**СДВГ. Информационная поддержка родителей (полный текст)**

**СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ: ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ**

с целью профилактики и повышения качества оказания медицинской помощи сопутствующих психических и поведенческих расстройств

***(пособие для педагогов и школьных психологов)***

**Инструкция по применению**

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: Белорусский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и медицинской психологии АВТОР: канд. мед. наук, доц. Т. А. Емельянцева ***Подписано в печать 01.12.2011г. Тираж 20 экз.***

**ВВЕДЕНИЕ**

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является синонимом гиперкинетического расстройства (F90).

Всемирная организация детской и подростковой психиатрии в 2004 г. признала синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) про­блемой № 1 в сфере охраны психического здоровья детей.

***Во-первых, СДВГ*** — самый распространенный медицинский диагноз в детской психиатрической практике (3-8 % в детской популяции).

***Во-вторых, СДВГ*** — функциональный диагноз. Дефицит внимания, гиперактивность и импульсивность ребенка затрудняют процесс его обу­чения, нарушаются отношения ребенка со сверстниками, педагогами и родителями. Поведенческие проблемы ребенка с СДВГ во многом опре­деляются отношением окружения к ребенку: пониманием, терпением, же­ланием помочь. Работа с родителями в том случае является первостепенно важной в силу их заинтересованности и того факта, что большую часть времени ребенок проводит в семье.

***В-третьих, СДВГ*** имеет высокую коморбидность с такими психиче­скими расстройствами, как специфическое расстройство развития речи, дисграфия, дислексия, дискалькулия, тики, заикание и др. Нарушения социального функционирования в начальной школе, особенно в случае неадекватного воспитания родителями, могут приводить к развитию асо­циального расстройства личности, формированию зависимости от психо­активных веществ и суицидальному поведению. Поэтому так важно на начальных этапах, в первых классах школы, обратить внимание родите­лей на трудности в воспитании и обучении детей с СДВГ, поддержать их, помочь структурировать жизнь такого ребенка, поверить в его будущее.

Предложенный вариант психообразовательной программы разработан в соответствии с утвержденными протоколами Европейской ассоциаций детской и подростковой психиатрии (Europeanclinicalguidelinesforhyperkineticdisorder, 2004). Адаптирован к условиям оказания медицин­ской помощи детям в Республике Беларусь и может быть использован педагогами и школьными психологами в соответствии с проектом протоколов МЗ РБ с целью профилактики и повышения качества оказания медицинской помощи детям с гиперкинетическими расстройствами.

С января 2008 г. психообразовательная программа для родителей по проблемам гиперкинетических расстройств у детей была внедрена в практику Минского городского клинического детского психоневрологи­ческого диспансера. Уже на первых этапах работы обратили на себя вни­мание высокая мотивация родителей и педагогов к предложенному мето­ду работы.

**ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С СДВГ**

СДВГ включает в себя нарушение активности и внимания (F90.0) и гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1). Важно отметить, что в 90 % случаев выставляется диагноз F90.1. Таким образом, поведенческие проблемы ребенка являются основным местом приложения комплексных вмешательств при оказании помощи детям с СДВГ.

Проблемное поведение ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности проявляется:

* протестными реакциями (непослушанием);
* дезорганизующим поведением (ребенок не слушает учителя, вста­ет во время урока и ходит по классу);
* неадекватным поведением (ведет себя «как клоун»);
* агрессивным поведением (может ударить импульсивно, чаще в от­вет на провокации других детей, не отдавая отчета в последствиях);
* делинквентным поведением (ребенка легко «подбить на плохое»);
* травмоопасным поведением (везде лезет, без «чувства опасности»).

Важно понимать, что указанные поведенческие проблемы обусловлены преимущественно биологическими факторами: функциональной незрелостью/недостаточностью мозга.

Социально-психологические факторы могут усилить проявление оппозиционных и агрессивных поведенческих реакций ребенка.

Изменив отношение родителей к проблемам ребенка, мы можем изменить поведение самого ребенка.

Европейские протоколы оказания медицинской помощи детям с СДВГ и проект протоколов МЗ РБ рассматривают психообразовательную работу с родителями в формате «первой линии» во всех случаях СДВГ.

Понимание причин дефицита внимания и гиперактивности родителями, «слабых» и «сильных» сторон данного расстройства позволяют принять ребенка таким, какой он есть, с терпением и любовью помогать строить ему отношения с окружающим миром. Самое страшное, когда ребенок живет с ощущением, что с ним поступают «несправедливо», когда он начинает верить, что он «плохой». Тогда и формируется асоциальное расстройство личности.

Понимание родителями эмоциональных проблем ребенка и собственных эмоциональных трудностей формирует осознание того, что дети с СДВГ нуждаются в помощи, постоянном контакте и защите с целью профилактики у них невротических расстройств, расстройств настроения и суицидального поведения. По данным наших исследований, у таких детей в 40% случаев отмечается депрессивная симптоматика.

Внимание детей с СДВГ ***невозможно развить никакими психологическими тренингами***, его можно только мотивировать. Ребенка нужно уметь заинтересовать, увлечь. Когнитивные проблемы ребенка с СДВГ можно сравнить со «слабой батарейкой» мозга. Его успехи в обучении, как и на­строение, поведение напоминают «качели»: когда ребенок не выспался, устал, находится в плохом настроении его проблемы поведения и обучения в школе становятся более очевидными. Родителям и педагогам нужно иметь адекватные ожидания от успехов обучения такого ребенка в школе, помогать ему решать проблемы самоорганизации.

В научении эффективным приемам воспитания детей с СДВГ родителям приходится понять, что такие дети крайне нетерпеливы и живут по принципу «кусочка конфеты». Если предложить им «кусочек конфеты немедленно» или «целую конфету через две минуты», они выберут «кусочек». Им не хватает «гормонов радости», им часто бывает «скучно». Их надо чаще хвалить, поощрять. Наказывать их тоже надо, но за дело, лишая любимых занятий. И контролировать, формирован, внешнее окружение, направлять их активность: «У бурной реки должны быть хорошие берега».

К сожалению, литературные источники но теме СДВГ у детей содержат самую противоречивую информацию. Отечественные учебники психиатрии по-прежнему склонны описывать «гипердинамический» синдром в рамках «резидуальных последствий раннего органического поражения ЦНС». Современные сайты Интернет-источников употребляют термин «дети-индиго».

Накопилось достаточно убедительных научных данных, что нарушение активности и внимания — «семейное» расстройство. Па вопрос: «В кого ребенок такой?» в 50-70 % случаев мы получаем ответ: «Папа (мама) были такими же шустрыми в детстве и имели проблемы обучения в школе…» Адекватная информация о природе СДВГ помогает родителям не только понять истоки проблемного поведения ребенка, но и осознать причины собственных жизненных трудностей, привлечь свой опыт, снова поверить в своего ребенка и помочь ему…

**ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ ПО ПРОБЛЕМАМ СДВГ: ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ**

Информационная работа с родителями осуществляется с целью по­вышения эффективности оказания помощи детям с СДЕМ’. Основным терапевтическим фактором является изменение отноше­ния семейного и школьного окружения к проблемам поведения и обуче­ния ребенка с СДВГ.

***Задачи:***

* понимание биологической природы нарушений внимания и гипер­активности/импульсивности у ребенка, сопутствующих поведенческих проблем и проблем обучения в школе; адекватная оценка родителями и педагогами возможностей ребенка с СДВГ;
* грамотная мотивация родителей педагогами, школьными психоло­гами к обращению за медицинской помощью ребенка с СДВГ;
* обучение родителей и педагогов эффективным приемам поведен­ческой терапии в воспитании и образовании ребенка с СДВГ.

**СОДЕРЖАНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ РАБОТЫ**

***1. «Мифы» СДВГ***

***Миф № 1: «Искусственно созданная проблема»***

Важно понимать, что СДВГ — медицинский диагноз. Распространенность гиперкинетического расстройства у детей составляет 3-8 % в детской популяции. Таким образом, только в г. Минске таких детей должно насчитываться около 20 ООО. Официально на учете в Минском городском клиническом детском психоневрологическом диспансере состоит более 500 детей. Очевидны проблемы недостаточной информированности как родителей, так и педагогов в отношении данного диагноза и низкой мотивации родителей к обращению за помощью к детским психиатрам.

СДВГ представляет собой достаточно изученное заболевание. Первые описания появились в начале XX века, а лечение впервые описано в 1937 г. Понимание этого расстройства развивалось с течением времени. В «Клинических лекциях по психиатрии детского возраста» Г. Е. Сухаревой (1955) клиническое описание СДВГ приведено в разделе психопатий, связанных с поражением головного мозга на ранних этапах онтогенеза. «Бестормозные» дети характеризуются *повышенной отвлекаемостью внимания, чрезвычайным непостоянством, изменчивостью интересов и жаждой новых впечатлений. У них страдает целенаправленность мыслительных процессов, поэтому суждения поверхностны, поспешны и недостаточно последовательны. В их фантазиях есть элемент конфабуляции, хвастовство, бахвальство и нередко прямая ложь. Такие дети недостаточ­но критичны к собственному поведению, беспечны. Движения избыточ­ны, быстры, угловаты, порывисты. Мелкие движения неточны, нередко отмечаются синкинезии, некоторые навязчивые движения (кусание ногтей, почесывания, сосание пальцев). Речь быстрая, часто фонетически дефектная (легкая шепелявость, неточное произношение «р» и «л»). Неспо­собность к организованной систематической деятельности у таких детей становится причиной многочисленных конфликтов в школе. Хвастовство, ложь, непостоянство приводит к нарушению общения среди сверстников.*

Развитие параклинических методов исследовании периной системы (ЭЭГ, М-Эхо, КТ головного мозга и др.) привело к введению и (60-х годах прошлого века в отношении «бестормозных детей» термина «минимальной мозговой дисфункции». Достаточно часто у таких детей обнаруживается рецидивирующая невротическая симптоматика в виде **тиков, заикания, энуреза, энкопреза** в сочетании с самыми разными изменениями со стороны нервной системы (незначительными отклонениями со стороны неврологического статуса, **изменением активности ЭЭГ** и др.). В настоящее время в научной литературе термин «минимальная мозговая дисфункция» занимает второстепенное положение, хотя еще продолжает фигурировать в клинической практике.

Диагноз «дефицита внимания» (Attentiondeficitdisorder — ADD) пришел к нам из американской классификации психических и поведенческих расстройств DSM-III (1980).

Термин «нарушение активности и внимания» (AttentiondeficithyperactivityDisorder — ADHD) стал употребляться в DSM-IV (1994).

Вместе с новым обозначением пришло принципиально новое понимание природы данного расстройства.

В 1960 г. доктор StellaChess назвала гиперактивными детей, которые «выполняют любое действие быстрее обычного ребенка и/или находятся в постоянном движении…» и это НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО связано с ЗПР (задержкой психического развития) или повреждением мозга, а может представлять «чрезвычайную степень вариации темперамента у ребенка», наследственно обусловленную.

В 1974 г. VirginiaDuglas указала на то, что основным в клинической картине гиперкинетического расстройства является НЕ гиперактивность (гипердинамический синдром), а дефицит внимания и импульсивность.

Имея определенную «слабость» нервной системы, наследственно обусловленную и/или приобретенную в результате воздействия перинатальных вредностей, ребенок с СДВГ не в состоянии удерживать внимание как все другие дети. Желание такого ребенка подвигаться (покрутить головой, покачаться на стуле, повертеть что-то в руках, походить по клас­су и т. п.) может рассматриваться, как попытка включить мозг на новый цикл внимания.

Поэтому реализация двигательной активности ребенка с СДВГ является важным терапевтическим фактором. На деле же родители, педагоги пытаются ограничить двигательную активность такого ребенка на уроке и на перемене.

В настоящее время гиперкинетическое расстройство в МКБ-10 выставляется тогда, когда школа и семья не справляются с проблемным поведением ребенка, длительность нарушений составляет более 6 месяцев и нарушения имели место до 7-летнего возраста.

**Нарушения концентрации внимания наблюдаются с первых лет жизни: «нужно повторять все четыре-пять раз, чтобы он понял… хотя, когда он что-то делает, видно, что он способный…».** В детском возрасте гиперактивность в сочетании с моторной неловкостью часто проявляются отсутствием инстинкта самосохранения: такие дети могут постоянно бегать, лазить по деревьям, заборам, постоянно натыкаться на предметы, других детей. Каждый 5-й ребенок с СДВГ подвергается хирургическим вмешательствам по поводу тяжелых травм как жертва несчастного случая. Такому ребенку трудно научиться завязывать ботинки, застегивать пуговицы, рисовать, играть в мяч. Такие дети проливают или роняют еду, плохо жуют пищу. Настоящая проблема неразвитой моторики может вы­ясниться только тогда, когда обнаруживается, что ребенок не может успешно заниматься спортом. Очевидные проблемы начинаются в школе. Недаром в постановке диагноза «Нарушение активности и внимания F90.0» и «Гиперкинетического расстройства поведения F90.1» врач-психиатр полагается на слова учителя и/или родителя. Существуют определенные шкалы, которые содержат в себе характеристики дефицита внимания и гиперактивносповети, а так же сопутствующих проблем. Наиболее часто используемые: –      для педагогов — ConnorsTeacher’sChecklist, VanderbiltTeacher’sScale; –      для родителей — ConnorsParent’sChecklist, VanderbiltParent’sScale. ***Типовые симптомы дефицита внимания (DSM-IV):***

1. Ребенок не обращает внимания на детали, делает нелепые ошибки.
2. Не может сосредоточиться на задании (игре), которое требует длительного внимания.
3. Часто не слушает, когда к нему обращаются.
4. Не заканчивает начатого занятия.
5. Часто не собран, неорганизован.
6. Часто избегает или даже отказывается выполнять задания, тре­бующие повышенного внимания и умственного напряжения.
7. Часто путает расписание, забывает приносить на занятия необхо­димые тетради, книги.
8. Легко отвлекается, реагирует на все, что происходит вокруг.
9. Часто забывает выполнять каждодневные процедуры (например, личной гигиены).

**(6 симптомов из 9 на протяжении более 6 мес.).**

***Типовые симптомы гиперактивности/импульсивности:***

1. Беспокойно двигает руками или ногами, ерзает на месте.
2. Покидает свое место в классе или в другом месте, не может усидеть.
3. Начинает бегать и карабкаться куда-то, когда это неуместно.
4. Действует как «заведенный», как будто к нему приделан «мо­торчик».
5. Не может тихо играть, неадекватно шумен.

**(3 симптома из 5 на протяжении более 6 мес.)**

***Типовые симптомы импульсивности:***

1. Чрезмерно разговорчив, без учета социальных ограничений.
2. Выпаливает ответы до того, как завершены вопросы.
3. Не способен стоять в очереди и ждать.
4. Часто «врывается» в разговор взрослых или игру других детей.

**(1 симптом из 4 на протяжении более 6 мес.).**

***Симптомы невнимательности и/или гиперактивности/импульсив­ности в рамках СДВГ:***

* продолжаются 6 мес. или более;
* появляются в возрасте до 7 лет;
* не могут быть объяснены другими психическими и соматически­ми расстройствами (аутистического спектра, умственной отсталости, эпи­лепсии и др.).

Важно еще раз отметить, что СДВГ следует рассматривать как осо­бенности ребенка, у которого есть трудности социального функциониро­вания и который нуждается в помощи. ***Миф № 2: «Невоспитанные»*** Родителям часто приходится слышать от окружающих, что ребенок «невоспитанный»: он непослушен, отказывается подчиняться, поступает наперекор, стремится добиться своего, легко «выходит из себя». За последние 50 лет накопилось достаточно научных данных, которые свидетельствуют о том, что СДВГ обусловливается: – «семейными» факторами; – низким весом при рождении и/или незрелостью плода; – курением матери во время беременности; – проблемами в родах, включая «кесарево сечение». Может наблюдаться сочетание указанных факторов. Важно отметить, что природа СДВГ остается недостаточно изученной. Наиболее популярными в настоящее время являются две модели: де­фицита энергетических ресурсов и дефицита управляющих «лобных» функций, которые касаются реализации исполнительских функций (самостоятельно направляемых действий). Ключевым моментом теории дефицита «лобных» функций R. А. Вагkley (1997) является «дефицит запрещающего поведения», который приводит к неспособности ребенка с СДВГ сдерживать и откладывать ответные реакции на внешние стимулы. Основное положение модели дефицита энергетических функций J. Sergeant (2000) заключается в том, что несовершенство механизмов за­прещающего действия у детей с СДВГ зависит от энергетического (биоэнергетического, медиаторного) статуса ребенка. Одной из ключевых теорий СДВГ рассматривается функциональная слабость дофаминовых структур мозга. Как известно, обмен дофамина обеспечивает: – отбор наиболее значимых сигналов, поступающих в центральную нервную систему с периферии; – мотивацию и удержание внимания; – регуляцию сложных движений; – переживание удовольствия. Важно понимать, что ребенок с СДВГ — «социальный инвалид по биологическим причинам»: он знает, как вести себя правильно, но не мо­жет это осуществить. И его нельзя за это ругать… В настоящее время стандартом лечения СДВГ во многих странах, наряду с психообразованием, являются препараты группы психостимуляторов. Психостимуляторы эффективны в 80 % случаев, но они не решают проблему созревания мозга, а позволяют лишь «выиграть время». Ребенок с СДВГ получает равные шансы в жизни по сравнению со здоровыми детьми и начинает заново выстраивать адекватные отношения с окружающими. Назначение психостимуляторов проводится только под строгим контролем врача-психиатра с учетом показаний. Назначение психостимуляторов при тяжелых формах СДВГ имеет свои «плюсы» и «минусы». Важно понимать, что назначение психостимуляторов — достаточно легкий путь решения проблем поведения и обучения такого ребенка в школе, определенный шанс для адаптации в обществе. Но этот путь не может заменить процесс воспитания. ***Миф № 3: «Это перерастет…»***До недавнего времени считалось, что СДВГ — «детский» диагноз.

Гипердинамический синдром действительно «уходит» с возрастом 10-14 лет. Дефицит внимания обычно сохраняется и даже может нарастать. Подросток может сказать, что испытывает трудности в формулировке своих мыслей, чувств; он всегда опаздывает. Импульсивность (нетерпели­вость) также сохраняются, хотя с развитием сознания, сдерживающих на­чал, она не столь очевидна: дождаться своей очереди уже возможно.

В 40-50 % случаев диагноз переходит во взрослую жизнь.

***DSM-V предлагает следующие критерии СДВГ у взрослых.***

***А. Имеется шесть и более симптомов, присутствующих более 6 ме­сяцев:***

-       принятие решений неосознанно и импульсивно;

-       сложно останавливать свои действия и поведение когда необхо­димо;

-      начало выполнения задания, не читая и не выслушивая указаний внимательно;

-      сложно сдерживать обещания;

-      сложно выполнять что-то в правильном порядке;

-      экстремальное вождение;

-     «витание в облаках», когда нужно сконцентрироваться;

-      трудно планировать наперед или подготавливаться к предстоящим событиям;

-       невозможность заниматься неинтересным занятием.

***Б. Некоторые симптомы присутствовали в детстве или в возрасте до 16 лет.***

***В. Указанные симптомы присутствуют в 2 и более областях деятельности (образовании, дома, социальной активности и др.).***

***Г. Необходимо четкие доказательства признаков социальной дезадаптации в получении образования, совместном проживании/замужестве, воспитании детей, планировании семейного бюджета и т. п.***

***Миф № 4: «Будущие преступники»***

«Ленивые», «непоседы», «тупые», «без тормозов» дети с СДВГ пред­ставляют собой группу риска по всем видам девиантного поведения.

В силу биологической природы СДВГ такие дети склонны к реакциям протеста. Они не могут испытывать длительного напряжения (фрустрации), они крайне импульсивны, нетерпеливы, склонны к вербальной и физической агрессии. Их лучше «не трогать», потому что их реакции мо­гут быть непредсказуемы. Их активность надо направлять. Рядом на пе­ременах всегда должен быть взрослый.

Дети с СДВГ” живут с ощущением, что с ними поступают несправедливо. Из них реально часто делают «козлов отпущения». Их трудно любить, но надо любить… строптивых, неугомонных, с повышенным чувством справедливости.

Важно не забывать, что самым главным стимулом выработки жела­тельного поведения с позиций бихевиорального подхода является любовь, особенно любовь родителей. Любовь и терпение, а еще контроль…

Дети с СДВГ в 3-4 раза чаще экспериментируют с психоактивными веществами. Они крайне доверчивы и инфантильны, их легко можно «подбить на плохое». Утраченный инстинкт самосохранения, занятие экстремальными видами деятельности в поисках адреналина обуславливает еще одну метафору СДВГ — «смерть от несчастного случая».

Важно формировать их окружение, направлять в спорт не ради спортивных достижений (здесь они редко добиваются успехов в силу частой моторной неловкости, крайней отвлекаемое™ на занятиях и нетерпеливости). Спорт способен развить самоорганизацию и реализовать двигательную активность. Такими детьми надо заниматься.

Важно понимать, что основным условием перехода проблем дефицита внимания и гиперактивности в поведенческие проблемы является не столько тяжесть расстройства, сколько неблагополучная семейная обстановка:

- неадекватное воспитание (несогласованное, непоследовательное, не учитывающее особенностей ребенка);

- безнадзорность, асоциальный пример в случае неполной, асоциальной или дисфункциональной семьи.

Коррекция поведенческих проблем СДВГ всегда требует семейной и поведенческой психотерапии.

***2. Проблемы обучения в школе и их решение***

Средний возраст обращения за медицинской помощью детей с СДВГ— 3 года 8 месяцев (Barkley, 2007). Однако в наибольшей степени симптомы СДВГ проявляют себя в школе. По нашим данным, обращение за помощью приходится в основном на возраст 6-8 лет.

Обучение в школе требует длительного сосредоточения внимания, достаточно развитого произвольного внимания, способностей восприятия информации визуально и на слух и, наконец, ограничения двигательной активности во время урока. Безусловно, клинические проявления СДВГ нарушают процесс обучения и приводят к недостаточному усвоению школьной программы.

Родителям и педагогам важно иметь адекватные ожидания от ребенка с СДВГ и учитывать его проблемы самоконтроля и самоорганизации. Важно усаживать такого ребенка только за первой партой, чтобы была возможность контролировать его во время урока, только со спокойным ребенком или одного, проверять как он записал домашнее задание или за­писывать его самому.

Успеваемость ребенка с СДВГ сильно зависит от его настроения, от усталости, даже от погоды, от того выспался он или нет. «Качели» настроения определяют «качели» успеваемости. И с этим можно только смириться и помочь ребенку. Например, спрашивать в начале урока.

Около 40-50 % детей с СДВГ имеют сопутствующие проблемы с обучением письму, чтению и математике (у каждою свои).

*Вторичные проблемы СДВГ — заниженная самооценка и социальная изоляция*. Такие дети крайне нетерпеливы, поэтому могут «тянуть» руку для ответа даже тогда, когда не совсем выучили урок. Они очень подвиж­ны и создается впечатление, что «их слишком много», «они заполняют собой все пространство». У них не сформировано чувство дистанции, по­этому они могут задавать бестактные вопросы учителю, гримасничать, показывать язык и становиться предметом насмешек других детей. Они крайне импульсивны и одновременно чувствительны к своему личному пространству, могут отвечать на провокации других детей непредсказуе­мой агрессией. Их могут постоянно ругать, говорить «ты плохой» и часто они начинают в это верить.

***Эффективность психолого-педагогических мероприятий по отноше­нию ребенка с СДВГ в школе определяется:***

1. верой учителя в ученика, хорошие взаимоотношения между ними;
2. сотрудничеством и эффективными коммуникациями между учителями и родителями;
3. эффективным командным взаимодействием между врачами, учителями, администрацией школы, школьными психологами и родителями;
4. образованностью учителя в отношении СДВГ; сотрудничеством и взаимопомощью учителей друг другу.

Если мы даем рекомендации родителям: «Идите в школу после 7 лет: чем позже, тем лучше…», «Не думайте о следующих 5 годах… Вы сведете себя с ума, думая о том, как будет вести себя ваш ребенок в его взрослой жизни…». Рекомендации учителям другие: «Подумайте о подготовке ребенка к его взрослой жизни…».

***Построить позитивные отношения учителя с ребенком помогут:***

* ежедневное личное приветствие;
* использование разных возможностей для сближения: «Как настроение?», «Как прошли выходные?»;
* внимательное отношение к ребенку, доброта, поддержка;
* избегание унижающей критики, некорректных форм высказывания замечаний;
* эмоциональное, захватывающее проведение уроков с привлечением к активному участию детей с СДВГ.
* важно подмечать и указывать на успехи ребенка перед классом;

***Сотрудничество между учителем и родителями является основным условием успеха обучения ребенка с СДВГ в школе:***

* должно быть ежедневным в случае СДВГ;
* должно ставить целью ПОМОЧЬ ребенку, а не обвинить его; важно уметь находить компромиссы в конфликтных ситуациях;
* стараться поддерживать авторитет школы.

Важно помнить, что поведение детей с СДВГ определяется не столько сознанием, сколько внешним окружением. Учитель должен стать архитектором внешнего окружения:

—   ребенок с СДВГ должен сидеть как можно ближе к учителю, подальше от отвлекающих вещей (окна, шкафа с учебными принадлежностями); самая частая ошибка — посадить за последнюю парту: «пускай делает, что хочет, лишь бы не мешал»; необходимо обеспечить КОНТРОЛЬ за выполнением задания.

Уменьшение проблем с невнимательностью:

—  ребенок с СДВГ нуждается в постоянных напоминаниях, подсказках для направления поведения в нужное русло, можно использовать пиктограммы «будь внимательнее», «работай» и др.);

—  важна просто физическая близость учителя, лучше невербальные знаки физического присутствия (погладить, похлопать по плечу);

—  давать возможность ребенку с СДВГ подвигаться во время урока: «принеси журнал», «подай мел», «вытри с доски», «полей цветы».

Проблемы на уроке у детей с СДВГ возникают не потому, что они не могут сконцентрировать внимание, а потому, что им тяжело удерживать внимание не неинтересном для них.

Для привлечения внимания используется яркий раздаточный матери­ал, музыкальное сопровождение, формат мультимодальной проекции, компьютер, проекция лазерной указки и т. п.

Важно давать адекватные порции информации: не все сразу, чтобы не вызвать перевозбуждения у ребенка.

Диалог с ребенком должен быть активным, ребенку с СДВГ особенно важен контакт. Фактор новизны, элемент сюрприза, постоянное поощре­ние ребенка похвалой требуют от педагога дополнительных творческих усилий, но это единственный путь в преодолении проблем невниматель­ности и чрезмерной активности ребенка с СДВГ.

Продуктивность обучения детей с СДВГ определяется их хорошим настроением. Поощрениями могут быть устная похвала, комплимент, жест поощрения, жетоны поощрения «из кармана учителя», аплодисменты класса, «смайлики» в дневник, «штампики» за хорошее поведение и т.п. Важна похвала родителям: письменная в дневник, по телефону, на ро­дительском собрании.

Необходимо научиться «ловить» ребенка с СДВГ на хорошем поведении.

Важно предупредить негативные реакции со стороны одноклассников и не создавать ощущения «особого статуса» ребенка с СДВГ, объяснить другим детям, что ребенок с СДВГ не «бестолковый», а имеет труд­ности и ему надо помочь.

Важно понимать, что проблемы СДВГ становятся очевиднее, когда ребенок устал и тогда необходима смена деятельности, индивидуальное задание: «отгадай загадку», «сложи картинку» и т. п.

Как правило, в моменты напряжения дети с СДВГ прибегают к стереотипным действиям: начинают грызть ногти, раздирают себя, сосут пальцы, ручки, даже мастурбируют. Поэтому важно разрешить им на уроке иметь в руках ластик, резиновое кольцо, четки и т. п.

Внимание ребенка с СДВГ значительно лучше в ситуации «один на один», поэтому для таких детей должны быть предусмотрены дополнительные индивидуальные занятия.

Обучение на дому ребенка с СДВГ является крайней мерой: с одной стороны, результаты успеваемости могут стать лучше, но будет страдать процесс социализации ребенка, который и так нарушен.

Показанием для обучения на дому являются тяжелые формы СДВГ в сочетании с неблагополучной семьей (асоциальной, диссоциальной).

Перевод в другую школу не решает проблем ребенка.

***3. Эмоциональные проблемы детей и их родителей***

Дети с СДВГ в 5-10 раз чаще других детей страдают тревожными и депрессивными расстройствами. Тревожные расстройства у таких детей, по данным разных авторов, встречаются в 25-33 % случаев. Депрессивные расстройства, достигающие критериев депрессивного эпизода, отмечаются в 15-20 % случаев.

Дети с СДВГ в большей степени, чем другие дети, могут быть привязаны к родителям, им особенно нужна «эмоциональная заправка» от родителей, когда маленький ребенок часто прибегает и обнимает маму, уткнувшись в ее колени, или требует уложить спать рядом с собой. Они часто боятся пробовать что-то новое из-за страха, что не получится, ведь они хотят «все и сразу». У них развито воображение, поэтому их фантазии в страхах далеко выходят за пределы возраста и понимания. У них развита интуиция и они «кожей чувствуют» отношение к себе и «нелюбовь» окружающих за их поведенческие проступки. Они ощущают себя хуже других, постоянно виноватыми, ненужными, когда даже собственные родители перестают в них верить, выслушивая постоянные упреки со стороны окружающих.

Их «слабая» нервная система не выдерживает стрессов и у них значительно чаще возникают невротические симптомы: тики, энурез, энко- през, заикание, другие психосоматические жалобы: на головную боль, боли в животе, запоры, поносы, боли в теле (без медицинских причин). По нашим данным, половина детей с установленным диагнозом F90 име­ют невротические расстройства, в 20 % случаев — два и более.

Отдельная тема — суицидальные попытки и самоповреждающее поведение у таких детей и подростков. По данным современных исследований, у детей с СДВГ суицидальное поведение в возрасте до 18 лет встречается на 25 % чаще в сравнении с другими детьми. По данным наших исследований, суицидальные «мысли вслух» отмечаются у 17 % детей с СДВГ. Нетерпеливость таких детей, особенно подростков, приводит к импульсивному желанию немедленно изменить ситуацию и, к сожалению, может заканчиваться смертью в силу недооценки своих усилий: «не хотел умирать, но так получилось…».

В силу того, что СДВГ «очень семейное расстройство», родители не всегда способны помочь, быть рядом, т. к. сами испытывают эмоциональные проблемы, имеют тревожную и депрессивную симптоматику, достигающую клинического уровня.

Осознание собственных эмоциональных проблем родителями приводит их самих к обращению за помощью к психотерапевту/психиатру и пониманию через себя того, насколько их дети нуждаются в помощи.

Важно помнить, что гиперактивные дети имеют много положительных качеств: они щедрые, добрые, отзывчивые, энергичные, смелые (иногда слишком). У них хорошее чувство юмора, они ведут себя «непосредственно», поэтому часто выглядят «как клоуны». Они обладают повышенным чувством справедливости, они — врожденные оппозиционеры: сначала обязательно должны сказать «нет». Но с ними можно договориться.

***4. Основы поведенческой терапии***

Эффективность поведенческой терапии в комплексном подходе ока­зания помощи детям с СДВГ определяется тем, что поведение является основной жалобой и основным местом приложения усилий родителей, педагогов и медицинских специалистов с целью его изменения.

Поведенческая терапия детей с СДВГ определяется принципом: «Ни одно лекарство не может воспитать ребенка».

Родителям и педагогам важно понимать, что воспитательные меро­приятия эффективны только тогда, когда с ребенком налажены позитив­ные отношения, когда ребенок ощущает себя любимым и принимаемым, когда любовь окружающих способна стать стимулом изменения поведе­ния. Любовь, но не наказание…

Дети с СДВГ мало восприимчивы к наказаниям, но хорошо отклика­ются на похвалу, поощрения. Любимыми поощрениями для них являются просмотр телевизора, мультфильмов, игра в компьютере (не более 20-40 минут в зависимости от возраста), сотовый телефон, прогулки на воздухе, деньги на личные расходы.

Наказывать тоже надо лишением тех же привилегий. Соотношение похвалы и наказания должно составлять 5:1.

***Примеры желательного поведения, которое нуждается в вознаграж­дении для ребенка младшего школьного возраста:***

* вовремя утром вышел из дома в школу;
* не получил замечания в дневник за поведение;
* вовремя и качественно выполнил домашнее задание;
* выполнил указание родителей с первого раза;
* повесил свою одежду в нужном месте;
* не дрался с сестрой в течение дня;
* вечером без напоминания собрал портфель в школу;
* вечером самостоятельно, без напоминания пошел спать (до 22.00 в дни перед школой; до 23.00 в пятницу и субботу).

Повышение мотивации желательного поведения у ребенка может на 50 % уменьшить его поведенческие проблемы. Но важно понимать, что дети с СДВГ хотят вознаграждения немедленно, они часто предпочитают не качество, а количество.

***«Тайм-аут»*** — эффективный прием поведенческой терапии, который определяется патогенетическими механизмами СДВГ.

Как известно, дети с СДВГ крайне нетерпеливы и всегда хотят до­биться своего. Кроме того, они склонны к «зацикливаниям» на своем же­лании, эмоциях, мотивах поведения в моменты перевозбуждения. Тогда пытаться договориться с ними становится невозможным и бесполезным. Надо дать им «тайм-аут»: пусть успокоятся, отдохнут. Время «тайм-аута» определяется: 2 минуты х возраст в годах. Место «тайм-аута» лучше оп­ределять в комнате, где присутствует взрослый, который может прокон­тролировать, чтобы ребенок ничего не делал в это время, а просто сидел на стуле или в кресле. Маленьких детей во время «тайм-аута» рекоменду­ется брать на колени и вместе с ними сидеть на стуле или в кресле отве­денное время. Недопустимы «тайм-ауты» в темной комнате, где ребенку просто будет страшно.

Ребенок с СДВГ имеет проблему самоконтроля, поэтому нуждается в значительно большем внешним контроле и руководстве поведением в сравнении со сверстниками (даже в школьном возрасте не пускать гулять одних).

Поведение детей с СДВГ определяется в большей степени внешним окружением, чем внутренними правилами, потому первостепенно важным является организация внешнего окружения (шоколад прятать, компьютер вынести).

Ребенок с СДВГ имеет трудности в предвидении последствий своих действий, ему нужна система частых и четких внешних руководств и правил.

***Для детей с СДВГ особенно важно:***

* структурирование окружения, режим дня;
* мониторинг времени: использование таймера;
* не должно быть полной свободы (присутствие родителей или других взрослых постоянно);
* окружение должно оставлять возможность «выпустить пар», реализовать двигательную активность;
* окружение должно быть безопасным (предвидеть возможные последствия гиперактивности);
* важно давать короткие, понятные, однозначные указания (недопустимы: «а не мог бы ты…»);
* непосредственный контакт (не с кухни: «принеси мне…», а видеть, что он слышит вас);
* говорить один раз, максимум два, потом применять штрафы;
* оповещать предварительно: «тебе осталось 5 минут…»;
* наказывать после невыполнения указания без унижения ребенка.

***В начальной школе*** родителям рекомендуется вести специальный дневник (при условии контакта с учителем):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| День | Урок | | | | |
| Внимание | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Активность |  |  |  |  |  |
| Поведение |  |  |  |  |  |

Оценивается учителем в баллах:

0 — плохо; 1 —удовлетворительно; 2 — хорошо; 3 — отлично.

***В старших классах*** родителям рекомендуется другой специальный дневник:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | День недели | | |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Внимание |  |  |  |  |  |
| Активность |  |  |  |  |  |
| Поведение |  |  |  |  |  |

Оценивается учителем в баллах:

0 — плохо; 1 —удовлетворительно; 2 — хорошо; 3 — отлично.

Достигается договоренность об определенных привилегиях после школы (сладости, поход в развлекательный центр или в парк и т. п.).

Система наказаний с целью воспитания, определяемая родителем или педагогом, должна учитывать серьезность поведенческого проступка: при минимальном нарушении поведения можно не обратить внимания или предупредить; при повторном или серьезном нарушении — наказать (спо­койно, твердо, без лишних эмоций). Например: остаться сидеть в классе на перемене, «исправительные работы» после урока, «домашний арест».

Замечание в дневник не является эффективным методом, т. к. приводит только к негативным последствиям дома.

***Без наказания нельзя оставлять драки, обман, воровство.***

Агрессивное поведение требует детального анализа и определения факторов, которые провоцируют такое поведение в каждом конкретном случае.

Помощь родителям в формировании адекватной самооценки у детей является важной составляющей поведенческой терапии.

***Формированию неадекватной самооценки способствуют:***

* постоянная критика ребенка;
* идеализация ребенка: «ты — самый лучший»;
* осуждение ребенка, навешивание на него ярлыков, негативное восприятие ребенка;
* запугивание утратой любви: «будешь так себя вести себя даль­ше — сдадим в интернат»;
* сравнение с другими детьми;
* разочарование в ребенке;
* отсутствие помощи ребенку в его трудностях.

Родителям и педагогам важно осознать и исключить указанные мо­менты воспитания, которые способствуют формированию неадекватной самооценки: как заниженной, так и завышенной.

***Формированию адекватной самооценки способствуют:***

* безусловное принятие ребенка;
* вера в него;
* похвала, своевременная и от всего сердца;
* отсутствие осуждения: «ты плохой»;
* помощь ребенку в осознании важности каждого человека (инди­видуальности), принятии недостатков других без осуждения и критики;
* помощь ребенку в осознании того, что люди могут помогать друг другу;
* осознание и развитие способностей ребенка, помощь в самореали­зации;
* помощь в преодолении трудностей;
* помощь ребенку в принятии, как успехов, так и неудач.

*Приложение*

***Шкала оценки симптомов поведенческих расстройств у детей с СДВГ***

***N1CHQ Vanderbilt***

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. того, кто заполнял опросник (родитель, учитель, др.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Инструкция:** Пожалуйста, оцените поведение ребенка с помощью приведенного опросника. При оценке ориентируйтесь на наиболее типич­ное поведение ребенка в течение последних шести месяцев в сравнении с поведением сверстников.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Симптомы | Никогда | Иногда Часто | Очень часто |
| 1. | Неспособен внимательно следить за деталями, делает нелепые ошибки в письменных задани­ях | 0 | 1 2 | 3 |
| 2. | Имеет трудности в выполнении заданий или игровой деятельности, которые требуют со­средоточенного внимания | 0 | 1 2 | 3 |
| 3. | Не слушает, когда к нему обращаются | 0 | 1 2 | 3 |
| 4. | Не заканчивает начатого занятия (непреднаме­ренно и не ввиду низкого интеллекта) | 0 | 1 2 | 3 |
| 5. | Не собран, неорганизован | 0 | 1 2 | 3 |
| 6. | Избегает, не любит или не хочет соглашаться выполнять заданий, которые требуют повы­шенного внимания и умственного напряжения | 0 | 1 2 | 3 |
| 7. | Путает расписание, теряет вещи, необходимые для выполнения заданий или какой-либо дея­тельности (игрушки, книги, карандаши и т. п.) | 0 | 1 2 | 3 |
| 8. | Легко отвлекается на все, что происходит во­круг | 0 | 1 2 | 3 |
| 9. | Забывает выполнять каждодневные процедуры (почистить зубы и т. п.) | 0 | 1 2 | 3 |
| 10. | Беспокойно двигает руками или ногами, ерзает на месте | 0 | 1 2 | 3 |
| 11. | Покидает свое место в классе или в другом месте, не может усидеть | 0 | 1 2 | 3 |
| 12. Начинает бегать и карабкаться куда-то, когда это неуместно | | 0 | 1 2 | 3 |
| 13. | Не может тихо играть, неадекватно шумен | 0 | 1 2 | 3 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Симптомы Никогда | Иногда Часто | Очень часто |
| 14 | Действует как «заведенный», как будто к нему ^ приделан «моторчик» | 1 2 | 3 |
| 15. | Чрезмерно разговорчивый, без учета социаль- ^ ных ограничений | 1 2 | 3 |
| 16. | Выпаливает ответы до того, как завершены ^ вопросы | 1 2 | 3 |
| 17. | Не способен стоять в очередях, дожидаться ^ своей очереди | 1 2 | 3 |
| 18 | Перебивает других или вмешивается в разго- ^ воры или занятия других | 1 2 | 3 |
| 19. | Вступает в конфликты со взрослыми 0 | 1 2 | 3 |
| 20. Теряет самоконтроль, склонен к эмоциональ- ^ ным «взрывам» | | 1 2 | 3 |
| 21. | Не слушается и отказывается подчиняться ус- ^ тановленным правилам взрослых | 1 2 | 3 |
| 22. | Поступает наперекор другим 0 | 1 2 | 3 |
| 23. | Обвиняет других в своих ошибках и поведен- ^ ческих проблемах | 1 2 | 3 |
| 24 | Стремится добиться своего, легко «выходит из ^ себя» | 1 2 | 3 |
| 25. | Злой и раздражительный 0 | 1 2 | 3 |
| 26. | Не забывает обид, стремится отомстить 0 | 1 2 | 3 |
| 27. | Угрожает и шантажирует других 0 | 1 2 | 3 |
| 28. | Грубит взрослым и употребляет нецензурные ^ слова | 1 2 | 3 |
| 29. | Обманывает, чтобы избежать наказания 0 | 1 2 | 3 |
| 30. | Пропускает уроки без разрешения 0 | 1 2 | 3 |
| 31. | Агрессивный, драчливый, склонен к физиче­ской расправе над животными и другим\* 0 людьми | 1 2 | 3 |
| 32. | Намеренно портит свои веши и вещи других 0 | 1 2 | 3 |
| 33. | Имеет серьезные поведенческие проступи! ^ (кражи, нападения, вынос вещей из дома и т. п.) Другие поведенческие проступки (укажите са­ми) | 1 2 | 3 |
| 34. | Робкий, боязливый, тревожный 0 | 1 2 | 3 |
| 35. | Боится пробовать делать что-то новое из-за страха, что не получится или совершить 0 ошибку | 1 2 | 3 |
| 36. | Недооценивает себя, ощущает себя хуже дру- ^ гих | 1 2 | 3 |
| 37. | Обвиняет себя, чувствует себя виноватым 0 | 1 2 | 3 |
| 38. | Ощущает себя ненужным, жалуется «никто не ^ любит меня» | 1 2 | 3 |
| 39. | Грустный, несчастливый или удрученный 0 | 1 2 | 3 |
| 40. | Неуверенный и слишком сомневающийся 0 | 1 2 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Успешность Отлично | Хорошо | Удовлетво­ | Иногда | Большие |
|  | рительно | трудности | трудности |
| 41. | Общая оценка успеш- ^ ности в школе | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. | Чтение 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. | Письмо 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. | Математика 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. | Отношения с родите- .лями | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. | Отношения с братьями . |  |  |  |  |
|  | /сестрами |  |  |  |  |
| 47. | Отношения с ровесни- .ками | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. | Участие в групповых . (командных) играх | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. | Самоорганизация 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. | Выполнение указаний . | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | взрослых |  |  |  |

* Вопросы 1-9 — дефицит внимания
* Вопросы 10-14 — гиперактивность
* Вопросы 15-18 — импульсивность
* Вопросы 19-26 — реакции оппозиции (протеста)
* Вопросы 27-33 — др. поведенческие проблемы
* Вопросы 34-40 — тревожно-депрессивная симптоматика
* Вопросы 41-50 — социальная адаптация

**ПАМЯТКА ДЛЯ УЧИТЕЛЕЙ**

***Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей: знать, чтобы помочь***

Каждый знает этих детей — они добрые и непосредственные, но их невнимательность, непоседливость и нетерпеливость мешают проводить уроки.

Вы знаете их стремление к новым знаниям, но в силу их дефицита внимания и проблем самоорганизации они не могут соответствующим образом усвоить учебный материал.

НЕ МОГУТ, а не «не хотят»…

Эти дети крайне нетерпеливы и импульсивны, они не могут сдержать свои чувства, часто стараются ответить на ваши вопросы, не выслушав их до конца.

Они всегда в движении, им просто ТЯЖЕЛО высидеть на уроке, и даже если это получается, то на переменах они носятся как «ураган», сла­бо реагируя на ваши замечания.

СДВГ диагностируется в 3-15 % среди детей школьного возраста и обусловлено незрелостью определенных зон мозга, которые отвечают за контроль над поведением.

Проблемы СДВГ становятся более очевидными, если ребенок просто устал, не выспался.

В других странах таких детей лечат психостимуляторами, которые не применяются в Республике Беларусь.

Тем не менее, таким детям можно помочь! Такие дети особо нужда­ются в ПОНИМАНИИ и ПОМОЩИ учителей.

1. ***Посадите такого ребенка перед собой, подальше от отвлекаю­щих предметов (например, окна).*** Ребенку с СДВГ просто необходимо ваше присутствие рядом, контакт в глаза, невербальные знаки вашего внимания и поощрения (погладить по голове, похлопать по плечу. Так будет намного проще КОНТРОЛИРОВАТЬ поведение ребенка, имеющего проблемы с эмоционально-волевым контролем.Нельзя усаживать вместе двух гиперактивных детей. Ребенок с СДВГ нуждается в постоянных напоминаниях, подсказках для направления поведения в нужное русло. Периодически «включайте» внимание ре­бенка хлопком в ладоши, поднятием руки, звонком

2. ***Проводите опрос такого ребенка в начале урока, в начале учебного дня, в начале рабочей недели.*** Для таких детей характерны «качели настроения», «качели успеваемости», которые мало зависят от них, но сильно зависят от того, насколько интересно для них вы излагаете учебный материал. ***Творчески подходите к преподаванию материала. Сохраните и пытайтесь развить ЖЕЛАНИЕ УЧИТЬСЯ.***

3. ***Позвольте ребенку на уроке подвигаться, давайте ему поручения, связанные с движением (вытирать за каждым с доски, принести журнал, полить цветы, сходить за мелом).*** После этого на какое-то время он снова сможет сидеть спокойно.

4. ***Позвольте ребенку крутить в руках на уроке ластик или резиновое кольцо.*** Таким образом ребенок «включает» свои когнитивные функции. Это намного лучше, чем грызть ногти или ручку. Большинство детей с СДВГ тактильно-кинестетически воспринимают информацию.  
5. ***Позвольте уменьшить объем письменных заданий на уроке и домашних заданий для такого ребенка.*** Станет легче вам, ребенку и его родителям.  
6. ***Объясните другим ученикам трудности в обучении ребенка с СДВГ.*** Этим вы предупредите негативное отношение других детей и не сформируете ощущения «особого» положения ребенка с СДВГ.

7. ***Поддерживайте позитивные отношения с ребенком.*** Не забывайте лично поприветствовать, спросить «как дела?», «как прошли выходные?». Дети с СДВГ особо чувствительны к доброму отношению к ним, так как имеют чаще заниженную самооценку. ***Избегайте унижающей критики, особенно в присутствии других детей. Как учитель, не допускайте того, чтобы ребенок поверил, что он «плохой».*** Такие дети больше других склонны к суициду.

8. ***Помните, что похвала намного эффективнее замечаний в дневник.*** Попробуйте ставить «смайлики» за хорошее поведение. ***Научить замечать это хорошее поведение у ребенка.***  
9. ***Верьте в него, возможно из него получиться выдающийся артист, врач, журналист или конструктор.*** Такие дети крайне креативны. Помогите раскрыть и развить их способности.

10. ***Постарайтесь набраться терпения и мужества и сохранить сотрудничество с родителями таких детей, тем самым вы поддержите авторитет школы.***  
**Возможно, перевод в другую школу решит ваши проблемы, но не проблемы ребенка.**

**ПАМЯТКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ**

***Снндром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей***

Дефицит внимания ребенка может проявляться крайней отвлекаемостью, неспособностью длительно фокусировать внимание на чем-то одном, не очень интересном, несобранностью, «витанием в облаках». Родителям приходится несколько раз повторять одно и то же, а ребенок так и не слышит.

Повышенная двигательная активность выражается в том, что такому ребенку трудно усидеть на месте, он все время находится в движении, как будто бы к нему приделан моторчик, стремится куда-то, часто без всякого страха и «нулевым» инстинктом сохранения.

Импульсивность проявляется крайней нетерпеливостью, ребенок по­стоянно вмешивается в разговор, игру других детей, говорит без умолку, не может сидеть и играть тихо, не способен стоять в очередях.

К врачам стоит обращаться тогда, когда педагоги и родители не справляются сами с этой проблемой. Не стоит обращаться слишком рано: в возрасте 2-3 лет это может быть вариантом нормального развития. Средний возраст обращения за медицинской помощью — около 4 лет. Именно в этом возрасте особенно важно обратиться к врачам- специалистам для того, чтобы уточнить степень выраженности проблем и возможно пойти в школу чуть позже, после 7 лет.

Проблемное поведение детей с СДВГ обусловлено функциональной незрелостью/недостаточностью определенных зон мозга. Они умные, но не могут сдерживать ответные реакции на внешние и внутренние сти­мулы: отвлекаются на посторонние предметы, если неинтересно, могут встать и ходить по классу, ведут себя «как клоуны», могут импульсивно ударить без учета последствий и чаще в ситуации провокации других детей.

Время работает на таких детей и в 30—40 % случаев с возрастом эти проблемы проходят. Однако становятся взрослыми они намного позже: не в 21 год, а в 27 лет.

Важно не рассчитывать на их сознание, что ребенок сам поймет «что хорошо и что плохо», надо КОНТРОЛИРОВАТЬ их поведение и ФОРМИРОВАТЬ ВНЕШНЕЕ ОКРУЖЕНИЕ ПОСТОЯННО!!! Есть такое выражение: «У бурной реки должны быть хорошие берега». С эти­ми детьми особенно важно заниматься: отдавать в спортивные секции, творческие студии.

Поведение детей с СДВГ и эффективность их обучения часто опре­деляются «энергетическим» состоянием ребенка: в ситуациях, когда ребе­нок устал, он становится более не управляемым.

Важно следить за тем, чтобы ребенок высыпался и достаточное вре­мя бывал на свежем воздухе. Общение с компьютером в этом случае должно быть сведено к минимуму.

Дети с СДВГ имеют «качели настроения». Им часто бывает «скуч­но», они особенно нуждаются в новых впечатлениях и не умеют «откла­дывать удовольствия на потом». Важно это понимать и использовать в воспитании и обучении различные приемы поощрения, причем незамед­лительные.

Их надо хвалить чаще, чем ругать… особенно родителям.

С ними тяжело… Такие дети нетерпеливы и избегают ситуаций на­пряжения: им проще отказаться, чем начинать что-то делать. Они «врож­денные оппозиционеры»: у них всегда сначала «нет». Они умеют доби­ваться своего. Отстаивая свои позиции, они способны потерять контроль над своими эмоциями, и тогда необходим «тайм-аут» — время, чтобы ус­покоится (2 минуты х возраст ребенка) и только затем следует продолжить разговор. Противоречивое и непоследовательное воспитание, равно как желание сделать за ребенка, могут усиливать оппозиционное поведение.

Детей с СДВГ не очень любят окружающие. Да, у них есть пробле­мы. Но самое страшное, когда ребенка начинают обвинять там, где он не виноват. Когда ребенок начинает верить, что он «плохой» и перестает стараться.

ПОМОГИТЕ своему ребенку, ПРИМИТЕ его таким, какой он есть, СОХРАНИТЕ ВЕРУ в него. Они добрые, отзывчивые, очень твор­ческие, у них в жизни будет много поступков.

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель учреждения, в котором внедрен способ (подпись, дата)

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

Наименование предложения для внедрения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Кем предложено (наименование учреждения-разработчика, авторы)  
Источник информации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Где и когда начато внедрение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование лечебного учреждения, дата внедрения)

Общее количество наблюдений: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Результаты применения метода за период с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_  
положительные (количество наблюдений): отрицательные (количество наблюдений): неопределенные (количество наблюдений):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Эффективность внедрения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Замечания, предложения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дета:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ответственные за внедрение:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Visited 4,865 times, 4 visitstoday)

Конец формы

Конец формы

Online Plugin made by [Audacity Download](http://www.vlcmediaplayer.org)

Copyright © [**Детская психиатрия и психология**](http://psihologos.akkupunktura.ru) - Ответы на вопросы о лечении аутизма, нервных тиков, СДВГ и других психиатрических заболеваний. Рекомендации детского психолога. Методы исследования нарушений памяти, мышления, интеллекта. Психологические тесты. Нервно-мышечнаярелаксацияпоДжекобсону. - Powered by [**WordPress**](http://wordpress.org/)

Hosting support by [iPage](http://www.webhostingsecretrevealed.com/ipage-review/) - Designed by [Web Hosting Secret Revealed](http://www.webhostingsecretrevealed.com/)