Владимирова И.М.,

педагог-психолог ГБОУ ЦДК СПб,

кандидат психологических наук, доцент

(Методические рекомендации педагогам и родителям)

Введение.

Количество детей с СДВГ, оказавшихся в фокусе внимания психолога, в последние годы растет. Число обращений лиц данной группы (их семей)за специализированной психологической помощью в ГБОУ ЦДК СПбсоставляет около 15% от общего числа клиентов. При этом, по личной инициативе обращаетсяполовинаиз них,40%-по рекомендации педагога,либо администрации школы, 10 % детей направляются коллегами - специалистами консультативной службы (чаще неврологами и логопедами). К психологам школ за помощью родители обращаются реже, предпочитая мнение независимого эксперта. По причине хронической или «острой» конфликтной ситуации в школе обращаются около 10% семей детей с СДВГ.

Наибольшее количество обращений приходится на период обучения в начальной школе. Не перестает удивлять тот факт, что многие взрослые, взаимодействующие с детьми данной группы, несмотря на большое количествоинформации,проводимую психологами просветительскую работу, все же игнорируют неврологический статус ребенка, объясняют (сознательно или неосознанно) его поведение слабой мотивацией, ленью, баловством, плохим воспитанием в семье. С такими фактами психологам приходится сталкиваться в своей повседневной работе. Педагогам часто не удается интегрировать детей с СДВГ в учебный процесс. Поведение такого ребенка на занятиях шокирует и вызывает заметное отторжение.

Дети данной группы плохо адаптируются к любому учебному процессу, особенно на этапе обучения в начальной школе. Для них типичны: нарушения дисциплины, трудности в развитии навыков планирования, организации, контроля учебной деятельности, неусидчивость и невнимательность на уроках, нестабильная, либо устойчиво низкая мотивация к обучению, сложности в формировании навыков письма, чтения, счета. Именно у этих детей некрасивый (почти нечитаемый) почерк, именно они не записывают домашние задания в дневник. Как правило, подобный «энергоемкий» ребенок требует от взрослого много усилий по его вовлечению в учебный процесс. Общаясь с ним, и родители, и педагоги чувствуют себя эмоциональной и физически опустошенными. Не менее значительные трудности возникают и у самого ребенка. В многочисленных исследованиях показано, что дети с СДВГ, не получившие своевременной помощи, являются в подростковом и взрослых возрастах группой риска в плане формирования различных вариантов отклоняющегося поведения.

Обобщая все, сказанное выше, хотелось бы подчеркнуть, что у ребенка с СДВГ довольно тяжелая жизнь и дома, и в школе. Несмотря на хорошие способности, лояльное отношение к одноклассникам и взрослым, в школе у него многое не получается, из-за этого страдают отношения с родителями. Многие родители признают, что проявляет агрессию по отношению к детям (вербальную и физическую).Еще тяжелее приходится учителям, которые не имеют ни морального, ни профессионально-этического права на проявление враждебности по отношению к детям.

1.Наблюдаемые проявления СДВГ в школьном возрасте.

Типичные жалобы родителей: «не может собраться, когда делает домашние задания, постоянно отвлекается», «не сообщает, что задали, приходится обзванивать одноклассников», «неорганизованный, постоянно теряет вещи», «дневник весь красный от замечаний учителей». Кроме того, взрослые сообщают специалисту, что ребенка «невозможно ничем увлечь надолго», «сложно дисциплинировать», он «плохо контролирует себя в гневе, вспыльчив, импульсивен», «болезненно реагирует на неудачи». Часто родители отмечают низкую или неравномерную успеваемость ребенка, подчеркивая его в целом хорошие способности. Проблемы в общении с одноклассниками выделяют реже.

Типичные замечания педагогов: «шаловлив», «в классе он то с нами, то ни с нами» (часто отвлекается), «не работает на уроке», «качается на стуле», «постоянно что-то роняет», «мешает вести урок, выкрикивает, громко смеется, вскакивает с места». Кроме того, они отмечают, что ребенок «регулярно не готов к уроку, забывает школьные принадлежности», «делает много ошибок по невнимательности». По собственным данным, около 20 % детей демонстрируют лишь поведенческие нарушения в школе и хорошую, даже высокую, успеваемость.

Типичные комментарии детей: «часто ругают и наказывают, нередко несправедливо», «в школе замечают только мои проступки, а шалости других детей почему-то не видят», «очень долго делаю уроки дома, свободного времени совсем нет», «взрослые постоянно придираются ко мне», «меня не любят». Дети, особенно в начальной школе, великодушнее в оценках взрослых людей (педагогов и родителей), редко на них жалуются.

2. Основные сведения о СДВГ (причины и механизмы заболевания).

Попытки найти альтернативные (научные) объяснения подобного поведения предпринимались достаточно давно. Уже в середине XIX века (1845 г.) немецкий врач-психоневролог Генри Хоффман первым описал чрезмерно подвижного ребенка и дал ему прозвище Непоседа Фил. С начала ХХ века врачи стали выделять подобное состояние как патологическое. В настоящее время количество публикаций, посвященных СДВГ постоянно растет. В научной литературе обсуждаются терминология, диагностические критерии заболевания, очерчиваются его границы, намечаются схемы лечения. В многочисленных исследованиях показаны нейропсихологические причины и механизмы формирования подобных расстройств, вскрыта возрастная динамика их проявлений, изучена распространенность [4,10,12].

Установлено, что синдром дефицита внимания и гиперактивности является одной из наиболее распространенных форм пограничных психических состояний у детей. По данным Сиротюк А.Л., детей с СДВГ в России около 18 %,в США - 20 %, в Китае – до 13 %, в Италии – 10 %, в Великобритании – до 3 %,[10, с.3]. Данное неврологическое расстройство обусловлено мозговой дисфункцией и в самом общем виде проявляется задержкойразвития различных функциональных систем мозга, недостаточной сбалансированностью процессов возбуждения и торможения при преобладании первых. Зоной анатомического дефекта СДВГ считают префронтальные области лобных долей коры головного мозга (отвечают за произвольность и самоконтроль).

Среди причинспециалистынаиболее часто называют генетическую предрасположенность, патологию пре- и перинатального периодов развития, (типичны травмы шейных отделов позвоночника), первых лет жизни, экологические и психологические факторы, (климат в семье, воспитание, стресс). Широко обсуждаются социальные, культурологические аспекты формирования и поддержания подобного расстройства. Подчеркиваются положительные качества детей с СДВГ: жизнерадостность, активность, общительность, устойчивость к критике и негативным дисциплинарнымвоздействиям, изобретательность, хорошие способности. Эту группу представляют такие известные люди, как У. Черчилль и Т. Эдисон.

К «триаде»основных симптомов специалисты относятпатологию произвольного внимания, избыточную двигательную активность и импульсивность.Подгиперактивностьюпонимают неспособность спокойно сидеть на месте, двигательное беспокойство.Импульсивностьпредполагаетнедостаточную целенаправленность поведения, трудности в выделении приоритетов, сложности в формировании запрета на какое-либо действие, низкую способность подавлять немедленные реакции на факторы окружения, конкурирующие в привлечении внимания детей. Нарушения внимания чаще представлены высокой отвлекаемостью. Установлено, что в основе дефицита внимания лежит низкий уровень возбуждения корковых структур головного мозга, особенно лобных его отделов. Поэтому дети высоко утомляемы, энергетически бедны. Для компенсации пониженного возбуждения организм вынужден прибегать к своеобразной стимуляции коры головного мозга через двигательные центры. То есть повышенная двигательная активность ребенка при СДВГ носит компенсаторный характер и временно восстанавливает нормальное взаимодействие между различными зонами коры головного мозга, сохраняет возможность полноценного интеллектуального развития. К признакам заболевания также относят: нарушения координации, в том числе зрительно-двигательной, специфическую неспособность к учебе в отношении какого-либо предмета (чтения, письма, арифметики), нарушения речи и др. Типичны вторичные отклонения (негативная самооценка, проблемы в общении, враждебность).

Пик частоты регистрации синдромаприходится на возраст 4-6 лет с легкой тенденцией к снижению до 10-11лет. Отмечается положительная динамика заболевания. Двигательная активность с возрастом уменьшается, неврологические изменения стираются. По мнению ряда специалистов, при условии ранней диагностики и адекватной помощи ребенку проявления СДВГ могут быть нивелированы к 7 годам (Сиротюк А.Л., 2002). Другие авторы утверждают, что устойчивые улучшения могут быть достигнуты лишь к подростковому возрасту. Считается, что часть детей «перерастает» свое заболевание. Вместе с тем, у 30-70 % детей проявления СДВГ переходят в подростковый и во взрослый возраст (ШевченкоЮ.С., 2003, ЛазебникТ.А., 2007). По данным директора Государственного Научного Центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Т.Б.Дмитриевой, когнитивные и поведенческие нарушения сохраняются у 85 % подростков и 65 % взрослых людей. Есть мнение, что в России от 70-90 % детей с СДВГ остаются вообще без всякого лечения (МурашоваЕ.В., 2004).

На прогноз заболевания влияют: тяжесть расстройства, ранняя постановка диагноза и лечение, воспитательная позиция родителей, возможность применения специализированных подходов при обучении. Большое значение придается психосоциальным факторам.

Специалисты подчеркивают актуальность ранней коррекции проявлений СДВГ.Учитывая распространенность расстройства (до 18% популяции), поиск путей интеграции представителей данной группы в общество представляет собой серьезную социальную проблему. В 2006 году проходил I Международный форум «Охрана здоровья детей в России». К этому форуму специалисты собирали информацию, проводили исследования. По данным академика В.И. Покровского, представленным в докладе на этом форуме, на 2006 год в России было около 2 миллионов детей с СДВГ. Автор указывает, что от 32 до 40% из них бросают школу; лишь 5 – 10% заканчивают вузы; у 40% девочек выявляется беременность в подростковом возрасте, а у 16% - венерические заболевания; в антисоциальную деятельность втягиваются 40 -50% из них. От 50 до 70% детей имеют меньше друзей, чем их сверстники (или совсем не имеют). Во взрослых возрастах от 50 до 70% лиц с СДВГ плохо справляются с работой, страдают депрессиями (до 30%) и расстройствами личности.

Хотелосьбы прокомментироватьэкономическую составляющуюрассматриваемой проблемы. На 2010 год примерная стоимость лечения ребенка с СДВГ составила от 85 до 105 тысяч рублей в год. Учитывались расходы на фармакотерапию, психотерапию (два визита в месяц), массаж и ЛФК (два раза в неделю). При этом, по данным Федеральной службы государственной статистики, среднегодовой доход на душу населения на 2008 год в России составил около 145 тысяч рублей. В США стоимость подобного лечения составляет до 560 тысяч долларов.

3.Существующая система помощидетям с СДВГ.

Основные направления, формы и методы оказания психологической помощи детям и их семьям подробно освещены в литературе [2, 3, 6, 7]. Среди них: фармакотерапия, использование методов обратной связи (нейробиоуправления), психотерапия. Показана высокая эффективность индивидуальных и групповых форм работы, обозначена решающая роль семьи, адекватной системы воспитания в коррекции и компенсации отклонений в развитии ребенка с СДВГ. И это не случайно, ведь именно близким людям предстоит долгие годы помогать ребенку решать ежедневно возникающие трудности, правильно направлять его, «шлифовать» некоторые неровности его характера.

Международный опыт показывает, что коррекция детей с СДВГ должна быть длительной и комплексной. Для получения полноценного лечебного эффекта необходимо сочетанное применение психофармакологии, нейробиоуправления, физиотерапевтического лечения, методов индивидуальной групповой и семейной психотерапии.

Наиболее адекватная система помощи детям с данным расстройством разработана в США. По данным доктора Дж.Дж.ДюПола в СШАнаиболее распространены следующие способы воздействия на детей с СДВГ:

- применение психотропных препаратов;

-ситуационный менеджмент на дому (обучение родителей навыкам поведения и воспитания ребенка);

- ситуационный менеджмент в школе (жетонная система вознаграждений для закрепления последствий поведения);

- обучение детей на дому (поведенческая психотерапия);

-ежедневное заполнение табеля успеваемости или написание заметок учителя для родителей.

Организация психологической помощи детям с СДВГ и их семьям предполагает несколько этапов.

ПЕРВЫЙ ЭТАП ПОМОЩИ- ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА.

На первоначальном этапе родителям требуется помощь в диагностике состояния ребенка. Им нужно подсказать, как провести полное медицинское обследование ребенка, предоставить информацию о современных методах исследования высшей нервной деятельности. К этим методам относятся следующие.

1)ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ (ЭЭГ) - метод исследования электрической активности головного мозга. Предполагает регистрацию и изучение разности биопотенциалов, отводимых через неповрежденные покровы черепа от различных его точек. Электроэнцефалограмма – кривая, представляющая собой запись колебаний биопотенциалов мозга. Отражает динамику изменений функционального состояния отдельных участков мозга. У детей с СДВГ часто определяетсяповышенная эпиготовность мозга.

2) КОМПЬЮТЕРНАЯ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ (КЭЭГ) представляет собой прямое отображение функционирования ЦНС. Позволяет описать топическую картину повреждения и количественно оценить динамику изменений состояния. Показала высокую эффективность при выборе фармакологических препаратов для лечения.

3)КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ФАРМАЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ позволяет оценить клиническое действие новых лекарственных препаратов и их эффективность. На основе статистической оценки изменений основных ритмов ЭЭГ под действием лекарств разработаны компьютеризированные профили разных психофармакологическихпрепаратов.

4)ЭХОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ (ЭХО-ЭЭГ)-метод, использующий ультразвук. Информацию несет отраженный от срединно расположенных структур мозга сигнал (М-эхо), в норме расположенное строго по средней линии. Отклонения от средней линии более чем на 2 мм указывает на наличие опухоли, зоны повышенного внутричерепного давления.

5)Ультразвуковое исследование (УЗИ, НЕЙРОСОНОГРАФИЯ) - объемное исследование мозга при помощи ультразвука, обладающее более высокой точностью, чем ЭЭГ. Данные обрабатываются компьютером.

5)КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ (в переводе с греческого - «послойное изображение»). Изобретатели метода, Нобелевские лауреаты 1979 г. Кормак А.М.и Хаунсфильд Г.Н, использовали теорию поглощения рентгеновского излучения различными тканями человеческого организма и компьютерного отображения этого процесса. Сканирование головного мозга позволяет выявить возможную патологию.

6)ЯДЕРНО-МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ (ЯМРТ) - метод, основанный на фиксации содержания и свойств воды в различных органах. Используется при диагностике врожденных изменений ЦНС. Превосходит компьютерную томографию по четкости изображения, является более безвредным.

7)ПОЗИТРОННО-ЭЛЕКТРОННАЯ ТОМОГРАФИЯ (ПЭТ) позволяет изучать изображения анатомических структур. Для этого в кровь, омывающую мозг, вводится вещество, используемое мозгом при его нормальной работе, в котором один из атомов заменен на радиоактивный изотоп С11, испускающий позитрон, который, сталкиваясь с электроном, испускает гамма-кванты. Они регистрируются соединенным с компьютером детектором. На экране ПЭТ отображаютсяучастки мозга, активизирующиеего работу при предъявлении испытуемому той или иной задачи.

8) ОДНОФАТОННАЯ ЭМИССИОННАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ - близкий аналог ПЭТ. Используется при изучении кровоснабжения мозга. Установлено, что уровень кровотока мозга соотносится с нейронной активностью того или иного его участка. Введение изотопа осуществляется ингаляционным методом.

9) ДОПЛЕРОГРАФИЯ - метод, основанный на эффекте Доплера (изменение частоты колебаний при отражении от движущегося объекта). Метод позволяет изучать расстройства мозгового кровообращения.На исследуемый сосуд направляется ультразвук (от 2 до 8 мГц), он отражается эритроцитами крови и замеряется пьезодатчиком. Изменение частоты сигнала («доплеровский сдвиг») обрабатывается компьютером.

Подобные методы исследования нужно применять для возможно более ранней диагностики СДВГ у ребенка, поскольку, чем раньше поставлен диагноз и начато лечение, тем больше шансов для выздоровления. Хотелось бы подчеркнуть, что центральное звено патологической системы бывает довольно трудно определить при стандартном неврологическом исследовании.Часть детей, имеющих «стертые» проявления расстройства, «ускользает» от пристального внимания медиков в условиях массовых осмотров, следовательно, не получает своевременной помощи.

Родителям следует знать, что признаки СДВГ проявляются очень рано. У новорожденных это: повышенное беспокойство, раздражительность, нарушения сна. Имеет значение, как ребенок сосет грудь, часто ли он мигает. Должны насторожить быстрая утомляемость, двигательная активность, плохая координация и неточность движений. В дошкольном возрасте с малышом трудно справиться, за ним не уследить, он агрессивен, любит все ломать, «задерживается» в периоде негативизма, любит коллектив, но часто конфликтуют с товарищами. В школьном возрасте ребенок не может усидеть на одном месте, он неорганизованный, неаккуратный,

ВТОРОЙ ЭТАППОМОЩИдетям с СДВГ и их семьям предполагаетЛЕЧЕНИЕ И КОРРЕКЦИЮ.

Если диагноз ребенку поставлен, важно правильно сориентировать родителей в том, как ему можно помочь. При лечении ребенка с СДВГ важен комплексный подход. В настоящее времяиспользуются следующие методы.

Методы лечения детей с СДВГ.

В мировой практике наиболее часто используется лечение лекарственными препаратами (ФАРМАКОТЕРАПИЯ). Фармакологическое воздействие направлено на подавление патологической активности структур-генераторов. Симптоматика снижается, но типично возобновление симптома при отмене препарата. Важен индивидуальный подбор препаратов. Есть побочные эффекты. Фармакологические методы воздействия многие специалисты считают подготовительными. Поскольку диагноз СДВГ обычно ставится в 5 лет, а компенсация синдрома достигается к 15 годам, многолетний прием препаратов пугает родителей, они от него отказываются.

Другой популярный подход- применение методаБИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ. Предполагается активация резервных возможностей мозга. Нейробиоуправление является направленной модификацией церебрального электрогенеза. Метод ориентирован на механизмы пластичности и изменение конфигурации сети ствол-таламус–септальные ядра–гиппокамп - стриатум – префронтальная кора. В качестве обратной связи используют звуковые или световые сигналы. Специалисты отмечают высокую эффективность метода: стойкий результат (глубокая ремиссия или выздоровление) отмечается у 70-80 % детей. В среднем требуется 40-50 сеансов. Эффект сохраняется в течение 18-24 месяцев.

Наиболее длительный эффект имеет ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СДВГ. В США и другихразвитых странах используется поведенческая терапиядетей с СДВГ. В России показана высокая эффективность системной семейной терапии.Установлено, что лечить ребенка вне семьи нельзя. Также применяютсяразличные варианты прогрессивной мышечной релаксации,кинезиотерапии, аутогенной тренировки.

4.Помощь ребенку с СДВГ в школе.

Кроме перечисленных выше мероприятий необходима ПОМОЩЬ РЕБЕНКУ В ШКОЛЕ, которую можно рассматривать какТРЕТИЙ ЭТАП в системе оказания ПОМОЩИдетям и их семьям.

Специалисты утверждают, что проблемы, возникающие в процессе обучения детей с СДВГ, в последние годы становятся сравнимыми по выраженности с медицинскими проблемами при этом расстройстве. В многочисленных исследованиях показано, что комплексная помощь детям с СДВГ невозможна без профилактики (устранения) школьной дезадаптации, являющейся острейшей проблемой современной школы. Обычно такие дети не находят понимания в школах. Часто администрация настаивает на их выводе на надомное обучение, на переводе в специальные классы, на смене образовательного учреждения.Ухудшает ситуацию и малое число школьных психологов. В зарубежных странах проводится работа с педагогами.

Вопрос об организации специальных классов неоднозначно обсуждается в литературе. Ряд авторов отмечает целесообразность создания таких классов, ссылаясь на зарубежный и отечественный опыт (Брязгунов И.П., 2001). В 70-е годы ХХ века в Чехословакии группа специалистов под руководством Зд. Тржесоглавы проводила исследования в этом направлении. Была показана необходимость особого внимания детям с СДВГ с самого начала их обучения в школе. Создание специализированных классов рассматривалось как лечебный фактор. Предлагалась малая наполняемость класса (10-15 учеников), меньшая продолжительность уроков (до 35 минут), специальная программа обучения при сохранении полного объема занятий. Оборудование кабинета предполагалоотсутствие отвлекающих предметов, расположениеучеников отдельно на значительном расстоянии друг от друга. Академик Штарк М.Б.также рекомендует создание для детей с СДВГ классов повышенной комфортности, но при обязательном условии одновременной интенсивной нейробиологической коррекции. По данным автора, полученным в 2002-2006гг. в Академгородке г. Новосибирска, нейробиоуправление в 50- 70 % случаев приводило к глубокой ремиссии состояния детей или излечению. Рекомендовалось отдельное обучение детей в первые два года, затем дети «растворялись» в обычном коллективе.

Другие авторы (их большинство) утверждают, что перевод детей в специализированные классы только ухудшает ситуацию (МурашоваЕ.В, 2004 г., ЗаваденкоН.Н., 2001 г.). Дети лишаются опыта школьной социализации, общения со сверстниками, их поддержки, ориентации в личных учебных достижениях на одноклассников. При таком подходе вся работа с ребенком сводится исключительно к индивидуальной помощи. Однако, успешная коррекция возможна только при условии интенсивной работы с детьми именно в школах. В таких случаях у 70 % детей возможенблагополучный выход из состояния (Бердышев И.С., Яковенко В.В., 2006).

В мировой междисциплинарной практике предусматриваются следующие направления работы с ребенком с СДВГ в школе:

- обучение учителей младших классов (с 1 по 6) проактивным формам педагогики;

- интеграция усилий школьной команды поддержки детей с усилиями их родителей;

- обучение детей контролю за своим поведением, управлению гневом, сдерживанию агрессии;

- профилактика академической (учебной) несостоятельности и повышение образовательной компетентности детей с СДВГ;

- оптимизация референтности (повышения уровня уважения) детей в глазах их одноклассников.

Хотелось бы отметить, что развитой и внедренной в педагогическую практику на государственном уровне системы помощи детям данной группы все еще не существует. При этом, предложено много методик и научных разработок, применение которых могло бы существенно облегчить жизнь и детям, и родителям, и педагогам.

5. Особенности психики и аспекты поведения детей с СДВГ, которые нужно учитывать при организации работы с ними.

Психологи, в частности ЯсюковаЛ.А., выделяют следующие психологические особенности детей с СДВГ, которые нужно учитывать при организации работы с ними[13]. Они делают понятными и обоснованнымипрактические рекомендации педагогам и родителям.

1.Для детей характерна быстрая умственная утомляемость и низкаяумственная работоспособность (ребенок работает без перерыва не более 5 минут, при этом, физическое утомление может отсутствовать). Типично значительное увеличение частоты и продолжительности релаксационных циклов в деятельности мозга (через каждые 5-7 минут работы идет релаксационное отключение на 3-5 минут, полностью теряется сознательный контроль и фиксация чего-либо в памяти). ЧТО ДЕЛАТЬ: следует интеллектуальную деятельность детей согласовывать с циклами активности, пережидать 3-5 минут, пока их мозг отдыхает и восстанавливает работоспособность.

2.У детей резко снижена возможность самоуправления и произвольнойрегуляции в любых видах деятельности (не может выполнить обещание, составить план, следовать ему). ЧТО ДЕЛАТЬ:взрослые должны взять на себя организацию их деятельности, не указывая, что надо делать, а проделывая все совместно с ребенком.

3.Наблюдается существенная зависимость деятельности детей (особенно умственной) от характера внешней социальной активации (ребенок вял, сонлив в одиночестве и полностью дезорганизован в шумной многолюдной обстановке). ЧТО ДЕЛАТЬ: понимать, что ребенок может работать только в спокойной обстановке в диалоге с терпеливым взрослым.

4.Происходит явное ухудшение деятельности при эмоциональной активации (не только отрицательной, когда ругают, но и положительной, когда ребенок весел и счастлив).ЧТО ДЕЛАТЬ:при работе с ребенком обращать внимание на психологическую атмосферу, создавать эмоционально нейтральную обстановку.

5. Существуют большие трудности в формировании произвольного внимания.ЧТО ДЕЛАТЬ: кроме прямого развития функций внимания следует предварять работу рассуждением, это переводит контроль ее выполнения на сознательный уровень. Нужно развивать мышление и заменять визуальный контроль интеллектуальным, при котором снижаются нагрузки на внимание. Следует избегать работы, требующей распределения внимания, заменять пошаговым переключением с одного вида деятельности на другой с подробными инструкциями.

6.Характерно снижение оперативных объемов внимания, памяти, мышления (ребенок может удержать в уме и оперировать довольно ограниченным объемом информации). ЧТО ДЕЛАТЬ: следует обучать внешним формам фиксации информации, избегать пространных объяснений при изложении материала, использовать его наглядное представление, учитывающее зрительное восприятие.

7.Отмечаются трудности перехода информации из кратковременной памяти в долговременную. Запоминание требует большего числа повторений. В состоянии утомления временные связи не только не укрепляются, но и могут разрушаться недавно установленные связи. ЧТО ДЕЛАТЬ: не насиловать ребенка, не учить на ночь и пр.

8. Присутствуют дефекты зрительно-моторной координации (допускают ошибки и неточности при оперативном переводе визуальной информации в двигательно-графический аналог),поэтому такие дети при списывании и срисовывании не замечают несоответствий даже при последующем сравнении. ЧТО ДЕЛАТЬ: необходим предварительный речевой анализ любой предстоящей работы и поэлементное сличение правильности выполнения.

6.Общиерекомендации педагогам начальной школы.

Для решения стратегических задач развития ребенка с СДВГ важно облегчить для него процесс адаптации к условиям обученияв начальной школе. Следует помочь ему сориентироваться на странице тетради, учебника, научить распределять свои силы в ходе урока. У детей с СДВГ часто встречаются нарушения письма и чтения, важно помочь ребенку преодолеть трудности в формировании этих навыков. Следует подробно разъяснить правила поведения на уроке и на перемене, подсказать, как лучше взаимодействовать с учителем и одноклассниками. Наибольший акцент следует сделать на развитии устойчивости произвольного внимания, формировании волевых задержек, представлений о «можно» и «нельзя», поддержании мотивации к обучению. Педагогу стоит задействовать двигательную активность ребенка: такие дети любят труд, с удовольствием вытрут доску, сбегают «вымыть тряпку», польют цветы. Важно помнить, что избыточная двигательная активность нужна ребенку именно для стимуляции деятельности мозга, поэтому он не может одновременно сидеть спокойно и слушать внимательно, слушать внимательно он может, только раскачиваясь на стуле. Педагогам стоит учитывать, что такие дети плохо работают на отсроченный результат, для них важен принцип «здесь и сейчас», им трудно дается поэтапная отработка навыка. Поэтому среди любимых предметов оказываются практические дисциплины: труд, рисование, физкультура. В сравнении с коллективными видами, им больше подходит деятельность в малых группах. Лучше посадить ребенка на первую парту, где он будет в фокусе внимания педагога. Важно находить повод похвалить ребенка, сравнивать его достижения с его личными результатами, а не деятельностью более успешных детей. В начальной школе многие дети невнимательно записывают домашние задания, лучше давать им их в распечатанном виде, помещать на доступных для обозрения родителей стендах.

К основным направлениям компенсирующего развитиямладшего школьника с СДВГ психологи относят:

- развитиенавыков социализации, особенно способности к социальному прогнозированию (вследствие высокой импульсивности детям трудно представить последствия собственных поступков, разобраться в мотивах поведения окружающих; им нужно разъяснять и показывать алгоритмы общения с окружающими людьми);

- умение следовать инструкции взрослого человека, с одной стороны, и определенную независимость, с другой стороны (дети ориентированы на ассистирующую помощь взрослого, поэтому важно постепенно приучать их самим занимать себя, планировать и организовывать свою деятельность);

- усиление способности к концентрации и устойчивость произвольного внимания;

- совершенствованиетонкой моторики рук (в том числе согласованных движений обеих рук);полезны рисование карандашом, штриховка, обведение по контуру, разукрашивание;

- усиление волевых качеств (организованности, дисциплинированности, аккуратности, самостоятельности, инициативности, ответственности за порученное дело), формирование понятий «надо» и «нельзя» (для этого важно вменить ребенку что-то в обязанность, почаще приписывать роль дежурного). Для формирования внутреннего контроля при взаимодействии с таким ребенком очень важно выдерживать режимные моменты (принцип «от дисциплины к самодисциплине»). В развитии волевых качеств и поддержании позитивной самооценки помогают командные виды спорта, коллективные игры, где нужно действовать по правилам и согласовывать свою деятельность с другими игроками;

- поддержание интереса к обучению.

ПРАВИЛА РАБОТЫ С ГИПЕРАКТИВНЫМИ ДЕТЬМИ

(шпаргалка для взрослых,Лютова Е, Монина Г. [6] )

1.Работать с ребенком в начале дня, а не вечером.

2.Уменьшить рабочую нагрузку ребенка.

3.Делить работу на более короткие, но более частые периоды. Использовать физкультминутки.

4.Быть драматичным, экспрессивным родителем и педагогом.

5.Снизить требования к аккуратности в начале работы, чтобы сформировать чувство успеха.

6.Посадить ребенка во время занятий рядом с педагогом.

7.Использовать тактильный контакт (элементы массажа, прикосновения, поглаживания).

8.Договориться с ребенком о тех или иных действиях заранее.

9.Давать короткие, четкие и конкретные инструкции.

10.Использовать гибкую систему поощрений и наказаний.

11.Поощрять ребенка сразу же, не откладывать на будущее.

12.Предоставлять ребенку возможность выбора.

13.Оставаться спокойным. Нет хладнокровия – нет преимущества.

7. Психологическая помощь родителям.

Установлено, что, обладая достаточными способностями в потенциале, дети с СДВГ в силу ряда обстоятельств не могут проявить их в классе. Часто этому способствует недостаточная психологическая компетентность воспитывающих и обучающих их взрослых. Крайне редко родителям разъясняют психологический смысл диагноза «СДВГ», им не подсказывают, каким образом нужно растить ребенка, чтобы компенсировать его врожденные неврологические дисфункции.

Существует и обратный аспект рассматриваемой проблемы: воспитывать ребенка с СДВГ чрезвычайно трудно. По удачному выражению английского исследователя Сюзанны Досани – «СДВГ длится двадцать четыре часа в сутки семь дней в неделю»[3].Ряд российских авторов предлагает рассматривать СДВГ как общее заболевание ребенка и его матери (БрязгуновИ.П., КасатиковаЕ.В., 2001 г.). Часто родители чувствуют себяраздраженными и опустошенным. По данным собственных исследований, патология стиля воспитания выявлена в 60 % семей детей с СДВГ (опросник «АСВ» Эйдемиллера Э.Г.). Преобладают следующие отклонения: неустойчивость стиля воспитания, воспитательная неуверенность, потворствующая и доминирующая гиперпротекция,отвержение ребенка. Многие родители признают, что проявляют по отношению к ребенкуагрессию (вербальную и физическую). Соответственно, у 80 % детей обследованной группы (128 человек) выявлены признаки эмоционального дискомфорта, низкой самооценки, нарушенных отношений в семье (данныетеста М.Люшера, ЦТО, проективных рисуночных тестов, личностного дифференциала). По этой причине психологическая помощь родителям может рассматриваться как важный элемент помощи детям.

Итак,ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДИТЕЛЯМ являетсяЧЕТВЕРТЫМважнейшим ЭТАПОМ рассмотренной выше системы оказания помощи ребенку с СДВГ.

Специалисты указывают, что ведущим звеном в коррекции СДВГ является именно изменение поведения родителей по отношению к ребенку. Важно помнить, что прекратить синдром нельзя. Компенсаторные механизмы в нервной системе протекают медленно. После установления диагноза родители должны настроить себе на долгую нелегкую работу по нормализации состояния ребенка. Особенно важно обратить их внимание на формирование у ребенка стабильной адекватнойсамооценки. Родителям обязательно нужно найти союзников (родственников и специалистов). Роль специалиста (психолога) заключается в предоставлении информации, психологической поддержке ребенка