

И.Н. Серегина

О профилактике и коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности в детском возрасте



Определение признаков СДВГ у ребенка уже в раннем детстве позволит специалистам проводить профилактические и коррекционные мероприятия и наблюдать ребенка в более раннем периоде его развития. Работа такого характера дает возможность оказывать помощь ребенку в дошкольном возрасте, снижая «риск» школьной дезадаптации. Помощь семье и детям с СДВГ осуществляется в рамках комплексного (мультиmodalного) подхода, одним из методов которого является групповая и семейная психотерапия. Комплексный подход — это разнонаправленное воздействие, состоящее из медикаментозного, нейропсихологического и психолого-педагогического воздействия.

Изучением невротических отклонений поведения и учебных трудностей у детей занимались многие ученые, но долгое время не существовало научного определения таких состояний. В 1947 г. педиатры попытались дать четкое клиническое обоснование так называемым гиперподвижным детям, у которых часто возникали проблемы с учебой. Однако вопрос о терминологии этого состояния оставался нерешенным. В последние годы этому заболеванию уделяют все больше внимания во всех странах, в том числе и в России. В 2004 г. Всемирной ассоциацией детской и подростковой психиатрии и смежных профессий СДВГ признан «проблемой №1» в сфере охраны психического здоровья детей и подростков.

Итак, сочетание двигательной расторможенности, импульсивности, невнимательности, повышенной отвлекаемости определяется как синдром дефицита внимания и гиперактивности/импульсивности. Отдельные авторы-клиницисты (Terdal, Kennedy, Fusetti, 1993) предлагают рассматривать легкую, умеренную и выраженную по степени тяжести формы СДВГ [6].

Актуальность профилактики и коррекции СДВГ обусловлена неизменным ростом числа детей, страдающих данным расстройством, особенно явно в этой группе преобладают мальчики.

Обзор литературы и экспериментальные исследования показывают, что специфические особенности воспитания детей в разных семьях и негармоничные семейные взаимоотношения влияют на внутреннее психоэмоциональное напряжение ребенка, повышая «риск» развития (перехода) синдрома дефицита внимания и гиперактивности в более тяжелую степень. Работа с семьей, имеющая целью изменение социального окружения ребенка и изменение отношения к самому ребенку, может повлиять на

Серегина Ирина Николаевна — преподаватель психологии факультета непрерывного образования Камчатского государственного университета им. Витуса Беринга, медицинский психолог детской поликлиники г. Петропавловска-Камчатского.

Лауреат премии им. П.Т. Новограбленова, учрежденной Главой Петропавловска-Камчатского городского округа за достигнутые успехи в области образования (2008).

Сфера профессиональной деятельности и научных интересов: психологическая помощь детям и родителям, психологическое консультирование, психологическое сопровождение детей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями и психосоматическими расстройствами; наблюдение детей, относящихся к группе «риска» по психосоматике и социальной дезадаптации; психологическая коррекция отклонений в развитии; психологическая профилактика синдрома дефицита внимания и гиперактивности в более раннем периоде развития ребенка; оптимизация развития адаптационных механизмов у детей.



течение заболевания. А именно: значительно снизить влияние медико-биологических факторов, а выраженность симптомов легкой степени СДВГ — свести к минимуму.

Родители не всегда считают, что «непонятное» для них поведение ребенка является основанием для обращения к специалистам. Однако на консультацию к психологу детской поликлиники они приходят рано или поздно. Например, в ходе прохождения ребенком медицинской комиссии перед поступлением в детский сад, школу либо по направлению педагога школы. И во время консультации родители, как правило, озвучивают наличие у ребенка проблем следующего характера.

Дошкольный возраст — оппозиционность, негативизм, склонность к сильным и частым эмоциональным реакциям, двигательная гиперактивность, «неуправляемость», проявляющаяся дома, в общественных местах, в детском саду, отсутствие мотивации к познавательной деятельности, нарушение коммуникаций, агрессивность.

Младшие школьники (7–10 лет) — гиперактивность, расстройство внимания, импульсивность, расстройство мотивации, проблемное поведение в школе, проблемы со школьной успеваемостью, нарушение коммуникаций, школьная, социальная дезадаптация.

Необходимо отметить, что трудности социального, академического, семейного характера прогрессивно нарастают у детей с СДВГ, если они не получают соответствующей помощи и поддержки со стороны родителей и специалистов.

Своевременное выявление болезни или высокого «риска» ее развития у ребенка является значимым фактором. Причем в борьбе не только с самой болезнью, но и с ее последствиями, которые «преследуют» больного практически всю жизнь. Определение синдрома у ребенка уже в раннем детстве позволит (по показаниям) начать лечение, специалистам — консультировать и сопровождать (наблюдать) семью, развивать социо-адаптивные механизмы у ребенка в каждом кризисном периоде его развития.

Каждый кризисный период характеризуется совокупностью специфических закономерностей развития — основными достижениями, сопутствующими образованиями и новообразованиями, определяющими особенности конкретной ступени психического развития [5].

Особенности развития человека представляют собой процесс физического, психического и социального созревания, охватывают все количественные и качественные изменения наследственных и приобретенных свойств. Выделяют ряд возрастных периодов, которые сопровождаются качественными изменениями в психической организации человека. В такие критические периоды отмечается, с одной стороны, особая готовность к развитию определенных высших психических функций и формированию личностных

новообразований, а с другой стороны — повышенная восприимчивость организма к различным вредным воздействиям вследствие неустойчивости психофизиологической системы, переходящей на качественно иной уровень функционирования [1, 3]. В критические периоды возрастного развития внешние условия жизни, влияющие на ребенка, могут как замедлять развитие болезни и даже прекращать его, так и ускорять [2].

Семья является основной средой жизни ребенка и определяющим фактором формирования его как личности. Именно от семьи зависит «риск» формирования у ребенка вторичных психосоциальных проблем. Дети, страдающие СДВГ разной степени выраженности, требуют специальных подходов в воспитании и обучении, ориентированных на индивидуальность функционирования семьи, где живет больной ребенок. Необходима комплексная помощь всей семье в целом. Практическая деятельность и исследования на базе детской поликлиники свидетельствуют о том, что неправильный подход к воспитанию и обучению детей с СДВГ приводит к ухудшению состояния их здоровья, к школьной и социальной дезадаптации.

Таким образом, опираясь на принцип раннего выявления высокого «риска» развития синдрома дефицита внимания и гиперактивности в детском возрасте, психологическая профилактика рассматривается как одна из функций клинико-психологической интервенции в деятельности медицинского психолога детской поликлиники. При этом клинико-психологическая интервенция характеризуется применением психологических средств, цель которых — достижение изменений путем воздействия на эмоции взрослого человека (родителя).

То есть целями первичной профилактической деятельности является просвещение родителей в следующих вопросах:

- общие закономерности развития детей на разных возрастных этапах развития;
- причины развития у детей СДВГ;
- особенности медико-психолого-педагогического сопровождения детей, относящихся к группе «риска» по СДВГ или страдающих СДВГ разной степени выраженности.

Задачи первичной профилактики предусматривают регулярное проведение мероприятий, направленных на:

- просвещение родителей;
- формирование ресурсов семьи, помогающих воспитанию детей;
- формирование у родителей дополнительных личностных ресурсов, успешного и ответственного поведения;
- раннее определение нарушений в поведении ребенка;
- развитие медико-социально-поддерживающей инфраструктуры.

Для определения наличия факторов «риска» развития СДВГ у детей нами было выделено пять основных направлений работы, необходимых для эффективного обследования и наблюдения детей.

Определение группы «риска»

1. Медицинская карта развития ребенка. Изучение выписного эпикриза из родильного дома, группа здоровья, наличие функциональных расстройств у ребенка, а также наличие установленных нозологических единиц.

Особого внимания специалиста требуют установленные у ребенка отклонения и диагнозы в медкарте:

- хроническая внутриутробная гипоксия плода;
- обвитие плода пуповиной (помимо асфиксии может повлечь за собой внутренние мозговые кровоизлияния);
- кесарево сечение;
- различные родовые травмы, в том числе плохо диагностируемые легкие смещения шейных позвонков;
- недоношенность, низкий вес ребенка при рождении;
- морфофункциональная незрелость;
- гипоксически-ишемическая энцефалопатия;
- гидроцефалия;
- внутриутробная гипотрофия;
- органическое поражение центральной нервной системы (ЦНС);
- перинатальные поражения ЦНС;
- минимальные мозговые дисфункции (ММД) и др.

2. Беседа — интервью с родителями. Сбор информации о заболеваниях родителей, о состоянии здоровья матери во время беременности и течении родовой деятельности, в ходе беседы осуществляется наблюдение всех членов семьи.

Особого внимания специалиста требует наличие:

- хронических заболеваний у родителей;
- токсикозов во время беременности, травм в области живота;
- инфекционных заболеваний во время беременности;
- принятие больших доз алкоголя и курение матери во время беременности;
- иммунологической несовместимости по резус-фактору;
- попытки прервать беременность или угроза выкидыша;
- стрессы и психотравмы, испытываемые матерью во время беременности;

Также важна информация об особенностях сна, аппетита у ребенка, о наличии гиперактивности у родителей и признаков гиперактивности у ребенка, об особенностях воспитания ребенка в семье.

3. Просветительская беседа. Темы:

- этиопатогенез СДВГ;
- влияние генетических, биологических и психосоциальных факторов на развитие СДВГ;
- важность определения СДВГ у ребенка в более раннем периоде его развития (симптомы);
- семья как фактор «риска» перехода (развития) СДВГ у ребенка в более тяжелую степень и др.

4. Рекомендации родителям, ориентированные на ребенка и его окружение:

- изучение литературы о психофизическом развитии ребенка и кризисных периодах в дошкольном возрасте;
- при наблюдении у ребенка родителями признаков гиперактивности — немедленное обращение к специалистам.

А также беседа по формуле «вопрос — ответ — рекомендации».

5. Наблюдение ребенка группы «риска» по СДВГ. Посещение медицинского психолога детской поликлиники не менее двух раз в год.

Перечисленные условия позволяют определить факторы риска возможного развития СДВГ у ребенка и начать профилактическую деятельность в более раннем периоде его развития. При наличии признаков гиперактивности данные условия определяют необходимость обследования ребенка, его наблюдения и создания алгоритма дальнейшей работы с семьей.

Профилактико-терапевтическая работа

Возраст детей, составляющих группу риска по СДВГ, — от 1 года до 7 лет. Это та группа детей, которые проходят профилактические осмотры специалистами и комиссию при оформлении ребенка в детский сад и школу. В данный период развития ребенка возможно определить факторы риска развития болезни, но это не факт, что СДВГ обязательно проявится. Как уже было сказано ранее, наша задача — при наличии факторов риска просвещать родителей о причинах развития болезни, о проблеме СДВГ в целом, о необходимости сопровождения развития ребенка психологом детской поликлиники. В возрасте от 1 года до 7 лет при наличии болезни признаки СДВГ проявятся независимо от степени выраженности синдрома. Кризисный возраст — 3 года. Процесс адаптации к детскому саду может усилить проявление симптомов гиперактивности и развить болезнь в более тяжелую степень. Поэтому просвещение родителей о проблеме СДВГ на раннем периоде развития ребенка — одна из основных задач в работе психолога с семьей.

Пример из практики. Руслан. Возраст — 3 года 2 месяца. Срок посещения детского сада — 3 месяца.



1. *Диагноз родов* — роды вторые, срочные при беременности 38 недель. Тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Масса тела при рождении 3660 гр., при выписке 3350 гр. С рождения состояние удовлетворительное. Неврологический статус соответствует периоду адаптации. Отечность. Вскармливание грудное, сосет активно, часто срыгивает. По органам и системам — без патологии.

Диагноз при выписке — хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВУГП), группа здоровья II. Группа риска по перинатальному поражению центральной нервной системы (ПП ЦНС), тугоухости.

Обзор неврологом в 1 месяц — поставлен диагноз перинатальная энцефалопатия (ПЭП), синдром гипервозбудимости, назначено лечение, взят под наблюдение.

2. *Анамнез (беседа-интервью)*. На приеме из родителей присутствовала только мать. Наследственность отягощена со стороны отца — гиперактивность и энурез в детстве. Со слов матери: у ребенка проявления негативизма, не выполняет просьбы взрослых, обидчив, бурные эмоциональные реакции при отсутствии согласия с ним, хитрит, частые проявления упрямства, гневливости, раздражительности, истерик. Сверхподвижен, повышенная отвлекаемость, не может сконцентрироваться, не в состоянии закончить начатое дело. Часто падает, стучается о мебель, «собирает все углы». Самостоятельно одевается плохо. На обращения к нему не реагирует (гиперподвижность, расторможенность у ребенка наблюдается и на приеме у психолога). Со слов матери, такое поведение у ребенка до детского сада не наблюдалось.

3. *Наблюдение матери во время приема*. Мать раздражительна, по отношению к ребенку агрессивна. Постоянно делает замечания, дергает за руку, обещая наказать дома. В семье практикуются физические наказания. Со слов мамы — сильная усталость родителей от неуправляемости сына. Мать не знает, как себя вести в ситуациях истерик и непослушания со стороны ребенка. В воспитании ребенка бабушки и дедушки участия не принимают.

Таким образом, по анамнезу, наблюдению и показателям нервно-психического уровня развития у ребенка определяются явно выраженные симптомы кризиса 3-х лет, по DSM-IV [1] синдром дефицита внимания и гиперактивности/импульсивности. Отмечаются нарушения пространственной координации, проявляющиеся в неловкости, неуклюжести. Недостаточность сформированности мелкой моторики и навыков самообслуживания.

Мать (30 лет) не владеет информацией о психологических особенностях возраста 3-х лет, о «течении» кризиса данного возраста, о СДВГ. Отсутствуют адекватные реакции со стороны родителя на поведение ребенка, в семье нет единства требований. Наказания носят форму физической и вербальной агрессии.

Семья относится к высокому уровню психологической напряженности (постоянные ссоры и конфликты между родителями, трудности во взаимоотношениях между родителями и детьми, жестокое обращение с ребенком).

4. *Просветительская беседа с родителями*. Беседа носит следующий характер:

а) ознакомление родителей с психофизическим развитием детей начиная с рождения до трех лет, а также психологическими новообразованиями в данном возрасте;

б) объяснение того, как проявляются симптомы кризиса 3-х лет и как важны адекватные реакции родителей на поведение ребенка;

в) описание особенностей проявлений (симптомов) синдрома дефицита внимания и гиперактивности, объяснение значимости обследования, лечения и наблюдения ребенка специалистами.

5. *Рекомендации родителям*. На первом приеме:

а) консультация невролога, наблюдение медицинского психолога и других специалистов детской поликлиники;

б) изучение родителями литературы, проясняющей следующие вопросы:

- возрастные особенности и особенности протекания кризиса 3-х лет,
- адаптация детей к детскому саду,
- проблема синдрома дефицита внимания и гиперактивности,
- роль семьи в переходе (развитии) СДВГ у ребенка в более тяжелую степень,
- роль семьи в развитии личности в целом;
- психологические новообразования детей в дошкольном возрасте;

в) создание родителями благоприятных условий для развития ребенка и коррекции симптомов расстройства:

- дома — изменение поведения взрослого и его отношения к ребенку (демонстрировать спокойное поведение, избегать слов «нет» и «нельзя»);
- построение взаимоотношений с ребенком на основе доверия и взаимопонимания;
- обеспечение благоприятного психологического микроклимата в семье, увеличение времени, уделяемого ребенку;
- организация режима дня и места для занятий;
- избегание завышенных или заниженных требований к ребенку;
- формирование интеллектуальных интересов;
- по возможности, посещение бассейна;
- недопущение запугивания ребенка с целью добиться от него выполнения каких-либо требований;
- моральное поощрение — устная похвала и т. п. (ребенок нуждается в вознаграждении даже в простых ситуациях);

- преобладание методов поддержки и вознаграждения;
- обучение самостоятельному преодолению трудностей.

На основе результатов многолетней практики консультирования на базе детской поликлиники можно утверждать, что психологическая профилактика СДВГ в дошкольном возрасте достаточно эффективна, а при наличии симптомов гиперактивности детям можно оказать своевременную помощь. Полученная информация о проблеме СДВГ дает родителям следующие возможности:

- быть эффективными в своей родительской роли;
- стать компетентными;
- владеть современной информацией, касающейся СДВГ;
- лучше понимать своего ребенка и гармонизировать отношения в семье.

Ознакомление родителей с этиопатогенетической концепцией управления поведением детей с СДВГ позволяет обучить родителей специфическим методам поведенческого руководства, которые помогут значительно уменьшить проблемное поведение больного ребенка [6]. Ребенок с СДВГ нуждается во внешнем контроле и руководстве поведением гораздо больше чем здоровый ребенок. Важным является соответствующая организация внешней среды, потому что поведение детей с СДВГ определяется факторами внешней среды гораздо сильнее, чем внутренними правилами.

Помощь семье и детям с СДВГ осуществляется в рамках комплексного (мультимодального) подхода, одним из методов которого рассматривается групповая и семейная психотерапия. По данным Э.Г. Эйдмиллера и В.В. Юстицкого (1990), у 66% семей, в которых проживают дети с нервно-психическими расстройствами, имеет место либо структура жестко фиксированных патологизирующих семейных ролей, либо структура как таковая отсутствует изначально [8].

Содержанием семейной психотерапии является анализ взаимодействия всех членов семьи, которые собираются вместе в ситуации «здесь-и-теперь». В терапевтическом процессе можно выделить *два этапа*.

1. На *первом* происходит присоединение психотерапевта к семейной системе, выявление и усложнение когнитивных сценариев, с помощью которых происходит регуляция семейных отношений; выявляется факт, что в данной семье принят негармоничный стиль воспитания. Членам семьи объясняется, каким образом нарушенные семейные взаимоотношения наносят вред самой семье, как они утяжеляют патологические симптомы у ребенка, развивают болезнь и переводят ее в более тяжелую стадию.

На данном этапе создается и усиливается мотивация у обратившихся за помощью. Предоставляется информация о роли семьи в развитии СДВГ у детей. Особо акцентируется внимание на том, что в любой семье заключен не только патогенный фактор, но и саногенный (путь к выздоровлению). Осуществляется положительное эмоциональное подкрепление самой попытки обратиться за помощью. Важным в работе является «присоединение» психотерапевта к семье пациента, причем особая роль принадлежит динамике поведения специалиста от «наблюдателя», «вершителя судеб», «всесильного волшебника», то есть от роли, приписываемой ему членами семьи, — к роли одного из элементов семейной системы. «Того, кто говорит, как мы», того, у кого, оказывается, есть такие же проблемы, но он их уже решил». Используется специальная программа психотерапевтических упражнений, цель которых — развитие навыков невербальной коммуникации, эмпатии, экспрессии своих переживаний, развитие и обогащение когнитивных сценариев [7].

2. *Второй* этап характеризуется реконструкцией семейных отношений. Производится анализ мотивации поведения участников сеансов, их эмоциональных реакций, оценочных суждений о взаимоотношениях в семье. Анализу подвергаются мысли, чувства, поступки, возникающие «здесь-и-теперь». Актуализация и структурирование полученного материала осуществляется с помощью разыгрывания ролевых ситуаций, упражнений гештальт-терапии: «раундов», диалога частей «Я» члена семьи и невербального диалога между участниками разных подсистем семьи. Широко применяется методика с домашними заданиями (в виде прямых директив, метафорических и парадоксальных), семейная психодрама [7].

Работа с семьей носит значимый и необходимый характер, так как лечить ребенка вне семьи очень сложно и практически невозможно. Занимаясь индивидуально с ребенком, необходимо ставить в известность родителей о том, что такие занятия проводятся, и проводятся с такой-то целью. Это позволит родителям контролировать домашние задания и быть соучастниками лечебного процесса. Для родителей вся информация по проблеме СДВГ у ребенка и рекомендации могут даваться в письменной форме — в виде печатных инструкций или в электронном виде. Однако посещение специалиста с определенной периодизацией самими родителями необходимо.

Практика работы с семей, воспитывающей ребенка с СДВГ, и результаты исследований позволяют сделать *вывод* о том, что психологическая профилактико-терапевтическая работа с семьей снижает проявление симптомов болезни у детей или останавливает ее развитие. Здоровая социальная среда, окружающая ребенка, стабилизирует психоэмоциональное состояние у него и является фактором благоприятного воздействия. В результате у ребенка улучшаются отношения с родителями, братьями/сестрами, ровесниками, педагогами в дошкольном учреждении.



Уменьшается количество проблем с поведением, улучшается успеваемость ребенка в детском саду и школе, повышается самооценка или отмечается тенденция к повышению самооценки, возрастает независимость и самоорганизованность, уменьшается сочетание двигательной расторможенности, импульсивности, невнимательности с повышенной отвлекаемостью.

Сопровождение (наблюдение) детей группы «риска» медицинским психологом поликлиники заканчивается на этапе прохождения адаптации ребенка к школе. Как правило, это второе полугодие. Дети, страдающие СДВГ разной степени выраженности, наблюдаются длительно.

Длительность наблюдения (сопровождения) таких детей определяется степенью выраженности болезни, динамикой развития синдрома, нарушением адаптационных механизмов. Необходимо отметить, что индивидуальное или групповое консультирование родителей является основной формой помощи семье, воспитывающей ребенка с СДВГ. Помощь семье базируется на основных задачах и определяется конкретными базовыми принципами. Некоторые семьи нуждаются в дополнительных мероприятиях: индивидуальной или семейной психотерапии, консультации социального работника и др. Профилактико-терапевтическая работа с семьей, где растет ребенок с СДВГ дошкольного возраста, значительно снижает «риск» у него школьной дезадаптации.

Профилактика школьной дезадаптации

В последние годы проблемы, возникающие в процессе обучения детей с СДВГ, становятся сравнимы по выраженности с медицинскими проблемами при этом заболевании. Многие исследователи и практики неслучайно делают акцент на комплексном подходе к коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Данный подход находит отклик у педагогов, психологов, социальных работников и других специалистов.

И.С. Бердышев и В.В. Яковенко, ссылаясь на многолетний опыт кризисного отделения ЦВЛ «Детская психиатрия», утверждают, что комплексная помощь детям с СДВГ немыслима без современной профилактики школьной дезадаптации, а в случае ее наличия — без современного ее устранения [7].

В большинстве случаев дети с СДВГ не находят должного понимания со стороны педагогов, это касается и детских садов, и школ различного вида обучения. В практике присутствуют факты, когда педагоги (руководство) школ настаивают на выводе детей на надомное обучение, на переводе их в коррекционные классы (классы выравнивания) либо смене образовательного учреждения. Но в некоторых случаях родители по собственному желанию переводят детей в другую школу, надеясь, что там у них не будет проблем, связанных с обучением и поведением. Тем самым они усугубляют уже существующие трудности у ребенка.

В первый год обучения большое значение в профилактике школьной дезадаптации у ребенка, страдающего СДВГ, имеет специальная работа, посвященная подготовке к обучению в школе. Данная работа носит специфический характер и предполагает специальные знания как у педагога дошкольного образовательного учреждения, так и у родителей. Говоря о подготовке ребенка к школе, мы невольно возвращаемся в дошкольный возраст. Результаты ранней диагностики СДВГ у ребенка, лечения (по показаниям), наблюдения специалистами, а также результаты специальной подготовки ребенка к школе — уже определяют качество профилактики школьной дезадаптации, проведенной в более раннем периоде развития.

В мировой междисциплинарной практике профилактическая работа предусматривает следующие основные направления [7]:

- обучение учителей младших классов проактивным формам педагогики (с 1 по 6 классы);
- интеграция усилий школьной команды поддержки детей с СДВГ с усилиями их родителей;
- специальное обучение детей с СДВГ контролю за своим поведением, управлению гневом и сдерживанию агрессии;
- профилактика академической (учебной) несостоятельности и повышение образовательной компетентности детей с СДВГ;
- оптимизация референтности подобных детей в глазах их одноклассников

Г.Б. Моница утверждает, что с целью снижения риска школьной дезадаптации учащихся с СДВГ необходимо соблюдать следующие условия [4].

1. Повышение учебной мотивации;

а) применение системы 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, возможность писать на школьной доске во время перемены или на уроке, первое место в строю, выполнение письменного задания на компьютере и др.;

б) использование нетрадиционных форм работы: возможность выбора домашнего задания, роль «учителя» при объяснении одноклассникам того или иного задания и др.;

в) повышение самооценки учащихся: фиксация внимания класса на достижениях учащегося с СДВГ, предоставление заданий, посылных для данного ребенка, учитывающих его возможности, деление большого упражнения на несколько более мелких заданий и т. д.;

г) использование учителем вместо бесконечных замечаний заранее оговоренных с ребенком «секретных» знаков — сигналов о необходимости изменить поведение.

2. Организация учебного процесса с учетом психофизиологических особенностей учащихся:

а) мультисенсорный поход к обучению: подачу нового учебного материала и проверку знаний желательнее осуществлять в соответствии с наиболее выраженными учебными стилями ребенка, а закрепление пройденного в классе материала — с выраженными более слабо;

б) смена видов деятельности в зависимости от степени утомляемости ребенка;

в) реализация двигательной потребности ребенка (выполнение поручений учителя, требующих двигательной активности: раздать тетради, стереть с доски и т. д.);

г) снижение требований к аккуратности на первых этапах обучения; поощрения за работу, выполненную чуть аккуратнее, чем предыдущая;

д) выполнение упражнения на релаксацию и снятие мышечных зажимов;

е) инструкции учителя должны быть четкими и немногословными; тон — нейтральным, слова и фразы — понятными ребенку;

ж) по возможности усадить ребенка с СДВГ на первую парту, где учителю легче контролировать его поведение, а «зрителей» вокруг него и возможностей отвлекаться — меньше;

з) соблюдение четких временных интервалов начала и окончания урока, недопустимость лишения активного отдыха на перемене в качестве наказания;

и) четкий (но не оскорбляющий) контроль за выполнением ребенком заданий: регулярная проверка тетрадью, дневника, устный опрос и др.

3. Развитие дефицитарных функций:

а) повышение уровня внимания (использование упражнений на концентрацию внимания);

б) снижение импульсивности (например, вызов к доске того, кто поднял руку последним, задание «тихий ответ»);

в) снижение деструктивной двигательной активности;

г) помощь учителя в выявлении ребенком собственного стиля учебной деятельности, обучение его навыку использования выявленных способов контроля выполнения заданий;

д) развитие навыков самоконтроля: после инструкции учителя ребенок дублирует его слова, обращаясь к одноклассникам, которым тоже предстоит выполнение этого же задания;

е) обучение ребенка навыкам планирования своей деятельности (составление списка необходимых действий и последовательное вычеркивание по их завершении).

4. Обучение учащегося конструктивным формам взаимодействия с педагогом и сверстниками на уроке:

а) отработка навыков выражения гнева в приемлемой форме;

б) демонстрация неагрессивного поведения, доброжелательного, спокойного отношения с учителем;

в) обучение конструктивным способам разрешения конфликтов на уроке;

г) обучение ребенка адекватным способам выражения просьбы к учителю, к одноклассникам во время урока.

Г.Б. Моница пишет: «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». [4]

Возвращаясь к комплексному подходу к профилактике и коррекции СДВГ у детей, мы рассматриваем его как разнонаправленное воздействие: это медикаментозное, нейропсихологическое и психолого-педагогическое воздействие. Такое разнообразие методов работы объясняется многочисленностью «мишеней» для профилактики и коррекции школьной дезадаптации.

Ориентировочный перечень тем групповых сессий

1. Понимание природы СДВГ. Обзор методов помощи детям с СДВГ. Роль родителей.

2. Родительство. Основные задачи родителей в воспитании детей. Необходимые качества и навыки. Особые трудности родителей в воспитании детей с СДВГ.

3. Детско-родительские отношения. Умение слушать и понимать детей.

4. Роль родителей в формировании положительной самооценки у ребенка.

5. Стресс родительства. Программа самосохранения для родителей. Возможные психологические трудности. Основы психогигиены для родителей.

6. Основные принципы поведенческого руководства для детей с СДВГ.

7. Использование поощрения. Важность эффективных указаний и правил.

8. Использование санкций.

9. Повторение методов управления поведением. Рассмотрение специфических ситуаций.

10. Как помочь ребенку в учебе?

11. Как помочь ребенку в развитии социальных и коммуникативных навыков?

12. Эмоции в жизни ребенка — как помочь ребенку адекватно их проявлять и интегрировать? Эмоциональные расстройства у детей — роль родителей в их преодолении.

13. Моя семья: как она живет и как мы ее строим.

14. Проблемы отношений с социальным окружением.



15. С мыслью о будущем: искусство планирования и предвидения проблем.

16. Итоговое занятие [6].

Основные характеристики адаптированной к потребностям ребенка с СДВГ среды

Среда должна быть позитивной — то есть не оказывающей негативного влияния на ребенка, не провоцирующей его на неадекватные и асоциальные действия.

1. Среда должна быть максимально свободна от «соблазнов».

2. Среда должна быть четко структурирована, должна направлять поведение ребенка в надлежащее русло и помогать ему в организации деятельности.

3. Среда должна устанавливать для ребенка четкие и прочные рамки, которые сдерживают поведение ребенка в границах дозволенного.

4. Среда должна быть понятной и предсказуемой для ребенка, она должна функционировать согласно четким правилам.

5. В среде должны присутствовать четкие указательные знаки, напоминающие ребенку о необходимом поведении.

6. Среда должна включать в себя вспомогательную систему наблюдения за временем, которая помогает ребенку организовать свои действия в определенных временных рамках.

7. Все, что важно, должно быть максимально интересным — таким образом, среда будет способствовать уменьшению проблем с внимательностью.

8. В такой среде желательное поведение должно поддерживаться незамедлительными, частыми и значимыми для ребенка поощрениями, а проблемное —

приводить к немедленным значимым негативным последствиям.

9. В этой среде ребенок не должен пользоваться полной свободой, необходимо присутствие родителей или других взрослых, контролирующих поведение ребенка и направляющих его в необходимое русло.

10. В среде должно отводиться время (и пространство) на то, чтобы ребенок наслаждался свободой, «выпускал пар», проявлял свою потребность в двигательной активности и т. п.

11. Среда должна быть организована по принципу предвидения и опережения проблем [6].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок. — М.: Институт Психотерапии, 2003. — 96 с.
2. Выготский Л.С. Детская психология // Собр. соч.: В 6 т. — Т. 4. — М., 1984. — 251 с.
3. Дубровинская Н.В., Фарбер Д.А., Безруких М.М. Психология ребенка. — М.: Владос, 2002. — 114 с.
4. Мона Г.Б. Особенности обучения детей и подростков с СДВГ // СДВГ и родственные формы когнитивных нарушений, эмоциональных дисфункций и поведенческих расстройств: Материалы конфер. «Мнухинские чтения» 19 мая 2006 г. — СПб, 2006. — С. 31—35.
5. Мухина В.С. Возрастная психология. — М.: Академия, 1997. — 431 с.
6. Романчук О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. — М.: Генезис, 2010. — 336 с.
7. Фесенко Е.В., Фесенко Ю.А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. — СПб: Наука и Техника, 2010. — 384 с.
8. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В. Методы семейной диагностики и психотерапии. — М. — СПб, 1996. — 48 с.