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 J1. С, 2003; Barkley R. А., 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 созревания 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, обусловливающую 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 единодушное 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 посчитают 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 (Кэдьюсон X., 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, учится принимать самостоятельные решения, делать выбор. Кроме того, повышается его самооценка, улучшаются коммуникативные навыки. Занятия могут проходить как индивидуально, так и в группах. М. Клейн (М. 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 самоценности. Игровая терапия отреагирования. В рамках этого направления игротерапии взрослый создает с помощью специально выбранных им игровых материалов обстановку, которая является для ребенка стрес совой. 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. Грабен-ко 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. Фрейд 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 (ЗинкевичЕвстигнеева 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 3. Фрейда о том, что бессознательное может находить выражение в спонтанном творческом процессе ( в леп ке, 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 используют 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 выплес нуть 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, марше-образного — 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 Кэдьюсон 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; ГлэддингС.,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 «кнут 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 особенностью 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 картинки, 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 К., 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 Ступен ь или фаза Действия ребенка Психотерапевтическое направление 1 Ребенок начинает рассказывать о своих трудностях Клиенто-центрирован-ная 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 геш-тальттерапии, 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 когнитивнобихевиоральной 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. Входе бихевиоральной терапии специалист отрабатывает с ребенком конструктивные способы поведения, которые заменят деструктивные. Данная модель К. Гельдар 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 (Bark-ley R. А., 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., Монина 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 самооуважение 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 К., 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» (Монина Г. Б., Лютова-Роберте Е. К., 2005). Как правило, на прием к психологу (психотерапевту) приходит мама или бабушка, обеспокоенная неадекватным и вызывающим многочисленные нарекания окружающих 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-родитель-ская 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 детскородительских 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 выражать 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),многиедети 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 (Садовни-кова 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; Ле-ви Г. Б., 1995; СиротюкЛ. 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 разба-лансировка 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 (Лютова 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., Монина Г. Б., 2000). Данный прин цип 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 дефици-тарные функции одновременно ( в случае комбинированного типа СДВГ). Реализация данного принципа предполагает, что коррекци-онная 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; Монина 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. Од- нако 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 коррек-ционных 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

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 классноурочной 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; МонинаГ. Б., 1998, 1999,2004), ниже мы подробно остановились на некоторых упражнениях, связанных с программой освоения этого учебного предмета.