: «Привет, Сережа, привет, заяц», «Привет, тетя Таня,] привет, медведь» и т. д.

Обсуждение. Проходит в свободной форме.

2. Игра «Кто последний»

Цель. Тренировка навыков саморегуляции, внимания.

Содержание. Ведущий загадывает загадки. Участники, который знает ответ, поднимают руку (тот, кто выкрикнул ответ, не подняв предварительно руку, штрафуются: выходит из круга и теряет право отвечать на следующий вопрос). Ведущий же спрашивает того, кто последним поднял руку

3. Игра «Говори...»

Цель. Развитие умения контролировать импульсивные действия.

Содержание. Тренер говорит: «Я буду задавать вам вопросы, простые и сложные. Но отвечать на них можно будет только тогда, когда я дам команду "Говори". Давайте потренируемся:

"Какое сейчас время года? (тренер делает паузу). Говори.' Какого цвета занавески в нашей группе? ... Говори. Какой сегодня день недели? Говори..."»

Сначала игра проходит в кругу, затем в диадах. Взрослый и ребенок по очереди задают друг другу вопросы и подают сигнал «Говори». Впоследствии родители могут играть с детьми в эту игру дома.

Обсуждение. Обсуждение игры проходит в кругу.

4. Игра «Черепашка»

Цель. Научить детей контролировать свои действия, слушать и понимать инструкцию взрослого.

Содержание. Участники встают по одну сторону ковра, тренер стоит на другой стороне, напротив. По его команде участники должны двигаться к нему. Их задача — идти как можно медленнее. Побеждает тот, кто придет последним. Стоять на одном месте нельзя.

Обсуждение. В процессе обсуждения дети рассказывают, трудно ли им было двигаться медленно и как им удалось это сделать.

5. Обсуждение итогов занятия

Пока взрослые обсуждают проведенное занятие, дети с ведущим могут смастерить по аналогии с дорожным знаком знак «Стоп», который поможет им в дальнейшем избежать импульсивных поступков (Лютова Е. К., Молина Г. Б., 2000). Дети могут носить знак в кармане и в тот момент, когда им надо остановиться, они могут его достать, посмотреть на него и с достоинством выйти из сложной ситуации.

В качестве домашнего задания тренер просит участников по возможности зафиксировать удачные случаи применения сделанного ими на занятиях знака.

Занятие пятое

«Осуществление контроля над активностью»

План

Приветствие.

Игра «Сделай так».

Игры, придуманные участниками группы.

Планирование и обсуждение последнего занятия.

Обсуждение итогов занятия

1. Игра-приветствие

Ведущий перечисляет игры-приветствия, проведенные на предыдущих занятиях, спрашивает участников (детей и взрослых), какая из них больше всего понравилась. Затем просит присутствующих придумать еще какие-либо способы приветствия. Группа выбирает 1—2 способа из предложенных, участники здороваются этим способом друг с другом.

Ведущий спрашивает детей, помогли кому-то из них изготовленный на предыдущем занятии знак «Стоп». Дети рассказывают ситуации.

2. Игра «Сделай так» (Черепанова Г. Д.)

Цель. Развитие мышечного контроля, умения владеть своим телом.

Содержание. На столе у взрослого разложены карточки с изображением человечков, выполняющих различные движения. Тренер показывает участникам карточки и объясняет, какие действия изображены на каждой из них. Затем взрослый дает инструкцию: «По моему сигналу все должны подойти к столу и взять по одной карточке. Я буду считать от одного до десяти, а вы в это время будете выполнять то, что изображает человечек на выбранной вами картинке. Например, тот, кто возьмет карточку с сидящей на стуле фигуркой, должен сесть на стул. Кому достанется карточка с танцующей фигуркой, должен танцевать, и т. д. На счет "десять" все заканчивают выполнение задания и садятся в круг». Игру можно повторить несколько раз.

Обсуждение. Проходит в свободной форме.

3. Игры, придуманные участниками группы

Цель. Развитие творческого мышления, речи, создание непринужденной, творческой атмосферы в группе.

Содержание. Участники рассказывают правила игр, которые они придумали сами, а группа решает, в какие из них можно поиграть сейчас на занятии.

Если предложений участников недостаточно, тренер предлагает приготовленные им дома варианты игр.

4. Планирование и обсуждение последнего занятия

Цель. Обучение родителей способам совместного с ребенком планирования мероприятий.

Содержание. Тренер объявляет группе, что следующее занятие — последнее, и говорит о том, что планировать его будут все вместе. Для этого каждая диада сначала должна обсудить, чем бы она хотела заниматься, а затем выбрать одно упражнение или игру, которая устраивает

обоих. Игра может быть взята из предыдущих занятий или придумана участниками. После того как диады сделали свой выбор и рассказали о нем в кругу, совместно составляется план следующего занятия. Если поступят какие-либо интересные предложения (устроить чаепитие, провести занятие на улице, поиграть в настольную игру, сделать совместную аппликацию, поделку и т. д.), они также обсуждаются в группе.

Обсуждение. После проведения этого этапа не требуется.

5. Обсуждение итогов занятия.

Проводится по аналогии с предыдущими занятиями

Занятие шестое «Работа в команде»

План

Подведение итогов тренинга.

Проведение занятия по составленному группой плану на прошлой неделе.

Обмен жетонов на призы.

1. Результативность работы (Карпова Е. В., Лютова-Робертс Е. К.)

О результативности проведенных занятий можно судить по следующим критериям:

возрастающий интерес к выполнению совместных домашних заданий у родителя и ребенка;

увеличение заинтересованности в упражнениях, направленных на развитие коммуникативных склонностей;

О повышение уровня заинтересованности взрослого и ребенка в проведении совместных дел.

ЦЕНТР НЕЙРОТЕРАПИИ ИНСТИТУТА МОЗГА ЧЕЛОВЕКА РАН

В Институте мозга человека Российской академии наук с 2001 г. существует Центр нейротерапии (центр коррекции нарушений внимания и поведения), основной задачей которого является оказание помощи детям и взрослым с различными нервно-психическими расстройствами.

Заведующий центром — доктор медицинских, врач-невролог высшей категории, психотерапевт, доцент кафедры психоневрологии факультета повышения квалификации Педиатрической медицинской академии Чутко Леонид Семенович.

Научный руководитель центра — заведующий лабораторией нейро-биологии программирования действий доктор биологических наук, лауреат Государственной премии СССР Юрий Дмитриевич Кропотов.

В центре работают квалифицированные врачи-неврологи и психотерапевты, нейрофизиологи, психологи.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ В ЦЕНТРЕ

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (минимальные мозговые дисфункции), расстройства обучаемости (дислексия, дисграфия).

Тики, синдром Туретта (сочетание двигательных и вокальных тиков).

Задержки речевого (общее недоразвитие речи, алалии) развития.

Неврозы у взрослых и детей (тревожные расстройства, страхи).

Головные боли напряжения, мигрень.

Психовегетативные расстройства (вегето-сосудистая дистония, соматоформные дисфункции).

Панические атаки.

Астенический синдром психогенного и физиогенного характера (неврастения).

Атрофия зрительных нервов; нейросенсорная (сенсоневральная) тугоухость.

Методы лечения

Психотерапия

Психологическая коррекция и

Коррекция медикаментозной терапии под контролем клинико-электроэнцефалографических показателей.

Биологическая обратная связь

Транскраниальная микрополяризация

Электростимуляция зрительных и слуховых нервов(импульсные модулирующие электрические воздействия)

НАШ АДРЕСС:

Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9, тел.: (812) 234-13-14, 234-93-44; факс: 234-56-79 e-mail: chutko@newmail.ru

Этот файл был взят с сайта

<http://all-ebooks.com>

Данный файл представлен исключительно в ознакомительных целях. После ознакомления с содержанием данного файла Вам следует его незамедлительно удалить. Сохраняя данный файл вы несете ответственность в соответствии с законодательством.

Любое коммерческое и иное использование кроме предварительного ознакомления запрещено.

Публикация данного документа не преследует за собой никакой коммерческой выгоды.

Эта книга способствует профессиональному росту читателей и является рекламой бумажных изданий.

Все авторские права принадлежат их уважаемым владельцам.

Если Вы являетесь автором данной книги и её распространение ущемляет Ваши авторские права или если Вы хотите внести изменения в данный документ или опубликовать новую книгу свяжитесь с нами по email.