



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ
ДЛЯ ДЕТЕЙ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ
ПОМОЩИ
«ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ»**

185001, г. Петрозаводск, ул. Ленинградская, д. 17; e-mail:gourkcdk@yandex.ru
ИНН 1001038665

«Утверждаю»
И.о. директора ГБОУ РК ЦДК
Н.И. Черкасова _____

Принято на Педагогическом Совете
ГБОУ РК ЦДК
Протокол № 3
от 15 декабря 2023 г.

**Методические рекомендации для педагогов-психологов
«Особенности психокоррекционной работы с детьми
с СДВГ и их родителями»**

Составитель: Н.М. Татарина

Петрозаводск 2023

Содержание

§ 1.1. Введение.....	3
§ 1.2. Понятие СДВГ и ММД.....	4
§ 1.3. Психологический диагностический инструментарий.....	10
§ 1.4 Психокоррекция.....	13
§ 1.5. Игры на развитие внимания, преодоление расторможенности и тренировку усидчивости. Игры на тренировку выдержки и контроля импульсивности.....	25
§ 1.6. Список литературы.....	28

§ 1.1. Введение

В 1911 году в России вышел перевод книги французом Ф. Филлипа, П. «Психические аномалии среди учащихся», где они, описывая «неустойчивых» детей, дают характеристику гиперактивным детям. Авторы отмечают, что на таких детей необходимо воздействовать медицинскими и педагогическими приемами. Кащенко В. П. в книге «Педагогическая коррекция» делает акцент на болезненности проявлений поведения гиперактивных детей, но предлагает, в основном, педагогические методы работы с данной категорией. От специально организованных физических упражнений до рационального дозирования учебной информации.

С течением времени бессилие педагогических методов становилось все более очевидным, так как они опирались на старое представление о том, что в основе проблем гиперактивных детей лежат изъяны воспитания. «Исследования в этой области привели ученых к выводу, что причиной нарушения поведения гиперактивных детей выступает дисбаланс процессов возбуждения и торможения в нервной системе. Был локализован и «участок ответственности» - ретикулярная формация. Этот участок ЦНС «отвечает» за человеческую энергию, за двигательную активность и выраженность эмоций, воздействуя на кору больших полушарий и другие вышележащие структуры. Вследствие различных органических нарушений ретикулярная формация может находиться в перевозбужденном состоянии, и поэтому ребенок становится расторможен». (С. Степанов) Непосредственной причиной нарушения называли минимальную мозговую дисфункцию. (Впоследствии - ММД).

В зарубежной науке большое внимание уделяли когнитивному компоненту - нарушениям внимания. Был выделен особый синдром – дефицит внимания с гиперактивностью. (Впоследствии - СДВГ).

Значительную роль в формировании современной концепции СДВГ сыграли работы канадской исследовательницы Дуглас, которая в 1972 году рассмотрела дефицит внимания с аномально коротким периодом его удержания на каком – либо объекте или действии в качестве первичного дефекта при СДВГ. Исследовательница отметила необходимость существенно большего, чем в норме, подкрепления для выработки для выработки поведенческих стереотипов у детей с СДВГ. Одной из первых она пришла к выводу о том, что СДВГ обуславливается общими нарушениями процессов самоконтроля и торможения на высшем уровне регуляции психической деятельности, а не элементарными расстройствами восприятия, внимания и двигательных реакций.

Работы Дуглас послужили основанием для введения в 1980 году в классификации Американской психиатрической ассоциации DSM-IV, а затем и в классификации МКБ - 10 (1994) диагностического термина «синдром дефицита внимания с гиперактивностью».

Таким образом, научное изучение гиперактивных детей имеет почти вековой интервал. Взгляды ученых на природу трудностей данных детей постепенно менялись. В настоящий момент времени наука пришла к выводу, что проблемы детей с СДВГ имеют первичную неврологическую основу, проявляются в виде функциональных нарушений, обратимых по мере роста и созревания мозга.

Однако, в современных образовательных учреждениях существует до сих пор ряд трудностей при обучении и воспитании гиперактивных детей. Педагоги зачастую не владеют информацией о причинах основных трудностей данной категории детей. Соответственно, выбирают не всегда эффективные методы педагогического воздействия на ребенка и его семью. Данные методические рекомендации адресованы педагогам-психологам. Здесь специалисты ознакомятся как с теоретическими аспектами заявленной темы, так и с обзором практических подходов к коррекции гиперактивных детей.

§ 1.2 Понятие СДВГ и ММД

В основе синдрома гиперактивности, основными проявлениями которого являются двигательная расторможенность и дефицит активного внимания, лежит так называемая минимальная мозговая дисфункция (ММД), обусловленная остаточными явлениями раннего органического поражения головного мозга в период внутриутробного развития ребенка или первые месяцы после рождения. (Токсикоз беременности, резус-конфликт крови матери и плода, асфиксия и родовая травма, тяжелые заболевания в грудном и раннем возрасте и пр.). Те же патогенные факторы в более тяжелых случаях обуславливают возникновение психоорганического синдрома, включающего нередко, помимо церебральных неврозоподобных и интеллектуально-мнестических нарушений, такие психопатоподобные проявления, как повышенная аффективная возбудимость, импульсивность, агрессивность, расторможенность влечений.

В настоящее время ММД рассматривают как последствия ранних локальных поражений головного мозга, выражающиеся в возрастной незрелости отдельных высших психических функций и их дисгармоничном развитии. СДВГ представляет собой наиболее распространенный вариант ММД.

Автор адаптированного теста для диагностики минимальных мозговых дисфункций Ясюкова Л.А. предлагает следующее определение. **ММД** - наиболее легкие формы церебральной патологии, возникающие вследствие самых разнообразных причин, но имеющие однотипную, невыраженную, стертую симптоматику и проявляющиеся в виде функциональных нарушений, обратимых и нормализуемых по мере роста и созревания мозга. Автор выделяет пять вариантов минимальных мозговых дисфункций, среди них так называемый «реактивный» вариант (описание гиперактивных детей – автор теста).

Постановка диагноза СДВГ основывается на критериях десятого пересмотра Международной классификации болезней (ВОЗ, 1994) для гипердинамического (гиперкинетического) синдрома с дефицитом внимания (F 90). Одновременно используются критерии классификации DSM – 4 (1994) Американской психиатрической ассоциации, рекомендованные ВОЗ для практического применения в качестве критериев диагноза СДВГ (ВОЗ,1994).

Диагностические критерии СДВГ по классификации ДСМ-4 (1994)

А. Для постановки диагноза необходимо наличие

- (1) шести или более из перечисленных симптомов невнимательности, которые сохраняются у ребенка на протяжении как минимум шести месяцев и выражены настолько, что свидетельствует о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам
- (2) шести или более из перечисленных симптомов гиперактивности и импульсивности, которые сохраняются на протяжении, по меньшей мере шести месяцев и выражены настолько, что свидетельствует о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам

В. Некоторые симптомы импульсивности, гиперактивности и невнимательности начинают вызывать беспокойство окружающих в возрасте ребенка до семи лет.

С. Проблемы, обусловленные вышеперечисленными симптомами, возникают в двух и более видах окружающей обстановки (например, в школе и дома).

Д. Имеются убедительные сведения о клинически значимых нарушениях в социальных контактах или школьном обучении.

А(1) НЕВНИМАТЕЛЬНОСТЬ

1. Часто не способен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности.
2. Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр.
3. Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.
4. Часто оказывается не в состоянии придерживаться предлагаемых инструкций и справиться до конца с выполнением уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте (что никак не связано с негативным или протестным поведением, неспособностью понять задание).
5. Часто испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности.
6. Обычно избегает вовлечения в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения (например, школьных заданий, домашней работы).
7. Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки, школьные принадлежности, карандаши, книги, рабочие инструменты).
8. Легко отвлекается на посторонние стимулы.
9. Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.

A(2) ГИПЕРАКТИВНОСТЬ

1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится.
2. Часто встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.
3. Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегают, крутится, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо.
4. Обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.
5. Часто находится в постоянном движении и ведет себя так «как будто к нему прикрепили мотор».
6. Часто бывает болтливым.

A(3) ИМПУЛЬСИВНОСТЬ

7. Часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца.
8. Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.
9. Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).

В случаях полного соответствия наблюдаемой клинической картины за последние шесть месяцев одновременно разделам (1) и (2) перечисленных критериев ставится диагноз сочетанной формы СДВГ. Если за последние шесть месяцев отмечалось полное соответствие симптомов критериям раздела (1) при частичном соответствии критериям раздела (2), то ставится диагноз «СДВГ с преимущественными нарушениями внимания». Если за последние шесть месяцев отмечалось полное соответствие симптомов критериям раздела (2) при частичном соответствии критериям раздела (1), то используется диагностическая формулировка: «СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности».

В клинической картине чаще приходится встречаться с детской гиперактивностью и нарушениями внимания, обусловленными СДВГ. Однако помимо СДВГ эти нарушения могут служить внешними признаками других состояний. В связи с этим разработана схема дифференциального диагноза СДВГ.

Таким образом, повышенная двигательная активность, импульсивность и невнимательность могут быть обусловлены темпераментом, болезнью, утомлением, кризисной ситуацией и другими причинами. **Диагноз СДВГ ставит врач невролог или психиатр на основании изучения анамнеза.** Данные наблюдения родителей и педагогов; результаты психологической диагностики служат дополнительной информацией для врача.

Этиология и патогенез СДВГ окончательно не выяснены, несмотря на большое количество исследований. В настоящее время существуют нейроморфологические, генетические, нейрофизиологические, биохимические, социально – психологические концепции, которые пытаются объяснить механизмы развития синдрома. *На современном этапе ведущими в развитии синдрома считаются три группы факторов.*

1. Генетические факторы
2. Повреждения ц.н.с. во время беременности и родов
3. Негативное воздействие внутрисемейных факторов

Проявления генетического фактора прослеживаются в нескольких поколениях одной семьи, значительно чаще среди родственников мужского пола. Влияние биологических факторов играет существенную роль в младшем школьном возрасте, затем возрастает роль социально – психологических факторов, особенно внутри семейных отношений.

По результатам многочисленных исследований одной из самых распространенных причин отклонения в обучении и поведении является родовая травма шейных отделов позвоночника, которая не диагностирована своевременно, что приводит к возникновению несформированности или дефицитарности головного мозга в онтогенезе. Проводимые

Э.Э.Г. исследования выявляют изменения биоэлектрической активности мозга, нарушения структурно – функциональной организации левого полушария, незрелость системы регуляции внимания, незрелость системы коркового торможения и т.д. У детей с СДВГ *нарушение двигательного контроля* связано с дисфункцией префронтальной области лобных отделов головного мозга. Для детей с этим синдромом характерна не только недостаточность в координаторной сфере, но и нарушения динамического и кинестетического праксиса. У детей с СДВГ формирование мозговой организации от правого полушария к левому происходит с девиациями и развитие «уходит в правый лоб», что *отражается в гиперактивности и импульсивности*. Дело в том, что концентрацию внимания обеспечивают лобные отделы левого полушария, а правое - ответственно за распределение внимания. Оно воспринимает фигуру не в центре внимания, а периферию, что в полной мере наблюдается у детей с СДВГ.

До 7 лет пластичность мозговых систем из – за отсутствия жестких мозговых связей имеет огромный аутокоррекционный потенциал. К 9 годам по нейробиологическим законам мозг завершает свое интенсивное развитие. Его функциональные связи становятся все более жесткими и малоподвижными. В этом возрасте завершается формирование механизмов произвольного внимания. Все ресурсы мозга обращаются к передним отделам левого полушария. Имеет место нарастающее истощение функциональных внутренних компенсаторных возможностей ребенка.

Динамика проявления:

Уже в 4 -5 лет симптомы бывают достаточно яркие. Прежде всего, проявляется гиперактивность. Нарушения внимания трудно определить у таких маленьких детей. Но уже на первом году жизни у таких детей проявляется синдром гипервозбудимости. В первые месяцы ребенок плохо спит, много плачет, часто срыгивает. Лечение обычно симптоматическое. Наличие у ребенка синдрома гипервозбудимости не означает, что он обязательно вырастет гиперактивным. Но наличие этого фактора вместе с гипертонусом, с нарушениями со стороны безусловных рефлексов новорожденного, с нарушениями двигательного развития на первом году жизни является основанием для постановки диагноза «перинатальная энцефалопатия».

«Если рассматривать характеристики первичного дефекта отвлеченно, то они очень напоминают особенности психики детей – дошкольников по сравнению с ее взрослым вариантом. Из этого можно сделать два вывода:

1. В дошкольном возрасте по поведенческим проявлениям очень сложно (практически невозможно) отделить детей с ММД от просто утомляемых, неорганизованных, отвлекаемых, капризных, повышено подвижных.

2. В дошкольный период дети с ММД могут не иметь никаких особых проблем в развитии, связанных с их дефектом. Им свойственны те же самые проблемы, что и всем остальным дошкольникам» (ЯСЮКОВА Л.А.).

В 5 – 6 лет врач может объективно диагностировать СДВГ. Дошкольная жизнь ребенка с ММД может протекать вполне благополучно (так чаще всего и бывает). При этом ни родители, ни окружающие могут даже не подозревать о его физиологическом дефекте, относя некоторые отклонения в поведении ребенка (если они наблюдаются) к недостаткам воспитания.

Однако ситуация резко меняется с момента поступления в школу. Мы не будем останавливаться на описании поведения детей с СДВГ, в литературе представлены детальные описания сложностей, которые испытывают гиперактивные дети и их окружение. Очень точно это описал В.И. Гарбузов в книге «Нервные дети».

Более детально остановимся на школьных трудностях гиперактивных детей.

В ходе нейропсихологического обследования у детей с СДВГ обнаруживается высокая степень произвольной регуляции деятельности при явной недостаточности нейродинамических компонентов деятельности, что выражается в повышенной истощаемости. На этом фоне возникают трудности концентрации внимания и элементы импульсивности поведения.

При исследовании познавательных процессов отмечаются снижение фонематического слуха, тенденция к семантическим заменам при опознании реалистических изображений, парагнозии, тенденции к фрагментарному восприятию и копированию сложных изображений, несформированность пространственных представлений, в основном за счет искажения метрики при копировании сложных фигур, легкое снижение объема слухоречевой памяти. Не отмечено нарушений мышления

Несформированность различных компонентов движения встречается у подавляющего большинства этих детей (80%). Отмечаются затруднения при выполнении проб на кинестетический праксис, реципрокную координацию рук. Но на первый план выступает несформированность динамических характеристик двигательной активности. Это выражается в трудностях переключения ребенка с одного движения на другое, обусловленные трудностями регуляции мышечного тонуса, наличием синкинезий и скрытых гиперкинезов (данные сенсibilизированного неврологического обследования). В результате выполнения двигательных задач у детей с СДВГ наблюдается сильное напряжение мышц и соответственно неловкость, неэкономичность движений, вплоть до невозможности точного выполнения движения в особо выраженных случаях. Отсюда, когда такой ребенок сталкивается с задачей, требующей той или иной степени

автоматизации движений, он выполняет ее 2 способами. Первый – быстро, неаккуратно, неправильно. Второй – очень медленно, аккуратно, поэлементно и правильно. Оба способа неприемлемы в условиях школьного обучения, вызывают раздражения у педагогов и невротические реакции у детей, которые не могут иначе.

С первого дня повышенные требования начинают предъявляться именно к тем свойствам, которые у детей с данным типом ММД нарушены. Недостатки внимания, памяти, повышенные отвлекаемость и умственная утомляемость, слабость самоуправления – все эти неустранимые характеристики первичного дефекта влияют на то, что гиперактивные дети оказываются не в состоянии обучаться наравне со здоровыми сверстниками

Вывод: синдром СДВГ ярко проявляется у детей от 3 до 15 лет. По последним исследованиям синдром дефицита внимания и гиперактивности проявляется у взрослых, если у них не было своевременной коррекции. Анализ возрастной динамики выявил два всплеска проявления СДВГ: 5 - 10 лет и в 12 -15 лет. Частота СДВГ в популяции 3 – 15 %, большие показатели связаны с тем, что часто приводят общие данные диагностики по всем типам ММД.

У мальчиков синдром проявляется в 2 – 3 раза чаще, это объясняется большей уязвимостью плода мужского пола к патологическому воздействию во время беременности и родов.

Если своевременно ребенку не оказали помощь, то с возрастом уменьшается, а иногда и нивелируется повышенная двигательная активность. Дефицит внимания в этом случае сохраняется на всю жизнь. В поведении остается суетливость, импульсивность реакций. А также вторичные и третичные дефекты, которые появляются в результате дезадаптации гиперактивного ребенка.

§ 1.3. Психологический диагностический инструментарий

1) Тест Тулуз – Пьерона

Методическое руководство: оптимизация обучения и развития.

(Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций)

Характеристики методики диагностики ММД

Тест Тулуз-Пьерона является одним из вариантов «корректирующей пробы», общий принцип которых разработан Бурдоном в 1895г. Тест Тулуз-Пьерона адаптирован в России Л.П. Ясюковой.

Цель: изучение свойств внимания (концентрации, устойчивости, переключаемости) и психомоторного темпа, вторично - оценить точность и надежность переработки информации, волевую регуляцию, личностные характеристики работоспособности и динамику работоспособности во времени.

Применение:

Для детей 6-8 лет - упрощенный вариант методики, 3 класс - укороченный вариант (10 строк), 15 лет - «классический» вариант (30 строк).

Процедура тестирования:

Обследование может проводиться как групповым способом, так и индивидуально. Индивидуальное тестирование показывает возможности ребенка при наличии внешнего контроля (родителей, учителя), т.е. зону его ближайшего развития. Для более объективной диагностики ММД необходимо групповое тестирование.

Для тестирования предлагается четыре бланка (в зависимости от возраста). Подробная инструкция по проведению представлена в руководстве стр.24. Обработка результатов тестирования осуществляется с помощью наложения на бланк ключа. Основные расчетные показатели: скорость выполнения **V** и коэффициент точности выполнения (показатель концентрации внимания) **K**. Расчетные формулы приведены на стр.27 методического руководства. В приложениях 1 и 2 приведены возрастные нормативы скорости и точности выполнения теста.

Интерпретация результатов:

Основным показателем для диагностики ММД является коэффициент точности выполнения **K**. Если расчетное значение показателя точности, попадает в зону «патологии» или находится на границе с зоной «слабого» уровня, то вероятность ММД очень высока. В этом случае необходимо направить ребенка к невропатологу. Если значение скорости попадает в зону «патологии» или находится на границе с зоной «слабого» уровня, то наличие ММД тоже вполне вероятно. Однако окончательный диагноз ставит невропатолог.

Если результаты свидетельствуют о наличии ММД, следует определить тип выявленной дисфункции для конкретизации психолого-педагогической работы с ребенком. В дополнение к медикаментозному лечению. Для этого необходимо сравнить индивидуальные данные ребенка с типологическими профилями, приведенными в приложении три. Если показатели скорости и точности выполнения теста в норме, то недопустимо предполагать наличие ММД по сходству внешнего вида отработанного ответного бланка с каким-либо из профилей.

Данное руководство снабжено подробным описанием пяти видов проявлений минимальных мозговых дисфункций. Ценность данного руководства состоит в том, что здесь есть рекомендации по обучению детей с минимальными мозговыми дисфункциями, что является, ценным для практикующих специалистов.

2) Тест Н. И. Озерецкого на реципрокную координацию рук.

Цель: оценить ритмичность движений и способность синхронно сменять положение обеих рук одновременно.

Применяется с 12 лет и старше.

Процедура тестирования: ребенку предлагается (после демонстрации) одновременно ударять по столу двумя руками; правой сжатой в кулак, левой- раскрытой ладонью. Затем наоборот: левой сжатой в кулак, правой - раскрытой ладонью. Так повторить 3-4 раза.

Оценка выполнения: при резидуальных поражениях двигательных систем мозга выполнение данной пробы обычно затруднено: отмечаются синкинезии, переключение на следующее движение обеими руками одновременно. Результат оценивается качественно по степени выраженности затруднения.

3) Тест на реципрокную координацию в виде ритмичного постукивания ладонью одной руки два раза, а другой – один раз. Во второй половине теста производится смена рук. Возраст и анализ те же, что и в предыдущей пробе.

4) Пробы Хеда на пространственную организацию движений.

Цель: оценить пространственную ориентацию.

Применяется с 9 лет и старше.

Процедуре тестирования 1: (наглядный вариант). Ребенку предлагается воспроизвести движения, выполняемые сидящим напротив обследующим: коснуться левой рукой правого (левого) уха, правой рукой – левого уха и т.п.

Оценка выполнения: ошибки возникают не только при нарушении пространственного праксиса, но и при снижении психической активности по «лобному» типу.

Процедура тестирования 2: (речевой вариант) те же задания выполняются по речевой инструкции.

Цель: оценить владение понятиями «право-лево», и речевую регуляцию двигательных актов.

Оценка выполнения: выполнение затруднено у детей с левополушарной недостаточностью и большинства детей, страдающих дислексией. Данное задание легко выполняется большинством здоровых детей с восьми лет.

5) Теппинг – тест.

Вывод: в арсенале практического психолога имеется достаточное количество диагностического инструментария для того, чтобы объективно оценить внимание и работоспособность ребенка.

Диагностические критерии СДВГ (классификации DSM -4) могут служить основой консультативной беседы с родителями ребенка, который испытывает сложности в обучении и общении.

§ 1.4. Психокоррекция

Родителям и педагогам необходимо донести объективную информацию о том, что такое СДВГ. Врач и психолог должны:

1. сделать акцент на том, что проблемы ребенка с СДВГ обусловлены особенностями созревания его нервной системы, а не целенаправленным нарушением установленных правил и дефектами воспитания.
2. мотивировать родителей, педагогов и ребенка на длительную совместную работу. Мы в своей работе придерживаемся, мнения Ю.С. Шевченко о том, что ребенок должен быть осознанным участником коррекционного процесса: знать об имеющихся у него трудностях и о способах их преодоления, а также должен быть в курсе мероприятий, которые проводятся.

Ребенку с СДВГ должна оказываться комплексная коррекционная помощь, в которой равноправными участниками будут: ребенок, невропатолог, психолог, педагог (учитель или воспитатель).

Комплексная помощь ребенку с СДВГ должна включать следующие направления:

(мы имеем в виду ребенка, у которого невропатолог диагностировал СДВГ, а не просто активного):

- I. Наблюдение невропатологом или психиатром и при необходимости лечение
- II. Коррекция двигательной активности.
- III. Психолого-педагогическая коррекция
- IV. Психотерапия
- V. Коррекция семейных отношений

Объем оказываемой помощи зависит от того, что преобладает в структуре СДВГ и от степени дезадаптации каждого конкретного ребенка.

- I. Наблюдение неврологом или психиатром и при необходимости лечение

II. Коррекция двигательной активности

1. Поведение гиперактивного ребенка характеризуется повышенной двигательной активностью. Необходимо разграничивать целенаправленную активность с бесцельной подвижностью. Родители, по мнению выдающегося врача психотерапевта Гарбузова, должны стремиться с того момента, как ребенок начнет ходить, придать двигательной активности малыша направленность и организованность. Организация игр со смыслом (без бесцельного бега): где есть организованность, подчиненность цели. По мере взросления ребенка -спорт.
2. Если нет патологии сердечно – сосудистой системы, то ребенка необходимо максимально «нагружать» физическими упражнениями, направленными на восстановление поведенческих реакций, выработку координированных движений с произвольным расслаблением скелетной и дыхательной мускулатуры.
3. Избегать участия детей в различных спортивных соревнованиях. Так как сильная эмоциональная включенность в процесс дезорганизует деятельность детей. Возможны как неудачи в соревновании, так и эмоциональные срывы от перевозбуждения.
4. Посещение секций по плаванию, гребле, теннису и других способствует двигательной разрядке и мышечной радости, по мнению Шевченко Ю.С, завкафедрой детской психиатрии (г.Москва).
5. При дефиците внимания без двигательной расторможенности показаны занятия стендовой стрельбой, стрельбой из лука.
6. Поощрение занятий, требующих терпения: лего, мозаика, кубики, конструктор
7. Ребенок должен иметь возможность для активного отдыха в процессе интеллектуальной деятельности (психогимнастика, физкультпаузы, прогулки) на переменах. И желательно на уроке.

III. Психолого-педагогическая коррекция

Рекомендации по обучению:

«Общий принцип работы с детьми, имеющими легкие функциональные нарушения в работе мозга, заключается в том, что при обучении и организации их деятельности нужно максимально учитывать и обходить их дефект» Л.А. Ясюкова.

2. Необходимо обеспечить детям «мягкое», замедленное вхождение в учебу. Так как работа мозга нормализуется по мере взросления. Лучше, если ребенок позже пойдет в школу (лучше с восьми, ни в коем случае не в шесть лет).
3. Интенсивные занятия могут приводить к ухудшению общего соматического состояния детей, замедлять процесс физиологической нормализации работы мозга, усиливать его дезорганизацию. При сохраняющейся дезорганизации в работе мозга обучение продвигается исключительно медленно или оказывается вообще невозможным.
4. Необходимо избегать переутомления детей в течение учебного дня. Лучше, когда в 1 классе уроки длятся 30 минут, когда есть большая перемена с прогулкой.
5. Не рекомендуется оставлять детей в группе продленного дня, потому что они в гораздо большей степени, чем их здоровые сверстники, нуждаются в отдыхе, многим необходим дневной сон и всем отдых от группового общения. Длительное нахождение среди ребят приводит детей с ММД к перевозбуждению, дезорганизует умственную деятельность.
6. В классе должно быть объявление с темой пройденного урока, основными моментами нового материала и домашнее задание. Забирая ребенка из школы, родители знакомятся с этой информацией.
7. Родители должны быть готовы к тому, что в обучении детей с ММД, до относительной нормализации их мозговой деятельности, основную роль играют домашние занятия. Дома необходимо выполнить домашнее задание, повторить материал, пройденный в классе, чтобы проверить, все ли ребенок понял правильно, не осталось ли пропущенным что-либо существенное. Полезно рассказать ребенку заранее содержание предстоящего урока, чтобы вынужденные «отключения» не нарушали общее понимание того, что объясняет учитель.
8. В процессе обучения, необходимо освободить детей от вспомогательной, оформительской работы. Лучше, чтобы в первом классе дети с СДВГ писали, как можно меньше (использовать тетради с напечатанными заданиями, карточки с ответами).
9. Мелкую моторику, необходимую для выработки хорошего почерка, лучше развивать раскрашиванием по методу Монтессори. Обучение чтению, должно значительно опережать обучению письму. Очень эффективными для таких детей оказываются принципы и конкретные методы, предлагаемые Гленом Доманом.
10. В обучении необходимо как можно чаще показывать, рассказывать, совместно обыгрывать ту информацию, которая должна быть усвоена ребенком. Учебные демонстрации должны быть короткими (2-3 минуты), быстрыми и веселыми, каждый раз частично обновляться, чтобы не ослабевал интерес.

11. В конце работы надо обязательно хвалить ребенка, независимо от того, демонстрировал он свои знания или только смотрел, слушал и повторял. Ребенок всегда готов слушать и смотреть, а когда информация хорошо систематизирована, он легко научается ею пользоваться и с радостью это демонстрирует. Отрицательные эмоции заставляют ребенка избегать учебных ситуаций, он не хочет ни слушать, ни смотреть, чтобы не пришлось мучаться при ответе на вопросы. Требуя точного воспроизведения всей информации, мы заранее ставим ребенка в ситуацию неуспеха и тем самым разрушаем учебную мотивацию.

12. Обстановка на уроках должна быть непринужденной. Нельзя требовать от детей с ММД невозможного: самоконтроль и соблюдение дисциплины исключительно сложны для детей с ММД. «Рядовая» несдерживаемая недисциплинированность (дети могут сидеть, как им хочется; вертеться, иногда вставать) создает только легкий фоновый шум. И меньше мешает проведению урока, чем эмоциональные срывы детей и попытки учителей их приструнить.

13. Проблемы дисциплины частично решаются, если есть возможность оборудовать класс партами, рассчитанными на одного человека. Дети меньше обращаются друг к другу, больше сосредотачиваются на объяснении учителя.

14. Если учитель видит, что ребенок «выключился», сидит с отсутствующим взглядом, в этот момент его не надо трогать: ребенок все равно будет не в состоянии разумно отреагировать. Яркие эмоции (как положительные, так и отрицательные) создают нечто вроде иррадирующих очагов возбуждения и могут нарушать, как последующую деятельность, так и результаты предыдущей.

15. У детей с ММД довольно быстро формируется защитная деятельность: они стараются делать хоть что-нибудь, (все равно что), даже если не понимают, что и как надо делать. Если что-то сделано, в этом случае их ругают меньше. Дети быстро привыкают заполнять пустоты этой бессмысленной деятельностью. Было бы лучше, если бы в случаях незнания, они не делали ничего. Иначе, в результате такой защиты, в памяти детей, застревают абсурдные сведения, операции, которые еще больше дезорганизуют их мышление и осложняют обучение.

16. Монотонная неинтересная работа утомляет детей с ММД, так же как любая другая. Эти они отличаются от детей с ЗПР на базе легкой органики или педзапущенности.

17. Для закрепления материала урок должен быть построен так, чтобы на его протяжении, варьировался один и тот же алгоритм или тип задания. Это желательно еще и потому, что при построении урока, трудно учесть цикличность интеллектуальной активности с ММД. Дети работают в разном ритме: кто - то еще активен, кто-то уже устал или, наоборот,

отдохнул и готов подключиться к уроку. Учет цикличности интеллектуальной активности ребенка может быть полностью обеспечен в его домашней работе. Сммотри рекомендации для родителей.

18. Риск возникновения отклонений в развитии ребенка с ММД (школьные дезадаптации, неуспеваемость, ЗПР) определяются уровнем его интеллектуального развития. Именно на развитие интеллекта должна быть направлена работа специалистов и родителей. Попытки тренировать внимание и память не только бессмысленны, но и вредны, так как при этом сила ребенка тратится в пустую. Эти процессы не могут развиваться, пока не будет нормализована работа мозга.

18. Основные проблемы в развитии мышления у таких детей вызваны тем, что мышление долгое время остается как бы «линейным». Анализ оказывается возможным только по одному параметру и в одном направлении. Так как одновременное «схватывание» изменений какого – либо явления по нескольким параметрам для детей с ММД оказывается невозможным, необходима внешняя фиксация промежуточных ответов в процессе последовательно выполняемых действий. Это позволяет «совместить» промежуточные данные и оценить итоговый результат. При развитом визуальном мышлении ребенок быстро обучается пользоваться рисунками, схемами. Этим он снимает нагрузку на оперативные память и мышление, повышая общую эффективность собственной мыслительной деятельности. Визуальное мышление хорошо развивается в играх, связанных с конструированием, моделированием, выкладыванием узоров по картинке.

IV. Психотерапия

У ребенка с СДВГ мало друзей, низкая самооценка. Чаще, чем другим грозит неприятие окружающих (родителей, педагогов), так как они могут вывести из терпения самых спокойных и ко всему привычных взрослых. Ребенка постепенно убеждают, что «труднее и беспощаднее нет на белом свете». У ребенка начинает формироваться ожесточение против одергиваний и неприятия. И как вторичные дефекты возникают невротические проявления, протестные и патохарактерологические реакции, а со временем могут происходить и личностные изменения. Клиника СДВГ включает: невнимательность, гиперактивность и импульсивность, обусловленные дисбалансом в работе нервной системы. Все вторичные, третичные дефекты появляются у детей из-за того, что им своевременно не оказывалась необходимая помощь.

Одним из способов профилактики и коррекции, имеющихся у детей и подростков проблем, является психотерапия. Многие специалисты, работающие с этой категорией пациентов, говорят об эффективности 2 разнонаправленных подходов:

1. упражнения, которые успокаивают и сглаживают напряжение.
2. упражнения, направленные на концентрацию внимания и осознание своего тела, чувств, мыслей, переживаний.

Мы кратко остановимся на описании подходов различных специалистов, которые мы используем в практической работе. В зависимости от возраста ребенка, преобладания того или иного фактора в структуре СДВГ, степени дезадаптации мы подбираем определенный метод коррекции или используем их сочетание.

Вайолет Оклендер – гештальттерапевт

Тактильные ощущения помогают гиперактивным детям сконцентрировать внимание и лучше понять самих себя – свое тело и свои чувства. (Например, «Рисование пальцами с помощью красок и изготовление оттисков. Дети гордились результатами своей работы и собой. Дети включались в целенаправленную активность на несколько часов. Совместная работа с товарищами обеспечивала им ощущения, в которых они очень нуждались» (В. Оклендер). Во время занятий дети имеют возможность говорить о многих вещах, участвовать в дискуссиях, требующих логического мышления. Рассказывать о себе, выявлять новые чувства.

1. Глина, вода и песок обеспечивают тактильные ощущения. Неповторимую благотворную роль играет вода. Она обладает выраженным успокаивающим действием.

Прикосновения и мышечные движения являются полезными с точки зрения усиления самоощущения ребенка и способствуют релаксации, поэтому вполне естественно, что массаж оказывает благотворное действие на гиперактивного ребенка. Помимо профессионального массажа полезное действие оказывает и так называемый «родительский» массаж. (Шевченко Ю.С.)

2. Если ребенок суетится, «разбрасывается», то полезно обратить его внимание на то, что он делает, но не осуждать его. Часто дети с СДВГ задают много вопросов, не дожидаясь ответа, смотрят на что - то, не осознавая этого, и так же переходят к чему- то еще. Необходимо помочь ребенку сконцентрировать внимание на том, что он делает, помочь ему осознать, осмыслить это.

Детям нужно учиться иметь дело с вещами, окружающими их в реальной жизни. Дети очень быстро обучаются обращению с разными раздражителями, когда их учат тому, как сконцентрировать внимание на них. Отсюда, нет смысла «ликвидировать» все внешние раздражители в обстановке ребенка. Избегать раздражителей за счет их устранения или

путем игнорирования – значит, уменьшать возможности ребенка, даже ухудшать его жизненную ситуацию. (Ребенок, не умеющий ловить мяч, будет избегать ситуаций, когда это надо сделать. Если его мягко поощрять ловить мяч, его зрительно – моторная координация улучшится).

Гиперактивным детям необходимо предоставлять возможность для создания и развития их собственной внутренней структуры. У всех детей есть потребность в ощущениях, возникающих в процессе выбора; гиперактивные дети особенно нуждаются в возможности упражнять свою волю и суждения. Для осуществления своего выбора необходимо ощущение собственного Я. Способность принять ответственность за личный выбор приобретается путем опыта в процессе обучения. В своем стремлении определить границы и структуру поведения мы часто пренебрегаем необходимостью дать детям достаточный опыт выбора.

Шевченко Ю.С. – детский психиатр, соавтор методики «ИНТЕКС»

Неадекватное поведение, возникшее в детстве, способно зафиксироваться и привычно воспроизводиться, несмотря на терапевтическую и возрастную компенсацию церебрально-органической недостаточности. Для каждого поведенческого и интеллектуального навыка существует свой возрастной диапазон оптимального овладения, так называемый "сенситивный период", и то, что своевременно не усвоено, требует нередко специальных усилий и условий обучения в более старшем возрасте.

С другой стороны, первичные поведенческие нарушения, делающие ребенка неприспособленным к общепринятым стандартам социальных требований и воспитательных подходов, служат источником непонимания, неприятия и недовольства со стороны окружающих. "Он не может сидеть спокойно" — типичная жалоба взрослых, не замечающих неадекватности собственных претензий, ибо бесполезно требовать от человека того, что он не в состоянии выполнить. Таким образом, жизнь такого ребенка протекает в обстановке сплошных конфликтов, не только не способствующих улучшению поведения, но еще более ухудшающих его за счет вторичных адаптационных реакций протеста, отказа, оппозиции, гиперкомпенсации и др. Это в конечном счете может привести к патохарактерологическому формированию личности, "нажитой" психопатии.

В связи с этим комбинированная лечебная программа в отношении рассматриваемого контингента обязательно должна включать эффективную психотерапевтическую методику, улучшающую поведение детей за счет усвоения одобряемых моделей функционирования, отказа от девиантных поведенческих штампов, что в свою очередь ведет к уменьшению психотравмирующих взаимоотношений ребенка и его окружения, к гармонизации между ними.

В отношении детей дошкольного и младшего школьного возраста такой методикой является бихевиоральная (поведенческая) терапия, представляющая собой широкий арсенал приемов психологического воздействия, имеющих четкую направленность на изменение специфических форм поведения, вне зависимости от тех факторов, которые лежат в их основе. Отсюда — важнейшая предпосылка успешного проведения данной методики, заключающаяся в совокупности трех условий: анализ факторов, влияющих на отклоняющееся поведение конкретного ребенка; формулировка четкой поведенческой мишени (или системы отдельных мишеней); подбор действенных стимулов, являющихся непосредственной "наградой" за желательное поведение либо "наказанием" — за нежелательное.

Наш собственный опыт («Интекс») позволяет выделить ряд последовательных этапов данной методики. Вначале психотерапевт предлагает родителям составить список беспокоящих их форм поведения ребенка, подчеркивая, что его интересуют именно конкретные поведенческие феномены, а не их обобщенные названия типа "капризы" "неаккуратность", "плохая учеба", либо оценка родителями личностных качеств сына или дочери ("ленивый", "невнимательный", "несдержанный, и т.п.). Обсуждение представленных списков направлено на выделение четких, максимально простых и понятных поведенческих "мишеней", поддающихся объективной однозначной оценке на предмет их сохранения или ликвидации в процессе терапии. Такие "мишени" могут быть сформулированы следующим образом: "не собирает свои игрушки после того, как закончил играть", "не всегда чистит зубы по утрам", "бьет сестру", "кричит на бабушку", "не остается один в квартире", "разбрасывает свои вещи", "отказывается садиться за уроки" и т.п.

Подобные формулировки не содержат негативной оценки личности (следствием которой может быть чувство неполноценности), позволяют отделить родительское отношение к ребенку (которое должно определяться безусловным принятием и любовью) от их отношения к тем или иным конкретным поступкам, которые мешают естественному проявлению этой любви. С другой стороны, и ребенку гораздо легче понять, чего от него хотят, что он должен делать и чего не делать, чтобы не перестать чувствовать себя "хорошим". Такой "язык" в полной мере соответствует наглядно-действенному и конкретно-образному уровням мышления детей данного возраста. Конкретная поведенческая мишень легко может быть проиллюстрирована рисунком и разыграна в сценке на психотерапевтическом приеме

Наконец, тщательное осуществление первого этапа поведенческой психотерапии позволяет провести коррекцию взглядов, установок и требований самих родителей. В то

же время письменное составление списка проблем и их анализ позволяют более критически их осмыслить и отказаться от значительной части претензий, обусловленных родительским перфекционизмом или излишней тревожностью. Следует оставить лишь те поступки, которые на самом деле вызывают психологический дискомфорт, не компенсируемый положительными эмоциями от иных форм поведения. Приняв же решение о нежелательности того или иного поведения, следует постараться заменить вызывающие конфликт запреты компромиссным разрешением ситуации, предложить альтернативные способы удовлетворения индивидуальной потребности ("Вместо чтения перед сном послушай радио или магнитофон").

Описываемая методика успешно сочетается с психокоррекционным подходом, основанным на систематической передаче ребенку ответственности за те формы поведения, в отношении которых он уже в состоянии принимать самостоятельные решения. Одновременно проводится разделение проблем, подлежащих разрешению с помощью собственно поведенческой психотерапии и тех свойств высшей нервной деятельности, темперамента и характера (повышенная возбудимость, медлительность, истощаемость нервных процессов, рассеянность, неустойчивость активного внимания, слабый волевой контроль, незрелость эмоций, боязливость, эгоцентризм, злопамятность и т.п.), коррекция которых требует более широких психокоррекционных, развивающих, тренирующих и воспитательных мероприятий. *Общим принципом, позволяющим развивать желательные качества, является создание такой ситуации, при которой необходимость их мобилизации диктуется самим содержанием осуществляемой деятельности, а удовольствие от этой деятельности обеспечивает требуемые усилия по проявлению дефицитных качеств.* Известно, например, что самый невнимательный и непоседливый ребенок может часами просиживать за столом, собирая модели из детского конструктора, рисуя на любимую тему или играя с компьютером.

Частой ошибкой родителей и педагогов при воспитании ребенка с синдромом гиперактивности, является то, что, пытаясь развить дефицитарные качества, они одновременно требуют от него сосредоточенного внимания, усидчивости и сдержанности, т.е. возлагают на ребенка триединую задачу, с которой не всякий взрослый может справиться. *Организация коррекционно-педагогической работы с гиперактивными детьми должна соответствовать двум обязательным условиям.*

Первое — развитие и тренировку слабых функций следует проводить в эмоционально привлекательной форме, что существенно повышает переносимость предъявляемой нагрузки и мотивирует усилия по самоконтролю. Этому условию удовлетворяет игровая форма психокоррекционных приемов.

Второе — подбор таких игр, которые обеспечивая тренировку одной функциональной способности, не возлагали бы одновременной нагрузки на другие дефицитные способности, ибо известно, что параллельное соблюдение двух, а тем более трех условий деятельности вызывает у ребенка существенные затруднения, а порой просто невыполнимо. (Смотри приложение 1). Отсюда основное правило развития необходимых качеств у этих детей — предъявляя ребенку игру, требующую напряжения, сосредоточения, удержания и произвольного распределения внимания, следует до минимума снизить нагрузку на самоконтроль импульсивности и не ограничивать двигательную активность. Развивая усидчивость, не стоит одновременно напрягать активное внимание и подавлять импульсивность. Контроль за собственной импульсивностью не должен сопровождаться ограничением возможности получать мышечную радость и может допускать определенную долю рассеянности внимания.

Лэндрет Г.Л. – игровой терапевт (недирективный клиент – центрированный подход)

Игру детей можно оценить более полно, если признать, что она является для них средством коммуникации. Дети более полно и непосредственно выражают себя в спонтанной, инициированной ими самими игре, чем в словах, поскольку в игре они чувствуют себя наиболее удобно. Для детей возможность «отыграть» свой опыт и чувства - наиболее естественная динамическая и оздоровляющая деятельность. Терапевт несет ответственность за то, чтобы спуститься на уровень ребенка и общаться с ним при помощи тех средств, которые удобны ребенку. Рабочая система терапевтических отношений с детьми лучше всего создается в игре, и отношения эти являются краеугольным камнем той деятельности, которую мы называем психотерапией. Игра дает средства для разрешения конфликтов и передачи чувств. Чувства ребенка часто невозможно выразить вербально. На этом уровне развития у него не хватает когнитивных, вербальных средств для выражения того, что он чувствует; в эмоциональном плане он не может настолько сосредоточиться на интенсивности своих переживаний, чтобы можно было их адекватно выразить в словах.

Игровая терапия – динамическая система межличностных отношений между ребенком и терапевтом, обученным процедурам игровой терапии, который обеспечивает ребенка игровым материалом и облегчает построение безопасных отношений для того, чтобы ребенок мог наиболее полно выразить и исследовать собственное Я (чувства, мысли переживания и поступки) с помощью игры.

Игра является для ребенка тем же, чем речь является для взрослого. Динамика выражения и средства общения у детей несколько иные, но чувства (страх, удовлетворение, гнев, счастье, удовольствие) сходны с чувствами взрослых. Если

взглянуть на игру с этой стороны, окажется что игрушки для детей – слова, а игра речь. Несмотря на то, что «многие дети обладают достаточным словарем, у них нет того богатого опыта и ассоциативных связей, которые превратили бы эти слова в осмысленный сгусток эмоциональных переживаний, способных принести пользу в терапии» (Лэндрет)

Игра – символический язык для самовыражения; и игра может открыть нам: что пережил ребенок; как он реагирует на то, что он пережил; чувства, связанные с тем, что он пережил; какие желания, мечты и потребности возникают у ребенка и особенности его Я - концепции.

Игра представляет собой попытку ребенка организовать свой опыт, свой личный мир. В процессе игры ребенок переживает чувство контроля над ситуацией, даже если реальные обстоятельства этому противоречат. Игровые терапевты в ходе практики разрабатывают набор игрушек, которые облегчают ребенку выражение чувств. Лэндрет рекомендует следующий набор: игрушки из реальной жизни; игрушки, помогающие отреагировать агрессию; игрушки для творческого самовыражения и ослабления эмоций;

V. Коррекция семейных отношений

Рекомендации для родителей

1. Давайте одно поручение в один момент времени.
2. Показывайте, как справиться с делом, не отвлекаясь, первый раз на собственном примере.
3. Начните выполнять задание вместе с ребенком (у детей с дефицитом внимания трудности в организации начала работы).
4. Нагрузка должна соответствовать возможностям ребенка (особенно нагрузка на функции внимания: точность или усидчивость и т. п.)
5. При соглашении, о каком – то деле заключайте договор, «чуть» превышающий возможности ребенка. Поручение должно соответствовать уровню развития и способностям ребенка. Поощряйте за успех.
6. У ребенка должна быть возможность расходовать избыточную физическую энергию. Физкультпаузы, спорт, где исключены сотрясения головного мозга.
7. Поощряйте ребенка за кропотливые виды деятельности и концентрацию внимания.
8. Постепенно вовлекайте в игры: сначала один на один, затем в мини – группе. По возможности, сведите к минимуму участие в различных соревнованиях.
9. Соблюдайте оздоровительный режим: сон, питание, прогулки, витамины; сведите к минимуму просмотр телевизора и работу на компьютере.

10. Избегайте мест, где много народу.
11. Не перегружайте ребенка занятиями в кружках, особенно там, где значительная нагрузка на память, внимание, и есть вероятность физического переутомления.
12. В воспитании развивайте интеллект, делайте упор на логические закономерности поступков, а не на механической тренировке внимания (например, если не кормить рыбок, они погибнут).
13. Домашние задания делайте в том ритме, в котором работает мозг. Как только ребенок начинает перебирать карандаши, смотреть в пространство, необходимо сразу же делать перерыв, даже если он занимался 10 минут. Минут через 5 вернуться к урокам.
14. Во время выполнения уроков желательно находиться рядом с ребенком, чтобы возвращать его к занятиям. Сам он этого не может сделать.
15. Необходимо помнить, что утомление накапливается, несмотря на отдых. Накапливающееся утомление затрудняет осмысливание, систематизацию и запоминание даже той информации, которую ребенок воспринимает даже в активные периоды деятельности мозга. При переутомлении, могут разрушаться уже установленные, но еще не вполне укрепленные связи, т.е. «стирается», казалось бы, усвоенная информация. Учитывайте это при заучивании с ребенком стихов, правил.
16. На время забудьте о воспитании самостоятельности в работе, так как это непосильная задача для ребенка с ММД. Работа должна быть продумана взрослым так, чтобы это была четкая последовательность конкретных действий, между которыми можно было бы отдохнуть.
17. Учите ребенка рассуждать. Предварительные рассуждения вслух настраивают и подготавливают ребенка к деятельности. Предварительное проговаривание делает работу осмысленной, помогает ребенку осознать свои действия.
18. Разговаривайте с ребенком спокойным тоном, без директивных указаний. Проявляйте по максимуму терпение и заботу.
19. В воспитании избегайте двух основных крайностей: излишней жалости и вседозволенности, с одной стороны и, с другой стороны, строгих требований, которые ребенок не может выполнить.
20. Помните, что «главным является забота об общем состоянии здоровья ребенка, так как именно от этого самым непосредственным образом зависит и избавление от ММД, и поддержание определенного уровня работоспособности, необходимого для успешного обучения в школе». (Ясюкова Л.А.) Необходимо периодически обследовать ребенка у невропатолога и выполнять его рекомендации.

§ 1.5. Игры на развитие внимания, преодоление расторможенности и тренировку усидчивости. Игры на тренировку выдержки и контроля импульсивности (по материалам Шевченко Ю.С.)

1. ПОДВИЖНЫЕ ИГРЫ НА РАЗВИТИЕ ВНИМАНИЯ (устойчивости, переключения, распределения, объема)

1.1. "Слалом-гигант". Из стульев делаются две параллельные "трассы" слалома, которые соревнующиеся команды должны преодолеть, двигаясь вперед спиной. Тот, кто, лавируя между стульями, заденет один из них, возвращается на старт для повторной попытки. Побеждает та команда, все члены которой первыми преодолеют трассу без ошибок.

1.2. "Гонка за лидером". Беря старт, стоя по диагонали друг к другу за кругом из расставленных стульев, двое участников состязания бегут змейкой вперед спиной, стараясь догнать соперника. Через пять кругов определяется победитель (тот, кто настигнул или приблизился к сопернику). Если до этого кто-то три раза задел за стул, то он считается побежденным.

1.3. "Внимательные животные". Каждый, сидящий в круге выбирает роль животного, которое изображает характерной позой или жестом. Первый из играющих показывает свой образ, затем образ животного, выбранного кем-то другим. Тот, в свою очередь, повторяет свой образ и показывает еще чей-то. Выбывает тот, кто ошибся в показе, больше трех секунд продержал паузу, либо изобразил образ того участника, который уже выбыл.

1.4. "Запомни ритм". Ведущий предлагает участникам повторить за ним ритмическую модель, которую он воспроизвел с помощью хлопков. Для тех, кто не запомнил услышанный образец, дается ориентир в виде цифровой записи его, где цифра изображает число непрерывно, через равные интервалы следующих друг за другом хлопков, а тире между ними — паузы (например, 1-1-3-4-2). Для облегчения задачи предлагается вслух считать число хлопков в соответствии с их цифровым изображением. После освоения всеми ритмической мелодии она воспроизводится по кругу в индивидуальном, а затем нарастающем темпе. Сбившийся выбывает.

1.5. "Машинка". По той же схеме, что и в предыдущей игре. Осваивается пантомимическая модель, состоящая из последовательных групп движений, каждой из которых придумываются условные обозначения (например, два "квадрата", две "гармошки", один "квадрат").

1.6. На основании игр, описанных в пунктах 4 и 5, предлагается игра "Повтори за мной". Первый участник демонстрирует сопернику собственный ритм или пантомимическую модель в расчете на то, что их сложность не позволит тому ее повторить. Если так и происходит, то автор должен сам воспроизвести свое задание, в противном случае, он же и выбывает. Если автор повторил свою модель, то выбывает не сумевший этого сделать соперник. Если же последний справился с заданием, то уже он предлагает следующему игроку свой образец для повтора.

1.7. "Шапка-невидимка". В течение трех секунд надо запомнить все предметы, собранные под шапкой, которая на это время поднимается, а затем перечислить их.

1.8. Игры на распределение внимания.

"Мяч в круге" — стоя в круге, участники перебрасывают друг другу 1,2,3 и более мячей, сигнализируя о своих намерениях без помощи слов. Выбывает тот, чей брошенный мяч не был пойман.

"Броуновское движение" — ведущий вкатывает в круг один за другим несколько десятков теннисных мячей, которые не должны ни остановиться, ни выкатиться за пределы круга. Смысл — установление командного рекорда по количеству задействованных мячей.

"Волейбол без мяча" — две команды имитируют игру в волейбол по правилам (на три паса), но без мяча, а за счет обмена взглядами и демонстрации соответствующих движений.

2. ИГРЫ НА ПРЕОДОЛЕНИЕ

РАСТОРМОЖЕННОСТИ И ТРЕНИРОВКУ

УСИДЧИВОСТИ.

2.1. "Скамья запасных". Выбывший из игры должен сидеть на стуле до ее окончания. Если он встанет со стула или будет вертеться, то на всю команду налагается штрафное очко или ей засчитывается поражение.

2.2. "Восковая скульптура". Участники, сидящие в круге с закрытыми глазами, лепят "по цепочке" друг из друга одну и ту же скульптуру, после чего остаются в приданной позе до тех пор, пока не будет закончена последняя копия

2.3. "Живая картина". Создав сюжетную сценку, её участники замирают до тех пор, пока водящий не отгадает названия картины

2.4. "Автомобиль". Дети выступают в роли деталей ("колеса", "дверцы", "багажника", "капота" и т.п.), из которых водящий "собирает" автомобиль.

2.5. "Море волнуется" и другие игры типа "Замри-отомри".

3. ИГРЫ НА ТРЕНИРОВКУ ВЫДЕРЖКИ И КОНТРОЛЬ ИМПУЛЬСИВНОСТИ

3.1. "Сила честности". Каждый член команды должен по очереди отжиматься от пола столько раз, сколько сможет, но "честно", т.е. не сгибаясь, полностью касаясь грудью пола и поднимаясь на вытянутые руки. Как только "чистый" отжим не получается, его сменяет партнер по команде, а сам он становится в конец строя. Побеждает команда, первая закончившая 100 отжиманий. По тем же условиям осуществляются соревнования в качании пресса.

3.2. "Съедобное - несъедобное", "Черное с белым не носить, "Да" и "Нет" не говорить" и подобные игры, требующие самоконтроля для избежания импульсивных реакций.

3.3. "Подскажи молча". В играх 1.3, 1.6, 2.3 и прочих, где для достижения успеха дети подсказывают друг другу, это разрешается делать, но только молча, с помощью мимики и жестов. Выкрикнувший подсказку штрафуется или наказывается вся его команда.

3.4. "Продолжи ритм". После игры 1.4 каждый участвует в непрерывном воспроизведении освоенного ритма, имея право только на один хлопок после соседа по кругу. Опоздавший со своим хлопком, не выдержавший паузу, сделавший лишний хлопок — выбывает.

3.5. "Скалолазы". Участники должны пройти вдоль свободной стены, фиксируясь на ней постоянно минимум тремя конечностями. Кто оторвал или передвинул одновременно две конечности, считается "сорвавшимся" и возвращается на старт. Побеждает команда, первая всем составом добравшаяся до противоположного угла.

3.6. Игры типа "Угадай мелодию"

3.7. "Личный подвиг". Несдержанному, импульсивному ребенку дается индивидуальное задание — подняв для ответа руку, самому ее опустить и обдумать то, что хотел сказать, вновь подняв руку опять ее опустить и обсудить предполагаемый ответ с соседом. Только после этого вновь поднять руку, если хочется высказаться.

Добившись улучшения внимания, самоконтроля и усидчивости в играх с нагрузкой на одну функцию, можно переходить к играм, сочетающим требования к двум функциям одновременно в различных совмещениях: внимание плюс усидчивость; внимание плюс сдержанность; усидчивость плюс сдержанность. Таковыми являются игра в жмурки с не завязанными, а закрытыми, "на честность" глазами, игры "кто ушел?", "кто где сидел?", "узнай голос", "слепой скульптор" и т.п.

По мере улучшения произвольного внимания, уменьшения импульсивности и снижения двигательной расторможенности игры по правилам и психогимнастические приемы все чаще могут включать комплексную, триединую задачу психокоррекции гиперактивности у детей.

Перечисленные и иные игровые формы применимы в рамках самых различных организационных моментов (групповые психотерапевтические занятия, уроки физкультуры, прогулки на воздухе и проч.). Вне игровых моментов усилия ребенка по преодолению своей расторможенности должны стимулироваться и награждаться в соответствии с принципами бихевиоральной терапии.

Избыточные качества, например, повышенную потребность в двигательной разрядке, чрезмерную экспансивность, агрессивность, целесообразнее не просто подавлять, а направлять их реализацию в социально приемлемые и развивающие организационные формы. (Например, танцы, плавание, лыжи, коньки, борьба, бокс, футбол, легкая атлетика и другие виды спорта).

§ 1.5. Список литературы

1. Брызгунов И.П., Гончарова О.В., Касатикова Е.В. Синдром дефицита внимания: протокол лечения // Российский педиатрический журнал. 2001. № 5.
2. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики // Практическое руководство. Спб., 1997.
3. Выгодский Л.С., Лурия А.Г. Этюды о истории поведения. – М.: «Педагогика», 1993.
4. Гарбузов В.И. Нервные дети. Л.: Медицина, 1990.
5. Гиперактивный ребенок // Школьный психолог. 2000. № 4.
6. Дробинская А.О. Гиперактивный ребенок. Как ему помочь? // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2004. № 2. с. 67 -73.
7. Касатикова Е.В., Брызгунов И.П. Характеристика детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью // Педиатрия. Журнал им. Г.И. Сперанского. 2001. №
8. Ефимов О.И. Школьные проблемы. Для умных родителей, педагогов, врачей. М. -СПб.: Диля, 2004.
9. Лэндрет Г.Л. Игровая терапия: искусство отношений. М.: Международная педагогическая академия, 1994.
10. Московкина А.Г., Анисимова И.В. Как помочь ребенку с нарушением внимания // Дефектология. 2000. № 1.
11. Оклендер В. Окна в мир ребенка. М.: Класс, 1997.
12. Петрова Н. Если ребенок плохо говорит– М.-СПб.: Дима, 2005.
13. Семенова О.А. Гиперактивный ребенок в школе и дома. // Школа здоровья. 1997. т. 4. № 4.
14. Сиротюк А.Л., Синдром ДВГ. М., 2002.
15. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. М.: Медицина, 1986.

16. Халецкая О.В., Трошин В.М. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте. Н.Новгород, 1995.
17. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. М., 1997.
18. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций // Методическое руководство. Спб., 1997.