

Государственное бюджетное учреждение дополнительного образования,
Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи
Выборгского района Санкт-Петербурга

ОЭР по теме:

**«Совершенствование условий организации и осуществления
образовательного процесса для преодоления синдрома дефицита внимания и
гиперактивности у обучающихся»**

Отчет

**о проведенном анализе существующих методов, технологий и направлений,
способствующих преодолению СДВГ у обучающихся, используемых в процессе
организации образовательного процесса для размещения на электронном
информационно-методическом ресурсе ОЭР (Сайт)**

В рамках первого этапа ОЭР в 2018 году проведена работа по выявлению и анализу существующих методов, технологий и направлений, способствующих преодолению СДВГ у обучающихся, используемых в процессе организации образовательного процесса на основе комплексного междисциплинарного подхода.

В данном отчете приведено и систематизировано описание существующих в Российском и международном опыте методов, технологий и направлений, способствующих преодолению СДВГ у обучающихся.

Методы исследования: рефлексия и анализ психологической, педагогической и медицинской литературы, интернет-ресурсов по исследуемой проблеме.

**Системное описание существующих методов, технологий и направлений,
способствующих преодолению СДВГ у обучающихся,
используемых в процессе организации образовательного процесса
в рамках комплексного междисциплинарного подхода**

Актуальность исследования.

Среди множества проблем, находящихся на стыке клинических дисциплин, педагогической психологии, специальной психологии и педагогики, проблема СДВГ занимает одно из основных мест. Проблема эта тем более актуальна, что все большему числу детей уже в дошкольном возрасте ставится диагноз «гиперактивность», «синдром нарушения

внимания с гиперактивностью», что ставит таких детей в разряд детей с особыми образовательными потребностями.

Если раньше ребенок с особыми потребностями мог вызвать лишь сочувствие, то теперь в России, как и большинстве стран такого ребенка считают равноправным гражданином. Если раньше его рассматривали как нуждающегося в помощи и лечении, то теперь — как независимого, но нуждающегося в сопровождении и поддержке. Все эти изменения в отношении к людям с особенностями в развитии связаны с интенсивными прогрессивными процессами последних десятилетий XX в. в США, Западной Европе и их началом в 1990-е гг. в России. Прогрессивные процессы обусловлены интеграцией детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе и с особыми образовательными потребностями, в общество и образовательную среду (Н. Н. Малофеев, 1996, 2003; Н. М. Назарова, 1996; Л. М. Шипицына, 2004; А. Р. Маллер, 2000; А. Н. Коноплева, Т. Л. Лещинская, 2003; А. Бакк, К. Грюневальд, 2001 и др.).

В связи с принятием Международной Конвенции о правах ребенка, Стандартных правил по обеспечению равных возможностей для инвалидов (ООН), Саламанской Декларации и Рамок действий по образованию лиц с особыми потребностями (ЮНЕСКО) эти дети законодательно получили право на интегрированное обучение. Приобрели большое значение вопросы выявления потенциальных возможностей этих детей, разработки инновационных образовательных программ, создания специальных условий образовательного процесса с целью активного включения их в образовательный процесс, интеграции в социум [60].

В современном информационном цифровом обществе особую роль приобретает проблема способности системы образования реагировать на меняющиеся условия обучения, на особую важность роли педагога в процессе изучения уровня и качества здоровья детей, воспитания здорового ребенка на разных возрастных этапах развития, в условиях его жизнедеятельности. (М.М. Безруких; Н.К. Смирнов; В.Р. Кучма).

Решению этой проблемы способствует выявление педагогических условий, направленных на анализ объективных закономерностей, обеспечивающих поддержание и восстановление эффективной работоспособности (баланса) учащихся с СДВГ в специфических условиях образовательного процесса (В.Ф. Базарный, Л.Г. Татарникова, З.И. Тюмасева, И.Л. Орехова, Е.И. Ярославцева, и др.) [10]

В данном контексте особо актуальным является исследование методов, технологий и направлений, способствующих преодолению СДВГ у обучающихся, используемых в процессе организации образовательного процесса. По данным проведенного нами

исследования главенствующее место в работе с детьми с СДВГ как в нашей стране, так и за рубежом занимают медицинские работники и психологи (Р.Ф. Баркли, 2004, 2011, Р. Байярд, 1991, Н.Н. Заваденко, 2001, 2018, А.Л. Сиротюк, 2007, Л.С. Чутко, 2007, 2012 и др.). Однако игнорирование проявлений данного синдрома учителями имеет серьезные педагогические и медико-социальные последствия для детей с СДВГ, их семей, школы и общества в целом.

Опыт практической лечебно-коррекционной работы и результаты исследований проводимых в лаборатории коррекции психического развития и адаптации Института мозга человека РАН (Научно-методический центр по лечению дефицита внимания и поведенческих нарушений), (Л.С. Чутко, Ю.Д. Кропотов, 2012г.) убедительно доказывают необходимость отдельного выделения педагогической составляющей в решении данной проблемы. Современный взгляд на проблему СДВГ специалистов-нейрофизиологов данного Центра заключается в том, что педагогическая составляющая выражается не столько в дефиците внимания, сколько в «дисфункции управления поведением». Таким образом, практическое решение данной проблемы средствами педагогики актуально и нуждается в серьезной проработке [56, 57].

Научно-методический центр по лечению дефицита внимания и поведенческих нарушений активно сотрудничает с ГБУ ДО ЦППМСП Выборгского района Санкт-Петербурга по направлению работы с детьми с СДВГ на протяжении ряда лет и является социальным партнером в рамках ОЭР. В основные научные задачи центра входит: Разработка единой системы оказания медико-психологической помощи детям с СДВГ в Санкт-Петербурге. Основные организационно-методические задачи: консультирование районных психолого-педагогических центров и психологов учреждений образования; проведение тренингов с психологами и педагогами; проведение образовательных семинаров для родителей детей с СДВГ.

Как подчеркивает А.Л. Сиротюк, проблему гиперактивности невозможно решить волевыми усилиями, авторитарными указаниями и убеждениями. Гиперактивный ребенок имеет нейрофизиологические проблемы, справиться с которыми он самостоятельно не может. Дисциплинарные меры воздействия в виде постоянных наказаний, замечаний, окриков, нотаций не приведут к улучшению поведения ребенка, а скорее ухудшат его [46].

В связи с этим в рамках педагогических подходов, прежде всего, речь идет о тех научных концепциях развивающего характера, которые ориентированы на духовное и ценностно-смысловое воздействие на детей и подростков (А.Г. Асмолов, Д.Б. Богоявленская, С.Л. Братченко, В.П. Зинченко, Д.А. Леонтьев, В.А. Петровский, В.И. Слободчиков, Д.И. Фельдштейн). Коррекция поведенческой и эмоциональной сферы ребенка с СДВГ возможна

только при условии осмысления тех личностных компонентов, которые непосредственно выводят взаимодействие со взрослыми и сверстниками на личностный уровень, которые будут способствовать формированию и становлению личностных качеств в младшем школьном и подростковом возрасте, а следовательно, способствовать формированию корректных ценностей общения и взаимодействия. Такие психологи как А.А. Деркач, И.В. Дубровина, Д.И. Фельдштейн отмечают важность целенаправленного формирования смысложизненных ориентаций в дошкольном и школьном возрасте в условиях гуманистических преобразований социальной среды, создания условий для развития культурных и нравственных ценностей в молодежной среде.

А.Л. Сиротюк подчеркивает, что дети с синдромом гиперактивности имеют достаточно высокие компенсаторные механизмы, но для их включения необходимы определенные условия: обеспечение эмоционально нейтрального воспитания без интеллектуальных перегрузок; соблюдение режима дня и достаточное время для сна; соответствующая медикаментозная поддержка; разработка индивидуальной помощи ребенку со стороны неврологов, психологов, воспитателей, родителей: своевременная и полноценная нейропсихологическая коррекция. Коррекционный потенциал работы с детьми с СДВГ и гиперактивностью заключается прежде всего в практике новых социальных отношений, в которые включается ребенок в процессе специально организованной деятельности, что дает возможность существенно понижать высокую выраженность проявлений по таким показателям как импульсивность, невнимательность и гиперактивность и считать результативными те показатели, которые достоверно изменяются более чем на 25% [31].

Одновременно с этим, как отмечает Л.Д. Столяренко, важное место в преодолении синдрома дефицита внимания принадлежит медикаментозной терапии. Поэтому необходимо убедиться в том, что такой ребенок находится под наблюдением врача [50].

Есть ряд ученых-медиков, которые видят решение проблемы только в разрезе медицинского и физиологического вмешательства. Так, новейшим способом коррекции СДВГ с точки зрения А.Р. Глускиной является, так называемая, транскраниальная микрополяризация головного мозга. Суть метода заключается в воздействии электротоком силой 300 мкА на подкорковые структуры мозга по сагитальной линии. В ходе процедуры пациенты обычно не испытывают никаких субъективных ощущений, связанных с действием поляризующего тока [14].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что помощь детям с СДВГ носит комплексный, многофакторный характер и не может сводиться к сугубо фармакологическим или психотерапевтическим мероприятиям. При этом лечение должно быть своевременным,

включать по показаниям медикаментозную терапию, коррекцию плана школьного обучения, педагогические, коррекционные и психотерапевтические занятия, поведенческую терапию и работу с семьей в целом [1,2,5,9,20,21,32,48,54,61].

Наибольшие трудности дети с СДВГ испытывают в процессе обучения. Это обусловлено самим характером патологии, препятствующим усвоению учебного материала и созданию адекватной атмосферы на уроке, организацию помещения класса, модификацию преподавания, воздействие через одноклассников, приемы символической «школьной экономики» [18]. При необходимости решается вопрос о переводе ученика с СДВГ на индивидуальное обучение в рамках индивидуального образовательного маршрута. Одним из эффективных методов немедикаментозного лечения СДВГ является терапия, основанная на принципе биологической обратной связи (БОС), которая используется с тех пор как Lubar J. и Shous M.N. (1976) впервые предложили модификацию сенсомоторного бета 1-ритма в рамках нейротерапии СДВГ. К достоинствам использования данного метода относится активное участие самого ребенка. В результате ЭЭГ-тренинга, ведущего к нормализации центральных механизмов регуляции, восстановлению метаболических и нейромедиаторных функций, в мозге формируется функциональная система, обладающая собственным эндогенным механизмом устойчивости. В России работы в области нейротерапии СДВГ ведутся в Институте молекулярной биологии и биофизики СО РАМН и в Институте мозга человека РАН. Исследователи указывают на сопоставимые с фармакотерапией по эффективности результаты нейротерапии и длительный эффект от применения БОС [55].

Как правило, родители и другие члены семьи ребенка до визита к врачу не осведомлены о том, что СДВГ – поведенческое расстройство, требующее лечения, а аномальное поведение ребенка не является следствием неправильного воспитания. Специалисту приходится убеждать родителей, что ни ребенок, ни они сами не виноваты в сложившейся ситуации. Поскольку СДВГ характеризуется длительным течением, родители должны быть знакомы с принципами воспитания таких детей и владеть техниками, изменяющими поведение ребенка. Родителей обучают приемам воспитания и коррекции поведения индивидуально или в группах. Все существующие методы работы с семьями детей объединены одной целью – сориентировать родителей на эффективное сотрудничество с ребенком и сформировать у них необходимые для этого навыки взаимодействия [15,17,20,23,29,39,40,44,64].

В многочисленных исследованиях проблемам, посвященных детям с СДВГ показано, что комплексная помощь таким детям невозможна без профилактики (устранения) школьной дезадаптации, являющейся острейшей проблемой современной школы. Обычно такие дети

не находят понимания в школах. Часто администрация настаивает на их переводе на надомное обучение, на переводе в специальные классы, на смене образовательного учреждения. Выдержки из дискуссий на форуме родителей детей с СДВГ ясно показывают неготовность учителей принять особенности таких детей. Наиболее эффективны в такой ситуации различные психолого-педагогические методики коррекции синдрома дефицита внимания, среди которых главная роль отводится поведенческой психотерапии. На основе данных медицинской и психолого-педагогической диагностики выстраивается индивидуальная схема лечения и психолого-педагогической коррекции ребенка с СДВГ.

Вопрос об организации специальных классов неоднократно обсуждался в литературе. Ряд авторов отмечает целесообразность создания таких классов, ссылаясь на зарубежный и отечественный опыт (Брызгунов И.П., 2001).

В 70-е годы XX 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 предполагало отсутствие отвлекающих предметов, рассадку учеников на значительном удалении 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. 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 (Мурашова Е.В, 2004 г., Заваденко Н.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.

Проблемой психологического сопровождения детей с СДВГ занимались такие отечественные исследователи, как Г.Л. Бардиер, И.П. Брызгунов, Н.Н. Заваденко, Е.В. Касатикова, Е.К. Лютова, Г.Б. Моница, Е.В. Мурашова, А.Л. Сиротюк, Л.С. Чутко и др.

Г.Л. Бардиер предлагает понимать под психологическим сопровождением поддержку психически здоровых людей; системную интегративную технологию социально-

психологической помощи семье и личности; особую форму социальной и психологической помощи детям и участникам учебного и воспитательного процесса.

Психокоррекционная часть психологического сопровождения включает в себя использование следующих методов:

1. Арт-терапия. В основе арт-терапии лежит творческая деятельность, неограниченные возможности ребенка для самореализации и самовыражения, что помогает ему адаптироваться в реальной жизни.

2. Игровая терапия. Мони́на Г.Б. с соавторами указывают, что игровая терапия является естественной и эффективной формой работы с детьми. Игровая деятельность влияет на формирование произвольных психических процессов, развивает мыслительные процессы и функции, самостоятельность в суждениях и принятии решений. Также она совершенствует опорно-двигательную и волевую активность, развивает способность понимать свои чувства, способствует укреплению самооценки и улучшению коммуникативных навыков.

3. Музыка́терапия. Лютова Е. К. и Мони́на Г. Б. рекомендуют использовать музыкотерапию в сочетании с каким-либо другим методом – например, арт-терапией, телесной терапией.

4. Психогимнастика, телесно-ориентированная терапия. Помогают ребенку научиться понимать свое тело, управлять им, позволяют в невербальной форме отреагировать на эмоциональные переживания. Сиротюк А. Л. и Брызгунов И. П. с соавторами предлагают использовать такие методики, как, например, дыхательные техники, пантомима, айкидо, аутотренинг, методика напряженных поз.

5. Поведенческая и семейная терапия. Должны использоваться вместе для наибольшей эффективности. И.П. Брызгунов и Е. Касатикова среди психолого-педагогических методов коррекции СДВГ главную роль отводят именно поведенческой и семейной психотерапии.

Исследователи предлагают в программе поведенческой коррекции выделять 2 этапа: домашний и учебный.

В домашнюю программу коррекции рекомендуется включать:

- изменение поведения взрослых и их отношения к ребенку;
- изменение психологического микроклимата в семье;
- организацию режима дня и места для занятий ребенка;
- внедрение методов поощрения поведения ребенка.

В учебную программу коррекции рекомендуется включать:

- изменение окружения;

- создание положительной мотивации, ситуации успеха;
- коррекцию негативных форм поведения;
- регулирование ожиданий (положительные изменения в поведении ребенка проявляются не так быстро, как хочется окружающим).

Также исследователи указывают на необходимость комплексного подхода при работе с СДВГ: сотрудничество семьи и школы, взаимодействие специалистов разных областей – психологов, врачей, социальных педагогов.

Коррекционные программы должны быть ориентированы преимущественно на возраст 7-12 лет, когда компенсаторные возможности мозга велики и еще не успел сформироваться патологический стереотип.

Брызгунов И. П. подчеркивает важность “мультимодального” лечения и предлагает выделять следующие этапы:

- просветительные беседы с ребенком, родителями, учителями;
- обучение родителей и учителей поведенческим программам;
- расширение круга общения ребенка через посещение различных кружков и секций;
- специальное обучение в случае затруднений с учебной;
- медикаментозная терапия;
- аутогенная тренировка и суггестивная терапия (гипноз)».

Сиротюк Л. А. предлагает программу нейропсихологического развития и коррекции детей с СДВГ, представленную 16 занятиями.

Мурашова Е. В. справедливо замечает, что опыт применения психотерапии при СДВГ недостаточен, однако снижение психологической напряженности в семье и создание благоприятной для ребенка обстановки способствуют лечению. Автор считает, что объяснение ребенку причин его неудач в жизни на понятном ему языке является неотъемлемой частью психотерапии [36].

Монина Г.Б. главной целью психотерапии детей с СДВГ считает оказание помощи в адаптации к существующим условиям жизни с учетом симптоматических проявлений данного заболевания. Специалисты, осуществляющие сопровождение ребенка с СДВГ, должны направлять усилия на выявление сильных сторон личности с целью помочь ребенку ощутить себя успешным, повысить самооценку и мотивацию достижений в других областях деятельности [34].

Шипицына Л.М. предлагает сопровождение гиперактивного ребенка в условиях ОУ и семьи осуществлять комплексно, в ходе сопровождения необходимо объединять и правильно сочетать различные подходы – медицинский, психолого-педагогический, «родительский».

Необходимыми условиями успешности сопровождения ребенка с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью являются своевременность, последовательность и достаточная продолжительность оказываемой помощи. Взрослый должен быть готов к длительной работе, а не к быстрому результату, хотя при уравновешенном подходе первые результаты могут стать заметными достаточно скоро.

В программа коррекции в ОУ рекомендуется включать:

1. Создание положительной мотивации, ситуаций успеха.
2. Обучение ребенка релаксации.
3. Коррекция негативных форм поведения, в частности немотивированной агрессии.
4. Развитие дефицитарных функций.
5. Развитие навыков межличностного взаимодействия.
6. Работа с родителями гиперактивного ребенка (информирование о проблеме, обучение эффективным способам взаимодействия и общения с ребенком) [60].

Таким образом, анализ исследований по проблеме психологического сопровождения показал, что авторы придерживаются мнения о многоаспектности решения данного вопроса. Программа комплексного сопровождения детей с СДВГ в условиях образовательной организации должна включать следующие компоненты: медикаментозное лечение, психолого-педагогическая профилактика и коррекция проблем развития ребенка с СДВГ, психолого-педагогическое сопровождение участников воспитательного процесса (родителей, учителей).

В настоящее время педагогические методы, технологии и направления, способствующих преодолению СДВГ у обучающихся, используемых в процессе организации образовательного процесса в рамках комплексного междисциплинарного подхода ориентированы преимущественно:

- На сохранение и укрепление здоровья школьников (в том числе детей с СДВГ) в образовательном процессе:

Реальная разгрузка содержания образования. Использование эффективных методов обучения. Повышение удельного веса и качества занятий по физической культуре. Организация мониторинга состояния детей.

- На изменение стиля взаимоотношений ученика с учителем на основе педагогической поддержки при создании адаптивной образовательной среды:

- Организация условий, при которых ребенок может изменять свое отношение к трудностям с восприятия их как неприятного факта в жизни на отношение к ним как к

проблеме, имеющей решение. В ходе этих преобразований педагог выводит ребенка на осознание значения субъектной позиции, на развитие адаптивных способностей.

- Содействие ребенку в его самореализации. Для преодоления конкретной проблемы, педагог организует условия для пополнения имеющегося в опыте ребенка арсенала способов поведения в проблемных ситуациях. Педагог, следуя цели "выращивания" субъектной позиции ребенка, сохраняет в качестве особой ценности его активное участие – он не запрещает ему действовать, не навязывает своего варианта решения проблемы. Педагог создает для ребенка прецедент наличия различных вариантов действий, которые ребенок осознанно "примеряет" на себя и самостоятельно выбирает необходимый.

- Внедрение информационных технологий:

Информационные технологии превращаются в инструмент, используемый во всех сферах деятельности школы и становятся метадисциплиной. Использование возможностей ИКТ как мотивационной составляющей при работе с обучающимися с СДВГ.

- Создание модели культурно-образовательного центра в образовательном учреждении:

- Новое представление о школе как посреднике, призванном исполнять роль организатора и координатора образовательных воздействий на субъектов культуры и районного социума.

- Новая роль – новое взаимодействие – новый институт (культурно-образовательный центр) – один из путей развития школы в образовательном пространстве района.

- Школа из транслятора культуры превращается в создателя собственной культурно-образовательной среды, интегратора и создателя новых сетевых образовательных взаимодействий.

- Функционирование в школе органов ученического самоуправления.

- Органами ученического самоуправления являются Советы классов и Союз старшеклассников, действующие на принципах равноправия, самоактивизации, организаторского саморегулирования и коллективного контроля.

- Цели: защита прав ребенка; работа над расширением прав и возможностей школьников, поощрение их инициатив; формирование и сохранение школьных традиций; совместное решение педагогами и учащимися наиболее значимых вопросов учебно-образовательного процесса; приобретение школьниками навыков организаторской, управленческой, политической и других видов деятельности в рамках дополнительного образования.

- Советы классов и Союз старшеклассников участвуют в планировании и организации внеклассной работы; организуют и корректируют дежурство в классе и школе; способствуют поддержанию дисциплины и порядка в школе; вносят свои предложения по активизации, совершенствованию системы самоуправления в школе; передают свои решения по определенным вопросам в администрацию школы через заместителя директора по воспитательной работе.

Образовательная среда школы как фактор, влияющий на успешность обучения детей с СДВГ

В ГБОУ СОШ № 518 Выборгского района Санкт-Петербурга образовательная среда школы ориентирована на создание следующих условий для организации образовательного процесса детей с СДВГ:

- Создание игрового пространства в рекреациях школы способствует снятию статичного напряжения, восстановлению работоспособности;
- Использование различных видов познавательной активности на уроках;
- Коррекционно – развивающие занятия в темной сенсорной комнате;
- Организация второй половины дня, предоставляющая возможность ребенку попробовать себя в различных видах деятельности;
- Работа с семьей по формированию единства требований.

О.А. Власова в своем исследовании обосновала Модель валеолого-педагогического сопровождения учащихся с СДВГ в образовательном процессе. Структурными компонентами модели являются следующие:

- *целеполагание* как расширение сферы профессиональных компетенций педагогов в области разработки и внедрения валеолого-педагогического сопровождения;
- *психолого-педагогические основания* валеолого-педагогического сопровождения (умение активизировать личностные, потенциально присутствующие, данные природой возможности; рефлексия своего опыта, самопознания и саморазвития; рефлексия валеологических знаний и создание на их основе индивидуальной программы здорового образа жизни) и системы валеологических принципов (принцип субъектной ориентированности «Не мир, а ребенок»; принцип прогнозируемой успешности «Успешность», «Воспитание достоинства»; принцип персонализации «Особенности, а не отличительность»; принцип осознания ответственности за свое здоровье);
- *педагогические условия* организации процесса двудоминантного взаимодействия;
- *отбор технологий* для валеолого-педагогического сопровождения по результатам диагностик на основе использования классификатора;

- *эффективность*, которая определяется по критериям: для педагогов - развитие валеологической компетентности в области взаимодействия с детьми с СДВГ (осуществление педагогической деятельности с учетом валеологической доминанты; овладение навыками саморегуляции, саморефлексии; овладение навыками моделирования взаимоотношений с ребенком с СДВГ с применением здоровьесберегающих технологий; высокая мотивация на здоровый образ жизни); для учащихся – сравнительные показатели проявления динамики улучшения (уменьшения) дефицитарных функций (улучшение эмоционального благополучия; преодоление непосредственных (импульсивных) реакций; улучшение взаимоотношений ребенка со взрослыми и сверстниками; повышение работоспособности; повышение уровня мотивации и самооценки; овладение навыками саморегуляции поведения; создание стратегии собственной деятельности по улучшению здоровья) [10].

Методы и приемы для работы, рекомендованные для детей и подростков, потенциально имеющих проявления СДВГ

Наиболее значимым условием эффективности обучения является включение обучающихся в активную деятельность, определяющую их стиль, является мотивационная обусловленность обучения (Д.А. Леонтьев, 2002; А.К. Маркова, 1990; С.П. Петрова, 1997). В структуре занятия могут быть использованы различные методы и приемы, активизирующие деятельность учащихся, повышающие интерес к обучению и способствующие эффективному взаимодействию педагога и школьников.

Смена разных видов деятельности на уроках, проведение творческих работ, подбор дидактического материала с учетом особенностей ребенка, введение элементов игры – все это способствует максимальному учету индивидуальных и возрастных особенностей учащихся даже в условиях классно-урочной системы и, безусловно, будет помогать повышению учебной мотивации.

Например, такой прием, как использование притч. Еще одним приемом, способствующим формированию мотивационной обусловленности обучения, является предоставление детям с СДВГ выбора формы домашнего задания.

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

Предложенный Л.И. Айдаровой, Т.Ю. Соколовой (1997) метод составления текстов диктантов самими учениками также способствует повышению учебной мотивации. Для повышения мотивации обучения может использоваться и такой метод: раздав всем ученикам печатный текст, учитель просит отметить в нем те части, детали, которые могут стать "опасными" для более младших детей, которые будут читать его завтра. Как правило, ребята отмечают слова, примеры, в которых сами часто делают ошибки.

В настоящее время многие педагоги используют гибкую систему поощрений и наказаний. В условиях школы такими поощрениями в зависимости от индивидуальных и возрастных особенностей ребенка могут стать: возможность выбрать то или иное задание, помощь учителю в проверке тетрадей, роль "Хранителя времени" в классе, возможность писать на школьной доске во время перемены или на уроке, первое место в строю, выполнение письменного задания на компьютере и др.

В этом случае с ребенком заранее оговаривается, за какое конкретное действие он получает жетон: за выполненную без ошибок домашнюю работу, за подготовленный к уроку дополнительный материал, за правильно решенную на уроке задачу, за то, что в течение урока не получил ни одного замечания, и т. д.

Если же ребенок допускает ошибку, получает замечание, он тоже "расплачивается" жетонами, которых у него с каждой оплошностью становится меньше.

В настоящее время повышается эффективность использования компьютера как дидактического средства. Особенность компьютерного обучения –пошаговость, оперативная обратная связь, что способствует поэтапному формированию учебных умений и навыков. Однако перед педагогом встает несколько вопросов: как использовать компьютерное обучение при работе с детьми с СДВГ, нужно ли это увлекающимся и легко отвлекающимся ученикам? Прежде всего, компьютерные технологии позволяют осуществлять полимодальный подход к обучению (развитие зрительных, слуховых, кинестетических анализаторов и др.), что очень важно в работе с данной категорией детей.

Методы и приемы, используемые для обучения русскому языку детей с СДВГ

Поскольку такой учебный предмет как русский язык требует большой степени усидчивости, внимания, кропотливости в работе, для учеников с СДВГ, к сожалению, он становится самым трудным и не любимым.

1. Урок должен иметь одинаковую структуру в течение долгого времени (2 нед. – 1 мес.). Когда ребенок знает, какой этап следующий, то чувствует себя спокойно.

2. Лингвистическая разминка вначале урока обязательно прописывается в левом верхнем углу доски (мозговая зона фиксации внимания) с примерами на уровне слова в столбик. Если вы сразу начнете работу на уровне предложения или текста, то запустите механизм дисграфии. На этом уроке ребенок сделает много ошибок на перестановку букв, слогов, замены.

3. Вовремя лингвистической разминки, прописанной в столбик, задавайте вопросы на сравнение примеров по разным параметрам с целью зрительного сканирования записи сверху-вниз и наоборот. Постепенно расширяйте зрительное пространство слева направо, дописывая к первичным примерам необходимое для изучаемой темы урока.

4. Работа с текстом должна приходиться на середину урока. Перед этим этапом обязательно должна быть проведена полноценная физразминка в положении стоя. При работе с текстом используйте перфорированные заготовки. Постоянно увеличивайте плотность урока за счет работы в тексте выделителями различных цветов для стимуляции внимания.

5. Важно использовать в работе прием письма по памяти как средство для увеличения порога внимания. Можно давать один и тот же выученный пример с промежутками в 1-2 недели.

6. Используйте прием перемещения знаков (букв, слогов, слов) для составления единого целого (слова, предложения, текста) обязательно в конце урока с целью создания элемента целостной картины мира.

7. В течение урока русского языка ребенок с СДВГ может качественно написать в тетрадь не более 70-75 слов (5-6кл.), 80-85сл. (7-8кл.), поэтому большее количество заданий должно быть преподнесено в форме распечаток. У детей с СДВГ чаще всего нечитаемый почерк, и если с ним не работать, то почерк исчезнет, как форма деятельности ребенка совсем, к 14 годам не из-за лени и небрежности, а как проявление заболевания. Можно включать в работу каллиграфические задания с обводками по кальке небольших текстов до 40-50 слов объема.

Специалисты Выборгского района в рамках работы с детьми с СДВГ используют здоровьесберегающие технологии, игровые технологии, элементы технологии проблемного обучения, технологии дифференцированного обучения, элементы технологии поэтапного формирования умственных действий, компьютерные технологии.

Школьники не умеют планировать свои действия в ходе решения учебных задач. Необходимо уделить должное внимание обучению методу алгоритмизации, так как этот метод работы учит детей контролировать свои действия.

Алгоритм – это упорядоченная последовательность действий. Навык работы по алгоритму необходим для формирования навыка орфографически правильного письма, для формирования и развития навыка самоконтроля, для успешного освоения программы по математике.

М.Р. Львов выделяет 6 этапов, которые должен пройти школьник для решения орфографической задачи:

- увидеть орфограмму в слове;
- определить вид орфограммы, вспомнить правило;
- определить способ решения задачи в зависимости от типа (вида) орфограммы;
- определить «шаги», ступени решения и их последовательность, т.е. составить алгоритм решения задачи;
- решить задачу, т.е. выполнить последовательные действия по алгоритму;
- написать слова в соответствии с решением задачи и осуществить самопроверку.

Процесс преобразования орфографического умения в автоматизированное действие, навык, моделируется так: мотив, цель, выбор способа действия, определение типа орфограммы, построение алгоритма, действие по алгоритму, повторные действия, упражнения, появление признаков автоматизма, постепенное «свертывание» алгоритма, автоматизм написания орфограмм.

Создание на занятии опор, работа над алгоритмом, поиск решения проблемы или исследование повышают уровень мотивации, заинтересованности ребенка в собственном труде, а это приводит, в конечном счете, к успеху.

Опорные схемы активизируют детей, организуют внимание к объяснению учителя и ответу товарища, разнообразят работу. Повышается интерес к учению. Дети быстрее думают, быстрее пишут, свободнее рассуждают, доказывают. В целом обеспечивается высокая организация каждого этапа, дружная работа.

Одной из наиболее приемлемых для обучения детей с СДВГ технологий является авторская технология С.Н. Лысенковой.

Концептуальные положения авторской технологии С.Н. Лысенковой:

Личностно-ориентированный подход педагогики сотрудничества.

Успех –главное условие развития детей с СДВГ в обучении.

Комфортность в классе: доброжелательность, взаимопомощь; ребенок, у которого что-то не получается, не чувствует себя ущербно, не стесняется отвечать, не боится ошибиться.

Предупреждение ошибок, а не работа над ними.

Последовательность, системность содержания учебного материала.

Дифференциация, доступность заданий для каждого.

К полной самостоятельности — постепенно.

Через знающего ученика учить незнающего.

Особенности проведения технологии С.Н. Лысенковой

В класс приходят дети с разным уровнем развития. Есть такие, которые схватывают «все на лету», а есть и те, которым необходимо время для прочного и глубокого усвоения знаний и умений. С ними нужно работать дольше и всестороннее работать с каждой изученной темой. Для этого необходимо время. Необходимо опережать программу, найти на уроке резерв времени. Педагог открыла замечательный феномен: чтобы уменьшить объективную трудность некоторых вопросов программы, надо опережать их введение в учебный процесс. Таким образом, усвоение материала происходит в три этапа:

1) медленное последовательное знакомство с новыми понятиями, раскрытие темы. На этом этапе идет активное развитие доказательной речи с использованием опор. Выполняются практические работы с комментируемым управлением. При ответах учитывается желание детей. Активны на этом этапе, как правило, сильные ученики;

2) уточнение новых понятий, их обобщение, применение. Школьники уже сознательно ориентируются в схеме-обобщении, владеют доказательствами, справляются с самостоятельными заданиями в школе и дома. Задается домашнее задание по трудной теме на достаточно подготовленном материале. Именно на этом этапе происходит опережение, так как в перспективный период многие задания на страницах учебника уже выполнены;

3) использование сэкономленного времени (создавшегося опережения). Схемы уходят, формируется навык беглого действия. Происходит развитие беглости мыслительных приемов и учебных действий. Такое рассредоточенное усвоение учебного материала обеспечивает перевод знаний в долговременную память.

Подход к структуре материала обусловлен задачами опережающего введения и последующего повторения понятий и называется пробно-порциальным.

Следующим моментом, на котором основана технология С.Н. Лысенковой, является комментируемое управление. Методический прием «комментируемое управление» представляет, по существу, ответ (информацию) с места о том, что делает ученик, помогает оптимально включить в работу весь класс, наладить непрерывную обратную связь со всем классом (проговаривание слов, решение примеров, задач, написание букв, цифр и т.д.).

С.Н. Лысенкова объединила комментирование трех действий: «думаю, говорю, записываю». Учащийся вслух объявляет, что он в данный момент делает; одновременно решается задача управления деятельностью всего класса.

С помощью комментированного управления:

- средний и слабый тянутся за сильным учеником;
- развивается логика рассуждений, доказательность, самостоятельность мышления;
- ученик ставится в положение учителя, управляющего классом.

Еще один очень важный момент системы С.Н. Лысенковой – это опорные схемы, или просто опоры. Схема – опора мысли ученика, опора его практической деятельности, связующее звено между учителем и учеником. Опорные схемы – это оформленные в виде таблиц, карточек, наборного полотна, чертежа, рисунка выводы, которые рождаются в момент объяснения. От традиционной наглядности они отличаются тем, что служат опорами мысли, опорами действия. Школьники строят свой ответ, пользуясь схемой, читают ее, работают с ней.

Когда ученик отвечает на вопрос учителя, пользуясь опорой, снимаются скованность, страх ошибки. Схема становится алгоритмом рассуждения и доказательства, а все внимание направлено не на запоминание или воспроизведение заданного, а на суть, размышление, осознание причинно-следственных зависимостей и связей.

Очень важное условие в работе со схемами-опорами: они должны постоянно подключаться к работе на уроке, а не висеть как плакаты. Только тогда они помогут учителю лучше учить, а детям легче учиться.

Благодаря опорным схемам и управлению на каждом уроке экономится до 15 минут. Они-то и работают на перспективу. Понемногу, из урока в урок, учитель начинает вводить материал будущих тем на два месяца, на полгода вперед и глубже. А дальше – по ступенькам опережения: есть перспектива – есть обобщение, есть обобщение – есть опережение, а опережение дает выход на связь между годами обучения – преемственность.

Опрос на уроке дифференцированный, каждого ученика можно спросить в то время, когда он освоит материал. Знающий ученик, отвечая, будет учить незнающего. К намеченной цели все придут вовремя. Время, когда надо проконтролировать знания, совпадает с тем сроком, который установлен для этой темы программой. Подходят к этому этапу дети, уже глубоко и всесторонне усвоив материал. Без спешки и напряжения, без непонимания и неясности. Без страха перед контрольной.

Методические приемы, предлагаемые С. Н. Лысенковой:

- в первом классе не даются домашние задания;
- домашнее задание по новой теме дается тогда, когда оно становится доступным для самостоятельного выполнения каждым;
- отсутствует механическое зазубривание правил и формулировок;

- воспитание организованности в ребенке;
- организация взаимодействия с родителями;
- преемственность обучения.

Данные методические приемы применяются во взаимодействии.

Таким образом, согласно технологии С.Н. Лысенковой, чтобы уменьшить объективную трудность некоторых вопросов программы, надо опережать их введение в учебный процесс. Усвоение материала происходит в три этапа: медленное последовательное знакомство с новыми понятиями, раскрытие темы; уточнение новых понятий, их обобщение, применение; использование сэкономленного времени. Важными составляющими перспективно-опережающего обучения является комментируемое управление и опорные схемы.

Психолого-педагогические методы, технологии и направления, способствующие преодолению СДВГ у обучающихся, реализуются в рамках системы психологического сопровождения образовательного процесса в общеобразовательном учреждении.

Система сопровождения разрабатывается с учетом современных требований и задач образования, основана на идее психолого-педагогического сопровождения развития личности каждого ребенка и включенности психологической службы в процесс медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса.

Системно-деятельностный подход, являющийся основой Федерального государственного образовательного стандарта НО, ООО, предполагает следующие направления психолого-педагогического сопровождения:

1. Сохранение и укрепление психологического здоровья обучающихся с СДВГ.
2. Индивидуализация образовательных маршрутов (дифференциация и индивидуализация обучения).
3. Создание психологически безопасной и комфортной образовательной среды для детей с СДВГ.
4. Формирование ценности здоровья и безопасного образа жизни у детей с СДВГ.
5. Формирование и развитие психолого-педагогической компетентности у обучающихся с СДВГ.
6. Формирование коммуникативных навыков в разновозрастной среде и среде сверстников у обучающихся с СДВГ; поддержка детских объединений, ученического самоуправления.

Построение эффективной системы сопровождения обучающихся с СДВГ позволит решать проблемы развития и обучения детей внутри образовательной среды учреждения,

избежать необоснованной переадресации проблемы ребенка внешним службам, сократить число детей, направляемых в специальные образовательные учреждения. При этом учитывается:

- диверсификация уровней психолого-педагогического сопровождения (индивидуальный, групповой, уровень класса, уровень учреждения);
- вариативность видов психологического сопровождения участников образовательного процесса (профилактика, диагностика, консультирование, коррекционная работа, развивающая работа, просвещение, экспертиза).

Выбор методов и приемов психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в образовательном процессе осуществляется на основе первичной диагностики с учетом типа СДВГ.

СДВГ по гипоактивному типу. Связан с парциальной несформированностью у ребенка функций программирования, регуляции и контроля, трудностями удержания и усвоения алгоритма деятельности. Используются:

- методы произвольной активности и внимания;
- методы психомоторного сопровождения (метод замещающего онтогенеза А.В.Семенович);
- методы поведенческой терапии;
- компьютеризированные методики тренировки активного внимания;
- методы жесткой внешней организации (четкость, строгость, дозированный контроль, отсутствие «лишних» стимулов).

СДВГ по гиперактивному типу. Связан с парциальной несформированностью у ребенка функций программирования, регуляции и контроля и высоким уровнем психического тонуса. Используются:

- методы произвольной регуляции деятельности (развивающие произвольный контроль двигательной сферы), в том числе: занятия ЛФК, спортивные занятия, занятия плаванием, танцами и т. п.;
- методы эмоциональной поддержки со стороны окружающих ребенка взрослых. «Положительная» эмоциональная стимуляция помогает некоторое время поддерживать необходимый психический тонус без усиления активности. Дети с СДВГ лучше ведут себя с теми педагогами, к которым у них формируется эмоциональная привязанность. Такие дети нуждаются в эмоциональной близости с педагогом, в своеобразном эмоциональном «донорстве». Именно эти способы эмоционального «поглаживания» способны повысить

психический тонус ребенка и тем самым частично снять феномен двигательной расторможенности.

- методы поддержки стремления к лидерству;
- методы переключения внимания и деятельности ребенка на другой объект.

Синдром дефицита внимания без гиперактивности. Рассматривается как парциальная несформированность регуляторных функций, связанная с недостаточностью психического тонуса. Первичным дефектом для детей с таким типом нарушений дефицитом внимания является функциональная недостаточность субкортикальных структур мозга. Слабость мнестической деятельности обусловлена трудностями использования стратегий при запоминании и воспроизведении, а не памяти. Используются:

- методы тонизации, в том числе метод повышения уровня психической активности посредством внешней контактной тонизации. Эффективны массаж, ЛФК, дыхательная гимнастика;

- методы комплексной сенсорной стимуляции. Иппотерапия, цветотерапия, ароматерапия, музыкотерапия и др.;

- методы психомоторной коррекции. При перевозбуждении наиболее оптимальная стратегия – скорейшее восстановление саморегуляции за счет повышения уровня психического тонуса. Для этого не надо препятствовать моторной активности ребенка, усилить психическую тонизацию лучше за счет ритмичной слуховой или зрительной стимуляции.

Зарубежный опыт использования педагогических методов, технологий и направлений для детей с СДВГ

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

- обучение учителей младших классов 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.

Норвегия и другие страны Скандинавии

В скандинавских странах, в частности, в Норвегии, накоплен большой положительный опыт помощи детям с СДВГ. В 80-х годах XX века родителями детей с СДВГ в содружестве с педагогами, психологами, врачами была основана общественная организация — ADHD Norway (Норвежская Ассоциация СДВГ), которая существует при поддержке правительства и многочисленных благотворительных фондов. Решение проблем детей с СДВГ в Норвегии предполагает:

- медикаментозную поддержку, создающую благоприятный фон для всех других форм помощи;
- тесное сотрудничество школы и родителей в организации эффективной помощи;
- дополнительную педагогическую помощь детям, которым поставлен диагноз СДВГ (педагог-помощник курирует нескольких детей с СДВГ);
- четкое планирование действий ребенка (распорядок дня и т. п.);
- снятие ограничений по времени при выполнении заданий в классе (предусматривается, в частности, сокращение объема заданий);
- привязку содержания учебных действий к собственным интересам детей;
- позитивное подкрепление учебной деятельности детей и мотивирование детей к учебной деятельности;
- развитие самоконтроля и повышение самооценки, например, заключение договора с ребенком на каждую учебную неделю, ведение табеля самооценки;
- положительный эмоциональный фон дома, в классе, школе;
- координацию всех мероприятий, взаимодействия специалистов.

Система психолого-педагогической помощи в Норвегии юридически закреплена как право учащегося на индивидуальный план обучения, учитывающий его особенности. В частности, законодательно закреплено право ребенка с любыми нарушениями развития на обучение в общеобразовательной школе. Для его реализации разработан и эффективно действует целый спектр мер:

1. Технология распространения знаний среди родителей и специалистов:
 - листовки о праве на индивидуальный план обучения, о различных отклонениях в развитии и об организациях, в которых семья может получить помощь;
 - брошюры, рассказывающие о различных отклонениях в развитии и об организациях, в которых семья может получить помощь;
 - периодическое издание, выпускаемое Национальным ресурсным центром, INNSIKT;

- интернет-сайты;
- популярную и научную литературу.

Все эти услуги являются бесплатными и общедоступными. Информация распространяется во всех организациях, работающих с детьми и их родителями: в госпиталях (начиная с родильных отделений), в детских садах, школах, центрах развития ребенка и административных муниципальных учреждениях.

Таким образом, необходимое для потребителя содержание реально доходит до населения.

С учетом низкой плотности населения в Норвегии (1 человек на 12 кв. км), организованы следующие формы консультирования и диагностики населения:

- бесплатная телефонная и почтовая служба помощи (5 специалистов отвечают на вопросы);

- 25 окружных центров психолого-педагогической помощи. Они входят в государственную систему поддержки специально-педагогической помощи и обеспечивают консультирование специалистов и педагогов; семь из них занимаются проблемой «Комплексные трудности в обучении»;

- Национальный Ресурсный центр СДВГ. Этот центр оказывает консультативную помощь специалистам из окружных центров и локальных психолого-педагогических служб, собирает, апробирует и распространяет технологии помощи детям. Центр издает популярную литературу для детей, родителей и специалистов, периодический журнал для населения и периодический журнал для специалистов, знакомящий с новейшими достижениями в области помощи детям и взрослым с СДВГ во всем мире;

- Комиссия по надзору за соблюдением прав ребенка на охрану психического здоровья (Mental Health Care supervisory commissions). Она защищает права ребенка в случае их ущемления педагогами, медицинскими работниками, а также родителями. Чаще всего в комиссию обращаются родители, отстаивая права своих детей на оптимальное обучение, но иногда представители общественности или детских организаций обращаются в комиссию за помощью, когда родители грубо пренебрегают своими обязанностями. Комиссия имеет, в частности, право снизить экономическую поддержку семьи (пособие, которое получает каждая семья, имеющая ребенка со специальными нуждами), если приходит к мнению, что родители не выполняют рекомендации специалистов.

2. Технология инклюзивного обучения детей с различными отклонениями в развитии (в том числе СДВГ) в системе общего образования.

В государственной школе Nosle Skole обучаются дети без особенностей развития и дети с различными трудностями обучения. Численность детей в классах составляет от 25 до 30 человек. Дети с СДВГ, синдромом Аспергера и другими особенностями развития обучаются на общих основаниях. Один специальный/социальный педагог курирует работу двух-трех классов. Он помогает в разработке индивидуально-ориентированных планов и присутствует на занятиях.

Индивидуализированная работа с детьми, имеющими выраженные проблемы развития, реализуется благодаря следующему:

1) вариативным планам обучения (законодательно закреплено право детей на обучение по программам разного уровня и содержания в одной возрастной группе);

2) сокращению фронтальной работы с классом, преобладанию различных видов индивидуальных работ;

3) активному применению бланковых методик, которое дает возможность:

- учитывать различный темп работы учеников (например, дети, быстро завершившие самостоятельную работу по английскому языку, могут выбрать на стеллаже в классе книжку для чтения на английском языке);

- давать различные по уровню сложности задания, в зависимости от возможностей ученика;

- оказывать индивидуальную помощь нуждающимся в ней детям, не отвлекая других учащихся класса, что особенно возможно при наличии на уроке не только основного учителя, но и помощника – специального педагога;

- индивидуально обсуждать с проблемным ребенком план выполнения задания;

- проводить текущий контроль.

4) позитивному подкреплению учебной деятельности детей, включающему в себя:

- стимулирующую помощь (педагог помогает ребенку включиться в работу, эмоционально поддерживает его);

- возможность выбрать привлекательное занятие после выполнения обязательного задания. Например, дети могут выбрать для чтения по данному предмету нравящуюся им книгу (книги находятся в классе);

- возможность отдыха: перед выполнением задания учитель может пообещать ученику, что после успешного завершения задания тот заработает право поиграть в комнате отдыха (смежном закрытом помещении с играми и игрушками);

- призы и подарки.

5) учету эмоциональных особенностей ребенка, который реализуется через:

- возможность получить индивидуальную помощь у специального педагога по запросу ребенка;
- подписание с ребенком на каждую учебную неделю договора, в котором ребенок совместно с учителем определяет конкретные, достижимые цели;
- ведение табеля самооценки.

США (Соединенные Штаты Америки)

Программа Toolsof the Mind («Орудия разума») или ТОМ представляет собой программу воспитания и обучения для детей 3–6 лет, направленную на развитие у этих детей механизмов саморегуляции поведения. Эта программа в настоящее время применяется в ряде дошкольных (Head Start/pre school) и предшкольных (kinder garten) учреждений в 12 штатах США и охватывает более 20.000 детей.

Одним из центральных теоретических положений, задающих ориентацию ТОМ, является признание ролевой игры ведущей деятельностью для детей дошкольного возраста. Другие положения включают в себя идею педагогической поддержки(scaffolding) как необходимого условия успешного обучения ребенка, а также идею о коррекции развития путем помощи ребенку в овладении новыми более эффективными методами знакового опосредования.

Действия, которые ребенок способен выполнять с наименьшей степенью скаффолдинга, становятся объектом направленного педагогического воздействия, поскольку предполагается, что именно эти действия находятся в зоне ближайшего развития. Отслеживание эффектов разного рода скаффолдинга в процессе динамической диагностики также позволяет учителю более эффективно планировать индивидуальную работу с каждым ребенком.

Все занятия в программе ТОМ разработаны таким образом, чтобы дети могли участвовать в них вне зависимости от уровня своего развития.

Система поддержек, разработанная для каждого вида деятельности, позволяет выбрать уровень поддержки, наиболее соответствующий той или иной специальной потребности. Программа ТОМ оказывает положительное влияние на развитие определенных способностей, задержки в развитии которых зачастую служат причиной отнесения некоторых дошкольников к категории «детей со специальными потребностями». Это, в частности, относится к детям с дефицитом внимания/гиперактивностью, а также к детям с нарушениями поведения. Поскольку эти дети, как правило, не способны контролировать свое поведение, для них особенно полезны компоненты программы, направленные на

формирование саморегуляции (специальным образом организованная ролевая игра, игры с правилами, подвижные игры, использование проговаривания своих действий и т. д.).

Научно-исследовательский институт «Управление специального образования и реабилитационных услуг», в соответствии с контрактом с Министерством образования США № HS97017002, в 2008 году проводил исследование детей с СДВГ.

Основными разработчиками проекта «Обучение детей с дефицитом внимания и показателем гиперактивности: инструкционные стратегии и практика» выступили Билл Вольф и Келли Хендерсон.

В ходе исследований были определены учителя, которые успешно обучают детей с СДВГ. При этом они используют трехстороннюю стратегию:

1. Оценивают индивидуальные потребности и сильные стороны ребенка.
2. Оценивают уникальные образовательные потребности и сильные стороны ребенка с СДВГ в классе.
3. Работают с многопрофильной командой педагогов и взаимодействуют родителями ребенка, таким образом, рассматривают как академические, так и поведенческие потребности, используя официальные диагностические оценки и неофициальные классные наблюдения.

Успешные программы для детей с СДВГ включают следующие три компонента:

- 1) академические инструкции;
- 2) поведенческие вмешательства;
- 3) пространственное размещение ученика.

В академических инструкциях написано, что детям с СДВГ разрешается тихо разговаривать со своими соседями. Для этих детей устанавливаются минимальные правила и минимальный выбор правил в поведении. К учителям предъявляются высокие требования в отношении последовательности и предсказуемости поведения.

Вместе с тем обращается внимание на следующие особенности:

- Избегать привлечения внимания к различиям между детей с СДВГ и их одноклассниками.
- Не использовать для критики сарказмы и шутки.
- Используйте аудиовизуальные материалы.
- После того как Вы задаете вопрос ученику с СДВГ, давать ему не менее 15 секунд для паузы перед ответом, прежде чем адресовать вопрос другому ученику.
- Обеспечить нижний уровень шума в классе.
- Разделить работу на более мелкие единицы.

- Выделите ключевые слова в инструкциях на листе, чтобы помочь ребенку с СДВГ сосредоточиться в нужном направлении.
- Предоставить учащимся с СДВГ больше времени для завершения викторин и тестов, чтобы исключить беспокойство.
- Использовать вспомогательные технологии. Все учащиеся и лица с СДВГ, в частности, могут воспользоваться информационными технологиями (экраны проекторов), что делает инструкцию более визуальной.

Поведенческие вмешательства.

Эффективные учителя используют ряд поведенческих вмешательств, которые помогут учащимся научиться контролировать свое поведение.

Похвала (словесное усиление соответствующего поведения). Наиболее распространенная форма словесного подкрепления – это хвалить ученика, когда он или она демонстрирует желаемое поведение. Простые фразы, такие как «хорошая работа», действуют на ребенка соответствующим образом. Эффективные учителя восхваляют детей с СДВГ часто, а также специально создают ситуацию успеха. Похвала должна указывать на то, что сделано правильно и желательно. Следует похвалить ученика даже за то, что он спокойно закончил урок вовремя. Хвалите немедленно. Чем ближе по времени поведение и похвала, тем более вероятно его повторение. Неискренность сделает оценку менее эффективной. Наиболее эффективные учителя сосредотачивают свои стратегии в коррекции поведения ученика на похвалах, а не на наказании. Наказание может только обучать детей тому, что не делать, но оно не предоставляет желаемого поведения. Позитивное подкрепление приводит к изменениям в отношениях, что в долгосрочной перспективе сформирует новое поведение ученика.

Выборочно *игнорировать неуместное поведение*. Иногда полезно учителям выборочно игнорировать неуместное поведение. Этот метод особенно полезен, когда поведение непреднамеренно или вряд ли повторится или будет исключительно для того, чтобы привлечь внимание учителей или одноклассников.

Удалить неприятные предметы. Некоторые объекты (например, резиновые старательные резинки и игрушки) отвлекают внимание учеников с СДВГ в классе.

Обеспечить *успокаивающие манипуляции*. Хотя игрушки и другие объекты могут отвлекать учеников с СДВГ и их сверстников в классе, тем не менее дети с СДВГ должны получать доступ к объектам, которыми они могут манипулировать тихо. Сенсорные контакты могут помочь детям снизить напряжение и сохранить внимание на учебном материале.

«Разрешить розетки выходного клапана». Разрешение ученикам с СДВГ покинуть класс на короткий промежуток времени. Возможны поручения намочить тряпку, сдать книгу в библиотеку, что может быть эффективным средством.

Родительские конференции. Родители играют решающую роль в образовании учащихся, и эта аксиома может быть особенно важна для пациентов с СДВГ. Таким образом, родители должны быть включены в планирование мероприятий. Взаимодействие с родителями предполагает поддержание частых встреч и совместных мероприятий.

Согласие сверстников. Самоуправление учеников по обсуждению конфликтов и нарушений школьной дисциплины, может положительно влиять на поведение учеников с СДВГ. Многие школы имеют формализованное посредничество, в которых учащиеся получают право управлять спорами в школе.

Поведенческие подсказки учителей:

1. Визуальные подсказки-инструкции. Простые визуальные сигналы могут высвечиваться на экране. Вы можете смотреть ребенку в глаза или показать жестом указание для ребенка.

2. Контроль близости. Когда разговариваете с ребенком, переходите ближе к ребенку. Ваша физическая близость к ребенку поможет ему сосредоточиться и обратить внимание на то, что Вы говорите.

3. Жесты. Использовать ручные сигналы для личного общения с ребенком с СДВГ. Например, попросите ребенка поднимать руку каждый раз, когда он слышит обращенный к нему вопрос. Сжатый кулак может сигнализировать, что ребенок не знает ответ, тогда Вы ребенка не спрашиваете.

Тренинги социальных навыков. Социальные навыки формируются в ролевых играх и моделировании различных ситуаций.

Материальные награды. Используйте материальные награды для усиления соответствующего поведения. Эти награды могут включать в себя наклейки, таких как «счастливые лица» или эмблемы спортивной команды, или привилегии, такие как дополнительное время на компьютере или обед с учителем. Дети должны получать награды. Например, ребенок может зарабатывать баллы за каждое домашнее задание, завершенное вовремя. В некоторых случаях студенты также теряют очки за каждую домашнюю работу, сделанную не вовремя. После получения указанного количества очков, ученик получает ощутимую награду, например, дополнительное время на компьютере или «свободный» период.

Пространственное размещение в классе. Поместите ребенка рядом с учителем. Это место предоставляет вам возможность для мониторинга и усиления контроля за поведением ребенка. Можно посадить ребенка рядом с моделью для подражания.

В школе должны быть оборудованы *тихие комнаты для отдыха*. Ученики могут направляться в эту комнату вместо наказания.

Квалифицированные учителя используют *специальные учебные инструменты*:

- Закладки для чтения указывают на читаемое предложение и закрывают остальной текст.
- Будильник как звуковой сигнал о начале выполнения задания и его окончании (таймер на 10-15 минут).
- Большие часы на стене для контроля за временем.
- Включение и выключение освещения в классе, подсказывающее детям, что уровень шума в комнате слишком высок и они должны быть спокойны.
- Воспроизведение музыки на магнитофоне или фортепиано, чтобы побудить детей, чтобы они не были слишком шумными. Например, тихое проигрывание классической музыки для спокойной работы, выполняемой самостоятельно, и джаза для активных групповых мероприятий.
- Стол и стул, используемые детьми с СДВГ, должны быть правильного размера, иначе ребенок будет более склонен извиваться и нервничать. Ребенок с СДВГ должен иметь возможность расположить локти на поверхности стола и удобно положить подбородок на ладони.

Китайский подход.

Учитель-дефектолог Фанг Хань (责任编辑方涵) описывает рекомендации для учителей и родителей по обучению и воспитанию детей с СДВГ и гиперактивностью (多动症, 过动症).

Проблема: дети с СДВГ могут много часов делать домашнее задание, но это происходит не по их вине, а из-за особенностей работы головного мозга. Учитель и родитель могут помочь ему решить эту проблему. Помочь ребенку может структура деятельности или организация активности.

В начале учебного года учителю и родителю необходимо вместе составить план ребенка (что он может и должен делать в каждый момент времени). Учителю важно задавать домашнее задание ребенку вовремя урока, а родителю по электронной почте.

Дети с СДВГ нуждаются в письменной форме плана.

Ребенку во время выполнения домашнего задания не должны мешать домашние животные, братья и сестры, телевизор, звук как шум.

На столе должно быть убрано все лишнее (уберите карандаши, бумагу и другие канцтовары, не имеющие отношения к делу).

Разместите большой лист недельного расписания над письменным столом и строго контролируйте соответствие. Большие листы легко напомнят ребенку о его делах. Используйте цветной маркер, чтобы выделить выполненные задания, работы и школьные каникулы. Соблюдение сроков очень важно. Гиперактивным детям нужно определенное время, чтобы сделать домашнее задание, поужинать, организовать сон даже в выходные дни.

Дети с СДВГ часто забывают о времени. Пусть ваш ребенок для каждого задания спланирует время. Если он отвлекся, то будильник может помочь ему соблюдать время.

Ребенок может в одних темах разбираться очень легко, но в других – сложно. Домашнее задание рекомендуется выполнять, переходя от простого к сложному, а потом снова возвращаться к легкому.

Большая задача разбивается на ряд более мелких задач, а для каждой маленькой задачи устанавливаются соответствующие сроки. Даже для подростков и юношей с СДВГ может потребоваться родительская помощь в планировании и выполнении проекта (крупной задачи).

Награда за большие цели не всегда срабатывает. Для детей с СДВГ лучшая награда – это серия маленьких наград. Используя награды, не скупитесь на эмоциональную поддержку и похвалу. Система вознаграждения должна быть зафиксирована на графике. Независимо от того, страдает ребенок от СДВГ, необходимо хвалить, чтобы помочь ему процветать. Родителям и учителям важно видеть успехи и даже небольшой прогресс. Хвалите усилия ребенка как процесс, а прогресс как цель.

Греческий подход.

Воспитание детей с СДВГ

В Руководстве по клинической практике преодоления дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей и подростков (Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes) описывается психологическое лечение (Tratamiento psicológico)

Психологическое лечение: что это такое?

Психологическое лечение основано на поведенческой терапии. На основе функционального анализа поведения, в котором определяются «запускающие факторы поведения», приводящие к неадекватному поведению. Следовательно, необходимо изменить

стимулы. Для этого проводится наблюдение и регистрация их, анализируются обстоятельства. После этого на выявленные стимулы формируются новые реакции, и разрабатывается программа по формированию новой системы поведения.

Усиливать новую систему способны похвала, позитивное внимание, награды и привилегии. Методы снижения нежелательного поведения включают в себя обратную связь (ответ), нахождение ребенка в изоляции и наказание.

Также психологическое лечение может основываться на когнитивной терапии ребенка. Здесь выполняется принцип инсайта (озарения) относительно понимания своего поведения с опорой на самоконтроль и решение проблем.

Японский подход.

Воспитание детей с СДВГ (多動性障害児の育成).

Специальный комитет школьного образования разработал общие рекомендации по воспитанию детей с СДВГ, которые включают комплексную работу с классом (школой), специальную подготовку педагогов и персонала, поддержку семьи.

Специфика работы с детьми СДВГ:

Рабочая память слаба, поэтому инструкции даются кратко и лаконично.

Используются схемы визуальной информации.

Мотивировать необходимо с помощью высоких слов (высоких целей).

Выполнение домашнего задания четко структурировано.

Перед выходом из дома и путешествиями объясняются правила поведения.

Как правило, в классе выделяется отдельное место для обучения и наказания.

РОССИЙСКИЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ МЕТОДОВ, ТЕХНОЛОГИЙ И НАПРАВЛЕНИЙ

Коррекция СДВГ многогранна. Как правило, применяются медикаментозное лечение, психотерапия для изменения поведения или оба подхода вместе. В каждом отдельном случае подбирается индивидуальная программа, которая наилучшим образом отвечает потребностям больного и его семьи.

Целостный, правильный подход к лечению может значительно улучшить деятельность человека в различных сферах, таких как школа, работа, взаимоотношения с людьми в различных социальных обстоятельствах.

Лечение помогает контролировать проявления симптомов этого заболевания, включая невнимательность, гиперактивность и импульсивность, что позволяет обучающемуся быть успешным.

Обзор международной медицинской практики оказания помощи детям с СДВГ.

В разных странах распространены свои подходы к лечению СДВГ. Где-то акцент делают на нефармакологических методах, где-то считают панацеей таблетки, а в ряде стран, специалисты делают ставку на комплексный подход.

США.

Американская академия педиатрии рекомендуют медикаменты, поведенческую терапию, а также комбинацию этих подходов для лечения детей с СДВГ.

Франция.

В этом европейском государстве лишь одному проценту детей ставится диагноз "синдром дефицита внимания и гиперактивности". Причем только в половине случаев назначается медикаментозное лечение. Это происходит в связи с тем, что французские психиатры и психотерапевты не видят в СДВГ биологических факторов (наследственной предрасположенности, особенностей внутриутробного развития, родовых травм и прочее). Европейские медики уверены, что единственной причиной, ведущей к диагнозу СДВГ, является социальный фактор, поэтому основой коррекции является поведенческая терапия и обучение родителей.

Израиль.

При постановке диагноза "гиперактивность" у детей школьного возраста, клиники Израиля могут предложить лечение, альтернативное медикаментозному. В медицинских учреждениях Израиля, специализирующихся на терапии СДВГ, применяют краниосакральную терапию, или остеопатию. Система этого лечения основывается на том, что череп непосредственно связан с позвоночником и крестцом. Даже незначительные сдвиги костей черепа позволяют устранить или существенно уменьшить физические недомогания и функциональные нарушения. Первым делом устраняется физическая причина патологии, особенно это касается родовых травм, а потом уже наступает очередь других специалистов приступить к лечению.

Китай.

Эффективность иглотерапии при лечении синдрома дефицита внимания и гиперактивности доказана в Китае, где долго и много проводили сравнительные исследования. Профессор ЧжанЦзя Вей, проводил исследование лечения СДВГ иглоукалыванием в больнице китайской медицины провинции Гуандун. За 20 лет он

поставил диагноз СДВГ 592 детям. Также китайская медицина предлагает лечение с помощью фитотерапии. В Китае для лечения детской гиперактивности издавна используется астрагал. По последним данным, эффективны травы, которые способствуют образованию тормозного медиатора нервной системы (ГАМК), — астрагал повислоцветковый и астрагал приподнимающийся (в их корнях содержится до 0,04% ГАМК). В Приамурье и Северном Китае растет маакиямурская, которая оказывает сильное успокаивающее и ноотропное действие. ГАМК содержится также в копеечнике желтоватом и копеечнике викоподобном. Они обладают общеукрепляющим свойством и в народной медицине в виде чаев даются гиперактивным детям.

Обзор медицинской практики оказания помощи детям с СДВГ в Российской Федерации.

В нашей стране для лечения СДВГ используется расширенный терапевтический подход, а это значит, что ребенка не просто лечат медицинскими препаратами, — его учат владеть собой, взаимодействовать и строить отношения с окружающими его детьми и взрослыми. Для успешного лечения детей с СДВГ важно объединить усилия врачей, педагогов и родителей — так получится достичь лучшего эффекта.

От Владивостока до Москвы и Санкт-Петербурга специалисты успешно применяют метод Биологической Обратной Связи (БОС), ориентированный на использование возможностей мозга ребенка. Поскольку у детей мозг достаточно пластичный, его можно «обучить» правильно функционировать, если знать причину нарушения. С помощью метода количественной ЭЭГ можно определить причину этой дисфункции и электрофизиологический параметр, характеризующий ее. Параметр можно предъявлять в виде сигнала обратной связи для пациента.

В Выборгском районе Санкт-Петербурга медицинская помощь детям с СДВГ оказывается на базах детских поликлиник, больниц, а также в находящемся на территории района Санкт-Петербургском педиатрическом университете и его консультативно-диагностическом центре.

1-е Психоневрологическое диспансерное отделение Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения здравоохранения «Центр восстановительного лечения "Детская психиатрия" имени С. С. Мнухина» сопровождает детей и подростков с СДВГ, имея в своем штате врачей-психиатров, психоневрологов и психотерапевтов.

Но не только в специализированных медицинских учреждениях работают специалисты, оказывающие поддержку детям с СДВГ и их родителям. Ряд специалистов образовательных

учреждений Выборгского района имеет сертификацию по методу БОС, что успешно применяется на практике.

| № пп | Название подхода | Примечание |
|---------|---------------------------|--|
| 1 | Медикаментозная коррекция | <p>Схему лечения при помощи препаратов, а также их дозы врач всегда подбирает индивидуально, с учетом всех особенностей ребенка.</p> <p>Лекарственная терапия назначается по индивидуальным показаниям в тех случаях, когда нарушения со стороны когнитивных функций и проблемы поведения у пациента с СДВГ не могут быть преодолены лишь с помощью немедикаментозных методов. Медицинские препараты, используемые для первичного лечения СДВГ,— это стимуляторы и антидепрессанты. Психостимуляторы назначаются во всех случаях. Это такие медикаменты, как метилфенидаты – Риталин, Метадин, Концерта, или же амфетамины – Декседрин, Декстростат и Аддерал.</p> |
| 2 | Поведенческая терапия | <p>Поведенческая терапия включает следующие элементы:</p> <p>Постановка целей –нужно научить ребёнка постановке целей и их достижению. Примерами целей могут быть следующие: доведение дела (работы по дому и т.д.) до конца, завершение выполнения домашних заданий, дружелюбно вести себя во время игр с друзьями, сидеть за партой на протяжении часа и больше.</p> <p>Вознаграждения и последствия – ребёнку важно получать должную реакцию на поступки либо вознаграждение, либо наказание – в зависимости от поведения. Например, можно разрешить ему проводить больше времени за компьютером, если он/она хорошо себя вёл и достиг поставленных целей. И наоборот – плохое поведение должно наказываться лишением подобных привилегий.</p> <p>Последовательная терапия на протяжении длительного периода времени – очень важно использовать постановку целей, систему вознаграждений и наказаний до тех пор, пока Ваш ребёнок не усвоит эти поведенческие изменения как свои собственные.</p> |
| | Физиотерапия и массаж | <p>Комплекс процедур направленный на лечение родовых травм головы, шейного отдела позвоночника, снятия спазма мышц шеи. Это необходимо для нормализации мозгового кровообращения и внутричерепного давления. При СДВГ применяются:</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Лечебная гимнастика, направленная на укрепление мышц шеи и плечевого пояса. Должна выполняться ежедневно. 2. Массаж воротниковой зоны курсами по 10 процедур 2-3 раза в год. 3. Физиопроцедуры. Применяют инфракрасное облучение (прогревание) спазмированных мышц с помощью инфракрасных лучей. Также используют прогревание парафином. По 15-20 процедур 2 раза в год. Эти процедуры хорошо сочетаются с массажем воротниковой зоны. <p>Процедуры можно начинать только после консультации с неврологом и ортопедом.</p> |
| 3 | Аутогенная тренировка | <p>Упражнения, с помощью которых человек сознательно управляет функциями организма, а мышечное расслабление, достигаемое при этом, стимулирует резервные возможности коры мозга. Гиперактивные дети часто бывают напряжены и использование аутогенной тренировки способствует снижению расторможенности, эмоциональной возбудимости, улучшает координацию в пространстве, двигательный контроль и концентрацию внимания.</p> |
| 4 | БОС-терапия (биологическая обратная связь) | <p>Действенной альтернативой психостимуляторам служит метод ЭЭГ биологической обратной связи (БОС) или нейротерапия.</p> <p>Внешне процедура мало отличается от исследований РЭГ и ЭЭГ. Методика БОС-ЭЭГ тренинга включает в себя снятие электроэнцефалограммы, которая регистрирует основные ритмы головного мозга (альфа-, бета-, дельта-, тета-ритмы). В зависимости от показаний, подбирается необходимый курс БОС-ЭЭГ тренинга (расслабляющий, активирующий и т.д.).</p> <p>Во время сеансов устанавливается несколько электродов на проблемные («тренируемые») зоны на поверхности головы. Посредством специального устройства ритмы определенных зон мозга влияют на видео- и аудиосигналы, т.е. пациент может контролировать состояние работы собственного головного мозга с помощью звуков и изображений.</p> <p>В среднем курс нейротерапии составляет 20-40 сеансов. Как правило, первые клинические результаты отмечаются не ранее десятой процедуры. Длительность курса обычно зависит</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | | от типа СНВГ и от наличия сопутствующих расстройств (депрессия, оппозиционные расстройства поведения и т.д.). |
| 5 | Биоакустическая коррекция (БАК) | <p>Лечебный эффект воздействия:</p> <p>а) восстановление функционального состояния ЦНС — что сопровождается нормализацией параметров электроэнцефалограммы;</p> <p>б) нормализация психофизиологических и психологических показателей:</p> <p>улучшение психоэмоционального состояния;</p> <p>нормализация сна и аппетита;</p> <p>мнемотропное действие – влияние на память, обучаемость;</p> <p>повышение уровня бодрствования, ясности сознания;</p> <p>адаптогенное действие – повышение устойчивости организма к действию экстремальных факторов;</p> <p>влияние на толерантность к различным экзогенным факторам;</p> <p>влияние на нарушенные высшие корковые функции, уровень суждений и критических возможностей, мышления, внимания, речи;</p> <p>антидепрессивное;</p> <p>седативное - снижение эмоциональной возбудимости и раздражительности;</p> <p>антиастеническое – уменьшение слабости, вялости, истощаемости.</p> |
| 6 | Метод Томатиса | <p>Терапия по методу Томатиса позволяет воздействовать как на подкорковые структуры (первый энергетический блок), так и на кору головного мозга, активизирует подкорково-стволовые структуры, по ассоциативным связям воздействует на лобные доли коры.</p> <p>Нарушение интеграции либо прямо влияет на протекающий в мозгу процесс обучения, либо ведет к нарушению поведения, связанного с учебой в школе, даже если способности к обучению не снижены. Если задания слишком трудны, а соответствующей поддержки ребенок не получает, он может начать избегать посещения школы, хамить учителям, быть агрессивным по отношению к одноклассникам.</p> |
| 7 | Транскраниальная микрополяризация (ТКМП) | <p>В основе метода лежит лечебное воздействие постоянного электрического тока небольшой силы на ткани головного мозга, в результате чего происходит направленное и регулируемое воздействие на уровень возбудимости нервной ткани. Этот метод позволяет активизировать функциональные резервы мозга, уменьшить</p> |

| | | |
|----|--------------|--|
| | | проявления функциональной незрелости. Важным является неплохая переносимость процедур и отсутствие побочных явлений. |
| 8 | Медитация | Применяется у подростков – сознательная фиксация внимания на моменте времени, при этом возникает состояние пассивной сосредоточенности, которое иногда называют альфа-состоянием, так как в это время мозг генерирует преимущественно альфа-волны так же, как перед засыпанием. Медитация снижает активность симпатической нервной системы, способствует расслаблению и снижению тревожности. |
| 9 | Фитотерапия | В народной медицине гиперактивным детям дают различные успокаивающие и желчегонные травы: сушеницу топяную, пустырник, валериану, пион уклоняющийся, лядвенец рогатый, язвенник, таволгу вязолистную, чистец лесной, верблюжью колючку, буквицу, одуванчик, душицу, цикорий, чабрец, зубчатку, кукурузные рыльца. Можно использовать следующий успокаивающий сбор: Настой: взять по 1 ч. ложке зюзника, Melissa, зверобоя, мальвы, ромашки, фенхеля, валерианы, залить 2 стаканами кипятка, добавить мед или лимонный сок по вкусу. Пить по 1/4-1/3 стакана 2-3 раза в день до еды. Если использовать эти травы по отдельности, то эффект будет слабее. |
| 10 | Ароматерапия | Эфирные масла очень хорошо действуют на детей. Детский родимчик (судороги) лечили путем купания детей в душистых ваннах с шалфеем, ромашкой, тимьяном. Часто достаточно распылить в детской комнате аромат, и ребенок успокаивается. Улучшают внимание, способствуют усвоению знаний и усидчивости: ель, жасмин, лаванда, ладан, нероли, пальмароза, сандал, эвкалипт. На развитие созидательных наклонностей влияют: иланг-иланг, лиметт, можжевельник, нероли. Гиперактивным детям нельзя использовать возбуждающие масла: гвоздику, мускат, корицу, шизандру, шалфей, чабрец. |

Выводы

Проведенный анализ существующих методов, технологий и направлений, способствующих преодолению СДВГ у обучающихся, используемых в процессе организации

образовательного процесса показал достаточную научно-теоретическую разработанность проблемы оказания комплексной междисциплинарной помощи детям с СДВГ.

При этом практических разработок позволяющих педагогу уверенно ориентироваться в проблеме, способствовать достижению обучающимися с СДВГ метапредметных результатов, создавать ситуацию успеха в учебной, внеучебной и внеурочной деятельности недостаточно.

Методы, технологии и направления работы с родителями детей с СДВГ носят преимущественно информационно-просветительский чем практикоориентированный обучающий характер в рамках партнерства и сотрудничества.

Необходимо разрабатывать программы повышения квалификации для педагогов, семинарские и тренинговые занятия для родителей детей с СДВГ, направленные на создание условий для преодоления последствий симптома и коррекции дефицитарных функций в образовательном процессе.

Список литературы:

1. Альтхерр П., Берг Л., Вельфль А. и др. Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений / Под ред. М. Пассольта; Пер. с нем. – М.: Академия, 2004. – 160 с.
2. Андреюк В.Ю., Дмитриева Т.Н., Холмогорова А.Б. Психосоциальная реабилитация подростков с проблемой школьной дезадаптации в форме систематических пропусков занятий / Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева выпуск 1, том XLI. Казань, – 2009, – С.102-105.
3. Артпедагогика и арт-терапия в специальном образовании: учеб. для студ. сред, и высш. пед. учеб. заведений / Под ред. Е.А.Медведевой, И.Ю.Левченко, Л.Н. Комисаровой, Т.А. Добровольской. М.: Издательский центр «Академия», 2001. - 248 с.
4. Байденко В.И. Компетентностный подход к проектированию государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования. Методические рекомендации для руководителей УМО ВУЗов Российской Федерации / В.И.Байденко. - Москва: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2005.- 115 с.

5. Байярд Роберт Т., Байярд Джин. Ваш беспокойный подросток. Практическое руководство для отчаявшихся родителей / Пер. с англ. – М.: Просвещение, 1991. – 224 с.
6. Баркли Р. А., Бентон К. М. Ваш непослушный ребёнок: пер. с англ. – СПб.: Питер, 2004.
7. Баркли Р.А. Дети с вызывающим поведением. Клиническое руководство по обследованию ребенка и тренингу родителей. Пер. с англ. М.: Теревинф, 2011. - 272 с.
8. Болонский процесс: поиск общности европейских систем высшего образования (проект Tuning) / под науч. ред. д-ра пед. наук, проф.В.И. Байденко. - Москва: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2006. - 208 с.
9. Болотовский Г.В., Чутко Л.С., Кропотов Ю.Д. Гиперактивный ребенок. – СПб.: ИК «Невский проспект», 2004. – 192 с.
- 10.Власова О.А. Валеолого-педагогическое сопровождение учащихся с синдромом дефицита внимания и гиперактивности / Диссертация кандидата педагогических наук. – Великий Новгород. гос. ун-т им. Ярослава Мудрого, 2012.- 181 с.
- 11.Власова Т.А., Повзнер М.С. О Детях с отклонениями в развитии. – М.: Просвещения, 1975. – 176 с.
- 12.Галямина И.Г. Проектирование ГОС ВПО нового поколения / И.Г. Галямина// Материалы XVI научно-методической конференции «Актуальные проблемы качества образования и пути ее решения». - Москва: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2006. - 315 с.
- 13.Глускина А.Р., Неретина А.Ф., Глускина Т.А. Восстановительная терапия у детей дошкольного возраста с СДВГ / Вестник новых медицинских технологий. 2012. № 1. С.38-41
- 14.Глускина Т.А. Микрополяризация мозга у детей дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / Материалы пятой

- Всероссийской Бурденовской студенческой научной конференции, посвященной 90-летию ВГМА. Воронеж, 2009. Т.1. С. 489-492.
15. Джинотт Х. Дж. Групповая психотерапия с детьми. Теория и практика игровой терапии / Пер. с англ. И. Романовой. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 272 с.
16. Дьячкова М.С. Психологические особенности готовности к обучению в школе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, диссертация на соискание кандидата психологических наук. Ярославль, 2006 - 258 с.
17. Журба Л.Т, Мастюкова Е.М. Ранние неврологические проявления минимальной мозговой дисфункции у детей / Журнал Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1976 – Т. 10, № 10. – С. 1450 – 1454.
18. Заваденко Н. Н., Успенская Т. Ю., Суворинова Н. Ю. Диагностика и лечение синдрома дефицита внимания у детей / Журн. Неврологии и психиатрии. – 1997. – № 1. – С. 57-61.
19. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: учеб.пособие для вузов / Н.Н. Заваденко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: Юрайт, 2018. - 274 с.
20. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. – М.: Изд. Дом «Школа-Пресс 1», 2001. – 128 с.
21. Заваденко, Н.Н., Суворинова, Н.Ю., Румянцева, М.В. Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики. – Дефектология. – 2003. – № 6 – С. 13-20.
22. Зимняя И.А. Личностная и деятельностная направленность компетенций как результата современного образования / И.А. Зимняя // Материалы XVI научно-методической конференции «Актуальные проблемы качества образования и пути ее решения». - Москва: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2006. - 306 с.
23. Каган В.Е. Преодоление: неконтактный ребенок в семье. – СПб., Фолиант, 1996. – 155 с.

24. Князев А.М., Одинцова И.В. Акмеологические технологии активно-игрового обучения. - М., 2007. - 215 с.
25. Князев А.М., Одинцова И.В. Режиссура и менеджмент технологий активно-игрового обучения: учебное пособие / А.М. Князев, И.В. Одинцова; под ред. А.А. Деркача. - Москва: РАГС, 2008. - 208 с.
26. Князев А.М., Одинцова, И.В. Системные деловые игры в образовании / А.М. Князев, И.В. Одинцова. - М., 2006. - 230 с.
27. Колонина Т.Ю., Трусъ А.А. Арт-терапевтические техники в тренинге /Т.Ю. Колонина, А.А.Трусъ. – Санкт-Петербург: Речь, 2010. - 189 с.
28. Кумарина Г. Ф. , Вайнер М.Э., Вьюнкова Ю.Н., Дементьева И.Ф., Кумарина Г.Ф., Мисаренко Г. Г., Степанова О.А., Чутко Н.Я. Коррекционная педагогика в начальном образовании: Учебное пособие — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — 320 с.
29. Кучма В.Р., Платонова А.Г. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей в России. Распространенность, факторы риска и профилактика. – М.: РАРОГЪ, 1997. – 67 с.
30. Левина М.М. Технологии профессионального педагогического образования: учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений / М.М.Левина. - М., 2006. - 315 с.
31. Мазина А.К. Особенности развития познавательной и эмоциональной сферы детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью в ситуации смысловых инициаций / Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. - Ростов на Дону, 2015. – 175 с.
32. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. – М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 2003. – 408 с.
33. Мельничук С.И. Проблема социально-педагогического сопровождения детей имеющих синдром дефицита внимания и гиперактивности в учреждении дополнительного образования // Личность, семья и общество: вопросы

- педагогике и психологии: сб. ст. по матер. XXI междунар. науч.-практ. конф. Часть I. – Новосибирск: СибАК, 2012.
34. Мони́на Г.Б., Лютова-Робертс Е.К., Чутко Л.С. Гиперактивные дети. Психолого-педагогическая коррекция. / СПб.: Речь, 2007.- 186 с.
35. Монтессори М. Мой метод. Начальное обучение / пер. с фр. Л. Б. Печатникова; ред. Е. А. Хилтунен. – М.: АСТ, Астрель, Владимир: ВКТ, 2010.
36. Мурашова Е.В. Дети-«тюфяки» и дети-«катастрофы»: Гиподинамический и гипердинамический синдром. – Екатеринбург: «У-Фактория», 2004. – 176 с.
37. Мухина С.Н. Коррекционно-педагогическая работа по развитию психомоторных способностей дошкольников. – М.: УЦ «ПЕРСПЕКТИВА», 2016. – 156 с.
38. Мэрфи Д., Пейсли Д., Пардоу Л. Арт-терапевтическая группа для импульсивных детей. В сб. Арт-терапия – новые горизонты / Под ред. А.И.Копытина. – М.: «Когито-центр», 2006. – 336 с.
39. Нейпир О., Витакер К. Семья в кризисе: Опыт терапии одной семьи, преобразовавший ее жизнь / Пер. с англ. – М.: «Когито-центр», 2005. – 344 с.
40. Никольская И.М. Биопсихосоциальная модель болезни и здоровья как теоретико-методологическая основа клинической психологии и психотерапии семьи и детства. // Семья: межинституциональное взаимодействие в социокультурном пространстве Санкт-Петербурга: Материалы межрегиональной научно-практической конференции. / Под общ. ред. Е.Н. Барышникова, О.В. Эрлиха. – 2011 – 248 с. – С. 161-167
41. Оклендер В. Окна в мир ребёнка: руководство по детской психотерапии. М.: Класс, 2005.
42. Психотерапевтическая энциклопедия. / Под общей редакцией Б.Д. Карвасарского – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с.
43. Пугач В.Н. Особенности восприятия у детей с расстройствами внимания II Психолого-педагогические проблемы системы образования: Тезисы докл.

- международн. научно-методич. конфер / Под ред. В.Н. Пугача — Ижевск, 1998,- С.58-59.
- 44.Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии – СПб: Издательство «Питер», 2000 – 712 с.
- 45.Самоукина Н.В. Игры в школе и дома: психотехнические упражнения, коррекционные программы. Ярославль: Академия Развития, 2004. - 206 с.
- 46.Сиротюк А.Л. Детская гиперактивность: причины, рекомендации / ж. «Дошкольное воспитание». 2007. № 8. С. 44-50
- 47.Сиротюк А.Л. Обучение с учетом психофизиологии. Практическое руководство для учителей и родителей. – М.: «ТЦ Сфера», 2001.- 128 с.
- 48.Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам – М.: ТЦ Сфера, 2008 – 128 с.
- 49.Смирнов С.Д. Педагогика и психология высшего образования: от деятельности к личности: учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений / С.Д. Смирнов. - М., 2003 - 216 с.
- 50.Столяренко Л.Д. Педагогическая психология. - Ростов-на-Дону: «Феникс», 2004. - 544 с.
- 51.Трайнев И.В. Конструктивная педагогика: учебное пособие / И.В. Трайнев; под общ.ред. В.Л. Матросова. - М., 2004. - 320 с.
- 52.Уэндер П., Шейдер Р. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью: пер. с англ // Психиатрия / под ред. Р. Шейдера. – М.: Практика, 1998. – С. 222–236.
- 53.Федотчев А.И., Бондарь А.Т., Бахчина А.В., Парин С.Б., Полевая С.А., Радченко Г.С. Музыкально-акустические воздействия, управляемые биопотенциалами мозга, в коррекции неблагоприятных функциональных состояний / Успехи физиологических наук. - 2016. - N 47 (1). С.69-79.
- 54.Цыганкова Н.И. Психологическое сопровождение развития и социального функционирования младших школьников с минимальной мозговой

- дисфункцией / Материалы XV научно-практической конференции (с международным участием) «Служба практической психологии в системе образования» / Под общ. ред. С.М. Шингаева – СПб.: СПб АППО, 2011. – 394 с. – С. 278-283.
55. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. – СПб.: Хока, 2007. – 136 с.
56. Чутко Л.С., Пальчик А.Б. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (причины, диагностика, лечение) – СПб.: «Коста», 2012. -160 с.
57. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Анисимова Т.И. Клинические проявления школьной дезадаптации / журнал «Практика педиатра», 2015, (сентябрь-октябрь). – СПб: Институт мозга человека РАН им. Н.П. Бехтеревой, 2015. С. 48-52
58. Шарапановская Е. В кого он такой? (или обучение детей с патологиями шейного отдела позвоночника и минимальными мозговыми дисфункциями). Барнаул, 2000. - 103 с.
59. Шейдер Е. Психиатрия / Пер. с англ. /Под ред. канд. мед. наук Н. Н. Алипова М., «Практика», 1998. – 485 с.
60. Шипицына Л.М. Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. - СПб.: Речь, 2005. - 477 с.
61. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.
62. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. -СПб.: ГП "Иматон", 1997. - 80 с.
63. Ясюкова Л.А. Психологическая профилактика проблем в обучении и развитии школьников. – СПб.: «Речь», 2003. – 384 с.
64. Barkley R.A. Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment. – N.Y., London, 1987.

Электронные и Интернет-ресурсы:

1. Обучение детей с дефицитом внимания и показателем гиперактивности: инструкционные стратегии и практика. Основные разработчики проекта Билл Вольф и Келли Хендерсон. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www2.ed.gov/rschstat/research/pubs/adhd/adhd-teaching-2008.pdf> (дата обращения 27.02.2018).
2. Заваденко Н. Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: диагностика, патогенез, принципы лечения [Электронный ресурс]// Вопросы практической педиатрии. - 2012. - Т.7. - N1. - С.54-62. Режим доступа: <https://medi.ru/info/8123/>
3. Рекомендации учителя-дефектолога Фанг Хань (责任编辑方涵) для учителей и родителей по обучению и воспитанию детей с СДВГ и гиперактивностью (多动症, 过动症) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.epochtimes.com/gb/14/9/18/n4251098.htm> (дата обращения 29.02.2018).
4. Рекомендации специального комитета школьного образования по воспитанию детей с СДВГ [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/046/siryu/attach/1311209. (дата обращения 04.03.2018).
5. Коркина С. В. Психолого-педагогическое сопровождение ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью в условиях разновозрастной группы дошкольного учреждения // Молодой ученый. — 2015. — №9. — С. 1254-1257. — URL <https://moluch.ru/archive/89/17841/> (дата обращения: 04.05.2018).
6. Владимирова И. М. Современные методы психологической коррекции проявлений СДВГ у детей и подростков ГБУ РЦ ППМСП "Центр диагностики и консультирования" Санкт-Петербурга. Электронный адрес: <http://gmpmpk.ru/helpparents/149-vladimirova-im-sovremennye-metody-psiologicheskoy-korrekcii-projavlenij-sdvg-u-detej-i-podrostkov>
7. Власова О. А. Роль учителя в валеолого-педагогическом сопровождении детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. Электронный адрес:

<https://cyberleninka.ru/article/n/rol-uchitelya-v-valeologo-pedagogicheskom-soprovozhdenii-detey-s-sindromom-defitsita-vnimaniya-i-giperaktivnostyu>

8. Тонкова Н.С. «Психолого-педагогическое сопровождение ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью в образовательной организации»
Выступление на ШМО МОУ СОШ №25 с углубленным изучением отдельных предметов. Электронный адрес: <https://nsportal.ru/nachalnaya-shkola/materialy-mo/2017/09/01/psihologo-pedagogichesкое-soprovozhdenie-rebenka-s>
9. Медицинская практика. Информационный сайт для специалистов в области дисциплины Педагогические аспекты проблемы детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Электронный адрес: <http://mfvt.ru/pedagogicheskie-aspekty-problemy-detej-s-sindromom-deficita-vnimaniya-i-giperaktivnosti/>
10. Особенности включения в образовательный процесс детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.
<https://montessoriblog.livejournal.com/40868.html>
11. Семакова Е.В. Психологическое сопровождение успешной школьной адаптации детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью на индивидуальном и семейном уровнях // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 11-11. – С. 2529-2532;
URL: <http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=35980> (дата обращения: 04.05.2018)
12. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes (Руководство по клинической практике расстройстве дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей и подростков)[Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.aerosp.net/arc/TDAH%202010.pdf> (дата обращения 01.03.2018).

