

Формы организации учебной деятельности детей с СДВГ в школе и дома

Ирина Николаевна Серёгина,

преподаватель психологии факультета непрерывного образования Камчатского государственного университета им. Витуса Беринга, медицинский психолог городской детской поликлиники № 2, г. Петропавловск-Камчатский, irinatip88@bk.ru

• синдромом дефицита внимания • заинтересованность и поддержка родителей • комплексный подход к решению проблемы • классификация DSM-IV • опыт школьной социализации •

В какой школе следует учиться детям с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)? Единого мнения по этому поводу у специалистов нет. Одни считают, что таким детям трудно учиться и контактировать со сверстниками в обычной школе. Другие обосновывают обучение в обычной школе сохранением интеллектом у детей, а вторичные проблемы (неуправляемое поведение, агрессивность и прочее) возникают в результате упущения своевременной диагностики СДВГ, например, некоторые формы синдрома имеют менее выраженную гиперактивность, в основном страдает внимание.

Когда ребёнок приходит в первый класс, уже в течение полугода учитель видит наличие у него проблем в обучении и поведении, проявляющихся в той или иной степени. Педагог должен обратить внимание даже на небольшие трудности в обучении ребёнка, с целью выяснить причину. Возможно, ученик ленится или педагогически запущен, неблагоприятная обстановка в семье, страдают познавательные процессы у ребёнка и т.п. Говоря о СДВГ у детей, отметим, что синдром имеет разные «лица» и определить его наличие не всегда представляется возможным психологу, педагогу и родителю, исключая явно выраженную форму (тяжёлую степень) синдрома.

Известно немало случаев, когда дети с СДВГ, вовремя получившие помощь и под-

держку со стороны психологов, педагогов и врачей, становились известными преуспевающими бизнесменами, адвокатами, спортсменами, потому что их родители приложили немало усилий, чтобы дети добились успеха. Решение проблемы СДВГ у детей не заключается в многочисленных рекомендациях для педагогов, программах обучения таких детей, опирающихся на школу и мастерство учителя. Без заинтересованности, поддержки родителей (семьи) и наблюдения врачей помощь таким детям мало эффективна. Усилия педагогов организовать обучение и помочь ребёнку с СДВГ самостоятельно в условиях школы (если родители безразличны к проблеме ребёнка или неблагополучная семья) приобретают характер бесполезности, истощая центральную нервную систему самого учителя.

Эффективность педагогической работы (обучения и воспитания) при комплексном подходе решения проблемы также зависит от формы (подтипа СДВГ) и степени выраженности синдрома. В связи с этим в школе характерны противоречия между возможностями детей с СДВГ и требованиями учителя (особенно в начальных классах), система обучения характеризуется как психотравмирующая для гиперактивного ребёнка.

Может, дело не в системе обучения, а в дошкольной диагностике и подготовке ребёнка с СДВГ в этой системе обучаться? Но

это уже вопрос, касающийся психологов и педагогов дошкольных образовательных учреждений и родителей дошкольников.

Разные «лица» синдрома

СДВГ является этиологически полиморфным расстройством, где в подавляющем большинстве случаев генетические факторы играют основную роль. Также СДВГ — биопсихосоциальное расстройство, при котором главные этиологические факторы — биологические (родовые травмы, тяжёлые интоксикации, органические поражения центральной нервной системы и другие), а основные прогностические — психосоциальные, неблагоприятное течение которых (функционирование семьи) может закреплять клинические проявления и усиливать дезадаптацию детей, страдающих этим заболеванием¹. Но при благоприятных условиях воспитания проявление симптомов снижается или исчезает полностью. Основными проявлениями СДВГ являются гиперактивность, нарушения внимания и импульсивность.

По американской классификации DSM-IV СДВГ встречается у трёх подтипов:

- 1) с преобладанием дефицита внимания, гиперактивность и импульсивность может отсутствовать полностью (чистая форма — simplex);
- 2) с преобладанием гиперактивности/импульсивности, при минимально выраженном или полном отсутствии дефицита внимания (чистая форма — simplex);
- 3) комбинированный (сочетанная форма — complex) — с наличием симптомов гиперак-

тивности/импульсивности и дефицита внимания.

По данным исследований, синдром гиперактивности/импульсивности больше связан с риском оппозиционным, агрессивным и антисоциальным поведением, синдром дефицита внимания — с тревожными расстройствами, депрессией и проблемами с учёбой, комбинированный же подтип является самым тяжёлым и прогностически сочетает в себе развитие проблем двух других подтипов. Однако в настоящее время ведётся научная дискуссия относительно подтипов СДВГ — являются ли они формой одного расстройства или это разные по природе расстройства? Особенно это касается подтипа с преобладанием дефицита внимания, который, по мнению Barkley, является отдельной нозологической единицей². В настоящее время вопрос о подтипах СДВГ и клиническом значении до конца не исследован³.

Что касается степени тяжести СДВГ, понимание того, что в пределах одного подтипа в одной возрастной группе степень выраженности симптомов и их присутствие во всех сферах жизни ребёнка может быть совершенно разной (в зависимости от этиологии СДВГ, биологической почвы расстройства у ребёнка, клинической картины), выделение степеней тяжести имеет смысл. Более того, установленная степень выраженности синдрома у ребёнка позволяет специалистам определить более точные (для подтипа СДВГ) и эффективные методы коррекции, его воспитания и обучения. Врачи предлагают рассматривать лёгкую, умеренную (среднюю) и выраженную (тяжёлую) степени тяжести формы СДВГ. Однако ни в одной диагностической системе до сих пор нет чётких диагностических критериев, определяющих степень тяжести СДВГ. Поэтому определяется она врачами-клиницистами по клинической картине и характеру выраженности симптомов⁴.

Типичные проявления СДВГ

Неоднократно нами проводились исследования детей вторых классов с трудностями в обучении и поведении. Дети проходили медицинское обследование (включая аппаратное — ЭЭГ) и психолого-педагогическое. У 90% детей выявлен синдром дефи-

¹ **Тржесоглава З.** Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. М.: Медицина, 1986. 256 с.; **King R.A., Noshpitz J.D.** Pathways of growth // Essentials of child psychiatry. N.Y., 1991. Vol. 2; **Barkley R.A.** Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A clinical workbook. N.Y.: The Guilford Press, 2006. P. 65–94.

² Нозологическая единица (нозологическая форма) — это определенная болезнь, которую выделяют как самостоятельную, как правило, на основе установленных причин, механизмов развития и характерных клинико-морфологических проявлений.

³ **Barkley R.A.** Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A clinical workbook. N.Y.: The Guilford Press, 2006. — P. 65–94.

⁴ **Романчук О.И.** Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей / Пер. с укр. М.: Генезис, 2010. С. 71.

цита внимания и гиперактивности (все формы выраженности). Когда учителям были озвучены результаты, мы столкнулись с нескрываемым удивлением тому, что некоторые дети из их класса страдали СДВГ. Это была форма выраженности, которая носила характер дефицита внимания без гиперактивности (преимущественно девочки). Ученицы характеризовались следующим образом: без особых способностей, тихо сидящие за партами; не принимают участие в общественной жизни класса; основная оценка по предметам — «3». Некоторые дети с СДВГ (несмотря на свою неусидчивость) успевали услышать и запомнить учебный материал, выполняли хорошо самостоятельные работы и считались просто непослушными и невоспитанными (форма гиперактивности с минимальным дефицитом внимания).

Из беседы с учителями исследуемых классов выявлено, что в настоящее время о проблеме СДВГ педагоги просвещены достаточно хорошо. В каждом начальном классе есть брошюры с рекомендациями, но все они носят общий характер в работе с гиперактивными детьми. По анализу экспериментального исследования можно заключить, что общие рекомендации для педагогов в отношении обучения и воспитания детей с СДВГ подходят в работе не со всеми детьми; каждый случай, независимо от формы выраженности и степени тяжести синдрома, — сугубо индивидуальный. Поэтому рекомендации педагогам и родителям должны носить более точный характер в отношении обучения и воспитания детей, страдающих разными подтипами СДВГ.

Гиперактивное расстройство с дефицитом внимания имеет много «лиц», вопреки объединяющей патогенетической составляющей СДВГ — нарушению самоконтроля: у разных детей, в разном возрасте, в разных социальных контекстах он будет проявляться очень по-разному и приводить к разным последствиям⁵.

Дети с доминированием дефицита внимания

Это наиболее сложный подтип для диагностики СДВГ. Типичные проблемы с сосредоточением внимания заключаются не столь-

ко в том, что дети не могут быть сконцентрированными, сколько в их неспособности на протяжении продолжительного времени удерживать внимание на важном, особенно если оно малоинтересное и не стимулирующее. Однако они внимательно смотрят захватывающий мультфильм, играют в компьютерные игры и могут быть успешными игроками. Проблема появляется тогда, когда ребёнку нужно продолжительное время концентрироваться на том, что не интересно, например: урок, представленный учителем, домашнее задание и т.п. В связи с этим появляются трудности с концентрацией, ошибки по невнимательности, отвлечение на посторонние факторы, невыполнение заданий и т.д. Создаётся впечатление, что на уроках ребёнок «витает в облаках», с каждым учебным днём упуская пройденный материал. Одновременно у него занижается самооценка, повышается тревожность, нарушаются коммуникации.

Внимание детей с СДВГ очень слабо контролируется «центральной командной пунктом» (лобной корой), и вместе с тем им руководят наиболее сенсорные, привлекательные в плане новизны и стимуляции аспекты ситуации. Соответственно снижена способность активно руководить собственным вниманием, сосредоточить его на важнейших аспектах ситуации (особенно если они не интересны) и удерживаться от отвлечения на второстепенные стимулы (если они более интересны)⁶. Учитывая другую нейропсихологическую характеристику детей с СДВГ большой сенсорный голод, потребность в «сильных» впечатлениях и способность быстро «насыщаться», можно предсказать, насколько серьёзными могут быть проблемы с внимательностью в ситуациях, «скучных» для ребёнка (например, на уроке).

Типичные особенности поведения таких детей: «отсутствие», «сон наяву», «растерянность», замедленность реакций, двигательная заторможенность. Эти дети обычно не создают особых трудностей окружающим, а потому не испытывают проблем с «активным» отчуждением, хотя могут иметь проблемы с социальными навыками и быть социально изолированными. У них высокий индекс коморбидности (на-

⁵ Романчук О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей / Пер. с укр. М.: Генезис, 2010. С. 65.

⁶ Там же. С. 57.

личие дополнительной клинической картины) относительно специфических расстройств, школьных навыков, депрессии и тревожных расстройств⁷. Хотя они и не обращают на себя внимания своей гиперактивностью, у них есть все остальные симптомы: нарушения концентрации внимания, асоциальное поведение, они грубы и вспыльчивы, внешне производят впечатление неспособных, плохо успевающих, социально изолированных и часто депрессивных. Этот подтип чаще встречается у девочек, но его редко относят к формам отклонений, нуждающихся в лечении (в некоторых случаях ошибочно и лечение необходимо).

Рекомендации учителю:

Основное:

- интересная, «мультисенсорная», с «частой сменой кадров» презентация учебного материала на уроке;
- активное привлечение детей;
- чёткая структура с частым изменением заданий и видов деятельности;
- в процессе выполнения учеником самостоятельного задания следует: неоднократно подходить к нему (контроль его деятельности); интересоваться (всё ли ему понятно); напоминать о времени, которое он может ещё использовать при выполнении задания; поощрять (учителю необходимо создать ситуацию поддержки, которая позволит ребёнку учиться укладываться в установленное время урока, например: фраза «не волнуйся, ты успеешь», возможность задержаться после урока, чтобы закончить задание);
- домашнее задание писать на доске, проговаривая его вслух, предварительно попросить детей подготовить дневники и ручки, дополнительно привлечь внимание (например: «Маша, ты всё записала?»).

Второстепенное (но существенное):

- стратегия уменьшения посторонних раздражителей (например, посадить ребёнка за первую парту, не возле окна и т.п.).

Как показали исследования, даже в условиях сенсорно «стерильного» кабинета, если стиль преподавания не будет интерес-

ным и стимулирующим, ребёнок будет отвлекаться: если не на что отвлечься

снаружи, внимание перенесётся во внутренний мир, мир воображения.

Родители должны быть готовы к тому, что в обучении детей с СДВГ до относительной нормализации их мозговой деятельности (т. е. в течение 1—3 классов) основную роль играют домашние занятия. Дома необходимо не только выполнять домашние задания, но и повторять материал, пройденный в классе, чтобы проверить, всё ли понято ребёнком правильно, не осталось ли вообще пропущенным что-либо существенное. Очень полезно рассказывать ребёнку заранее содержание предстоящего урока, чтобы ему легче было включиться в класс, и вынужденные «отключения» не нарушали общее понимание того, что объясняет учитель.

Рекомендации родителям:

- во время выполнения домашнего задания наблюдать за ребёнком, если он отвлекается на посторонние стимулы, «перефокусировать» его на уроки;
- постоянно концентрировать внимание ребёнка, периодически обращаться к нему, (например: «Как продвигаются дела с заданием?») подойти и посмотреть, на какой стадии выполнения, помочь (иначе он может часами безрезультатно сидеть за столом над одним заданием, утомляясь и истощаясь энергетически);
- малоинтересные, скучные задания ребёнок самостоятельно выполнить не может, поэтому необходимо либо сделать задание интересным, либо ассистировать в роли «сосредоточителя внимания», либо повысить мотивацию (например, приз в случае успешного выполнения задания);
- время выполнения уроков должно быть регламентировано и контролироваться родителями;
- давайте ребёнку только одно задание на определённый отрезок времени, чтобы он мог его завершить;
- для подкрепления устных инструкций используйте зрительную стимуляцию;
- постоянно общайтесь с классным руководителем, интегрируйте ваши действия;
- проходите профилактические консультации у невролога (наблюдение медиков).

Исключить (на время выполнения ребёнком домашнего задания):

⁷ Barkley R.A. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. N.Y.: Guilford Publications, 1990. 256 p.

- присутствие дома знакомых, друзей взрослых;
- просмотр родителями телепередач (если это слышно ребёнку), занятия за компьютером;
- длительные разговоры по телефону (только по существу, коротко);
- постоянные окрики из других комнат.

Категорически нельзя возлагать ответственность за выполнение домашнего задания и успехи в школе на ребёнка.

Дети с доминированием гиперактивности

Перед нами — наиболее редкая форма СДВГ. Сидеть за партой шесть уроков подряд по 40 минут — даже для здорового ребёнка непосильная задача. Монотония, отсутствие смены форм деятельности на уроке и в течение дня приводят к тому, что через 10—15 минут после начала урока гиперактивный ребёнок уже не в состоянии спокойно сидеть за партой. Начинается проявляться симптоматика СДВГ — ребёнок ёрзает на месте, болтает руками и ногами, смотрит по сторонам, играет попавшими под руку предметами, одним словом, занимается «своими делами», казалось бы «не обращая внимания» на замечания учителя.

Такое поведение у ребёнка не возникает «специально», это следствие его утомления и как результат — снижение функции контроля. Можно сколько угодно обращаться к ребёнку, взывая к сосредоточенности, внимательности, тишине, можно наказывать, но это вряд ли будет эффективным. Ребёнок не может вести себя так, как требуют взрослые, и не потому, что не хочет, а потому, что его физиологические возможности не позволяют сделать это. Но при всей своей гиперактивности ребёнок может повторить то, что сказал учитель, запомнить большую часть темы урока, выучить небольшое стихотворение и прочесть его через несколько дней. Способностью услышать, запомнить и воспроизвести при повышенной активности и отвлекаемости эти дети и отличаются от детей других подтипов СДВГ.

Отметим, что роль учителей является определяющей в своевременном выявлении

СДВГ. Особенно это касается учителей начальной школы — именно они могут первыми заметить симптомы СДВГ у ребёнка и обеспечить раннюю диагностику и своевременную помощь. От отношения учителя к ребёнку зависят отношения, которые сложатся между ними, и как следствие — мотивация ребёнка к сотрудничеству, учёбе, надлежащему поведению и т.д. Сказанное отнюдь не уменьшает значимости определённых действий и усилий по построению позитивного взаимодействия с ребёнком. Хорошие отношения не образуются сами собой, их надо строить и оберегать.

К рекомендациям учителю и родителям, которые описаны в предыдущем разделе, необходимо дополнить **следующее** (пути построения хороших взаимоотношений):

- ежедневное личное приветствие ребёнка;
- использование разных возможностей для общения (например, во время перерыва можно подойти к ребёнку и спросить: «Как настроение?», «Как прошли выходные?» и т.п.);
- невербальные выражения хорошего отношения (например, можно слегка погладить, похлопать по плечу за успешное выполнение задания и т.п.);
- внимательность к ребёнку, доброжелательность, поддержка;
- внимание к успехам ребёнка (в том числе и перед классом), его положительным качествам, способностям;
- избегание унижительной критики, некорректных форм высказывания замечания и т.п.;
- эмоциональное, интересное проведение уроков с привлечением детей, их активным участием в уроке, поощрением сотрудничества.

Эффективное партнёрство родителей и педагогов является главным условием социальной и учебной успешности школьника с СДВГ.

Оптимизация сотрудничества учителя с родителями ребёнка:

- учителям необходимы элементы навыков психологического консультирования и навыки конструктивного решения конфликтов (требует определённого опыта и компетентности педагога);

- общение родителей и учителя с целью: согласованно работать над общими воспитательными целями — контроль поведения, учёбы, интеграция ребёнка в коллектив, развитие положительной самооценки, социальных навыков и т.п.;
- в процессе общения учитель может оказать поддержку родителям в содействии полноценному развитию ребёнка;
- учитель может консультировать родителей по вопросам выполнения домашних заданий, назначения дополнительных занятий, преодоления проблем с самоорганизацией, трудностей в отношениях с ровесниками и т.п..

Личность учителя и характер его отношений с ребёнком являются основой педагогического влияния. Иногда именно учитель играет определяющую роль в судьбе ребёнка, помогая ему выбрать оптимальный путь развития и самореализации.

Дети с комбинированной формой СДВГ

И, наконец, самая распространённая форма СДВГ. Симптомы дефицита внимания и гиперактивности, проявляющиеся в комбинированной форме, часто сопровождаются дополнительными нарушениями:

- обучения (дислексия, дискалькулия, дисграфия и т.д.);
- моторики (нарушение моторного умения);
- общения (коммуникативные);
- нарушения экспрессивной и рецептивно-экспрессивной речи, фонации, логоневозы и т.д.

Л. Хечман считает, что все симптомы СДВГ (гиперактивность, импульсивность и дефицит

(нарушение) внимания) логично рассматривать совместно, так как они редко встречаются по отдельности, что порой осложняет выявление чистого (simplex) подтипа СДВГ⁸. При этом автор рассматрива-

ет симптомы СДВГ (их проявления) по возрастам. Мы же акцентируем внимание на младших школьниках (1—3 классы).

При отсутствии своевременной помощи формируются вторичные проблемы и сопутствующие расстройства.

Прямыми непосредственными следствиями СДВГ являются проблемы в нескольких сферах жизни: семья, отношения с ровесниками, поведение в школе и на улице, учёба. Степень выраженности этих проблем и их наличие зависят не только от СДВГ, но и от того, как реагирует социальное окружение на ребёнка, помогает ли ему преодолевать вызванные расстройством ограничения. В случае отрицательного взаимодействия с социальной средой у ребёнка с СДВГ могут нарастать:

- расстройства поведения — оппозиционное, агрессивное и антисоциальное поведение;
- расстройства развития речи и школьных навыков;
- тревожные расстройства;
- депрессия, тики;
- расстройство развития координации движений;
- пограничная интеллектуальная недостаточность;
- энурез (недержание мочи), нарушение сна и др.

А в подростковом возрасте:

- расстройство личности;
- злоупотребление / зависимость от алкоголя и наркотиков.

Прежде всего, отметим, что поведение ребёнка с СДВГ носит переменный характер, непостоянно, и в разных средах один и тот же ребёнок может вести себя по-разному. С точки зрения патогенеза, это вполне понятно, поскольку поведение ребёнка контролируется не внутренними правилами, а является реакцией на внешние стимулы и факторы «здесь и сейчас». В зависимости от комбинации этих стимулов и факторов поведение ребёнка будет разным: в одной среде симптомы СДВГ сильно выражены и поведение ребёнка будет «проблемным», а в другой — нет⁹. В связи с этим можно сделать вывод — на-

⁸ Хечман Л. Развитие, нейробиологические и психосоциальные аспекты гиперактивности, импульсивности / Пер. М. Симонина, Е. Шумана // narod.ru Сайт кафедры психиатрии и наркологии № 1 Уральской Государственной Медицинской Академии, 2005.

⁹ Романчук О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей / Пер. с укр. М.: Генезис, 2010. 336 с.

сколько важным в социализации ребёнка с СДВГ является школьная среда и отношение с учителем и сверстниками.

Итак, если подытожить, то общими для всех детей с СДВГ являются следующие проблемы:

- трудности в овладении некоторыми учебными навыками;
- неуклюжесть, проблемы с крупной и мелкой моторикой, неразборчивый почерк;
- неаккуратность при выполнении письменных работ;
- неумение организовать свою деятельность: как последовательность выполнения действий, так и во времени;
- трудности в соблюдении инструкций;
- эмоциональная нестабильность (частые смены настроения, вспыльчивость);
- трудности с концентрацией внимания;
- сложные отношения с учителями и сверстниками.

Однако исследования показывают¹⁰, что наряду со всеми этими проблемами гиперактивные дети обладают:

- высокой познавательной активностью;
- широким кругом интересов;
- способностью к целостному восприятию мира и отдельных ситуаций;
- способностью к озарению;
- высоким уровнем развития аналитических способностей;
- способностью придумывать множество вариантов решения одной задачи;
- чувством юмора;
- изобретательностью.

Дополняя рекомендации, отметим для учителей:

- вера учителя в ученика, хорошие взаимоотношения между ними;
- учитывание усвоения инструкции и алгоритма деятельности ученика на уроках;
- учитывание возможности контроля за протеканием собственной деятельности ребёнка;
- обеспечение предсказуемости, организованности и структурированности среды;
- эффективное командное сотрудничество между специалистами по СДВГ (врач, психолог, педагог) и родителями;

- гибкость учителя, его готовность и желание находить соответствующий педагогический подход и стиль преподавания, который отвечает особенностям каждого ребёнка;
- уменьшение объёма письменных заданий на уроках; предоставление детям с СДВГ большего времени на выполнение задания;
- поддержка со стороны школьной администрации.

Что могут родители:

- уделять ребёнку как можно больше времени;
- обеспечить себе поддержку и помощь в семье и школе. Сделать учителей своими союзниками (обязательно!);
- составлять списки, оформляя их весёлыми картинками (например, распорядок дня), поскольку дети с СДВГ не умеют организовывать и планировать свою деятельность (испытывают трудности в программировании); контролировать выполнение, напоминания (например: «Через 15 минут готовься ко сну»);

Списки можно составлять для любого рода деятельности, например:

- уборка в комнате (список, что необходимо сделать по пунктам);
- последовательность выполнения домашних заданий (составлять список вместе, с учётом мнения ребёнка, тогда сопротивление при исполнении с его стороны будет меньше);
- что обязательно должно быть в портфеле;
- правила поведения (например, соблюдать режим, сколько и когда смотреть телевизор, вечером собирать портфель в школу и т.д.);
- границы (в этом списке должно быть всё то, чего делать нельзя, например, драться, обзывать и т.д.);
- контроль родителей за временем (дети плохо ориентируются во времени), заранее предупреждайте о любых изменениях, особенно если это меняется в режиме дня и ваших совместных планах;

И, конечно, делайте передышки (например, игра на расслабление и т.п.).

¹⁰ Болотовский Г.В., Чутко Л.С., Попова И.В. Гиперактивный ребенок. СПб.: НПК «Омега», 2010. 160 с.

При всей кажущейся жёсткости, списки ребёнку необходимы, они показывают ему, в каком направлении двигаться. Он знает, что именно ему следует делать, чего от него ждут, и становится спокойнее.

В заключение хотелось бы сказать, что до сих пор большинство педагогов и школьных психологов, в противовес мнению и рекомендациям специалистов (врачи, клинические психологи), предпочитают практику наблюдения детей с СДВГ. В таких случаях представители школ настаивают или на выводе детей на домашнее обучение (чаще всего), или на переводе их в классы выравнивания (реже), или на смене образовательного учреждения.

¹¹ Фесенко Е.В., Фесенко Ю.А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. СПб.: Наука и Техника, 2010. 384 с.

В основном это те дети, которые были «упущены» с перво-

го класса (по каким-либо причинам), имеющие вторичные проблемы (агрессия, ухудшение степени тяжести СДВГ, антисоциальное поведение и т.п.).

В итоге такие дети лишаются глобального опыта школьной социализации, общения с социально-благополучными соучениками и их поддержки, ориентации в личных учебных достижениях на успешных одноклассников. При подобном подходе к работе с этими детьми основной акцент делается исключительно на индивидуальную помощь. Однако, как показывает практический опыт и соответствующие научные исследования¹¹, надежды на психотерапию в сочетании с одновременным назначением лекарственных средств **без учёта школьного фактора** (получение позитивного школьного опыта) на сегодняшний день безосновательны.

□



«ИГРА И ДЕТИ»

Периодичность – 8 номеров в год, 40 стр.

Сентябрь, октябрь, ноябрь, декабрь, февраль, март, апрель, май.

Журнал предлагает апробированные материалы, помогающие объединить работу сотрудников дошкольных образовательных учреждений, начальных школ и усилия родителей, имеющих детей в возрасте от 1 года до 10 лет.

Содержит научно-популярные и методические материалы, консультации специалистов, опыт семейного воспитания, описания творческих и дидактических игр, игровых занятий, сценарии праздников, конкурсов и других мероприятий.

Все материалы готовы к практическому использованию для коллективной и индивидуальной работы с детьми.

Подписные индексы:

в каталоге Агентства «Роспечать»: **80660** (полугодовой), **81606** (годовой)

E-mail: igra@i-deti.ru, www.i-deti.ru