



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Проблемы гиперактивных детей в школе
Варианты работы

Методическая разработка

Красноярск 2003 г.

Авторы - составители: Е.Ю.Федоренко, Н.Ф.Логинова

Проблемы гиперактивных детей в школе. Варианты работы: методическая разработка/ Краснояр. гос. ун-т; Сост. Е.Ю.Федоренко, Н.Ф. Логинова. – Красноярск, 2003.– 30 с.

Общая редакция д-ра психол. наук, профессора Б.И. Хасана

Рецензент канд. психол. наук доцент П.А. Сергоманов

Разработка выполнена и апробирована на базе Университетской гимназии «Универс» № 1 в рамках проекта “Здоровье как условие и цель эффективной образовательной практики”

Работа посвящена всестороннему рассмотрению синдрома гиперактивности, который представляет наиболее часто наблюдаемую форму хронических нарушений поведения в детском возрасте. Авторы анализируют причины гиперактивности, возрастную специфику, предлагают вариант игротренинга для детей, рекомендации для педагогов и родителей.

Печатается по решению редакционно-издательского совета Красноярского госуниверситета

© Красноярский государственный университет, 2003

© Институт психологии и педагогики, 2003

© Красноярская Университетская гимназия «Универс» № 1, 2003

Содержание

Введение.....	4
1. Что такое гиперактивность?.....	4
2. Причины гиперактивности.....	6
3. Возрастная специфика гиперактивности.....	8
4. Гиперактивность с дефицитом внимания.....	9
4.1. Критерии гиперактивности с дефицитом внимания.....	9
4.2. Характерные проявления синдрома гиперактивности с дефицитом внимания.....	11
4.3. Как поставить диагноз синдрома гиперактивности с дефицитом внимания.....	12
4.4. Несоответствие возможностей ребенка с синдромом гиперактивности с дефицитом внимания школьным нормам.....	12
4.5. Вторичные нарушения при синдроме гиперактивности с дефицитом внимания.....	16
4.6. Рекомендации родителям.....	17
4.7. Рекомендации педагогам по работе с детьми с синдромом гиперактивности с дефицитом внимания.....	18
5. Портрет гиперактивного ребенка.....	18
6. Описание случая.....	20
7. Открытое письмо гиперактивных детей к учителям.....	22
8. Список вопросов для беседы с родителями гиперактивного ребенка.....	22
9. Игротренинг для работы с гиперактивными детьми.....	24
Список литературы.....	28

Введение

Синдромы гиперактивности представляют собой наиболее часто наблюдаемую форму хронических нарушений поведения в детском возрасте.

Недостаточность активного внимания, сочетающаяся, как правило, с психомоторной расторможенностью и импульсивностью, характеризует таких детей. Без своевременного обнаружения и уделения особого внимания таким детям мы наблюдаем появление вторичных невротических и поведенческих реакций, которые затрудняют школьную и социальную адаптацию, осложняют семейные отношения, нарушают процесс формирования характера и личности ребенка.

Согласно данным различных исследований распространенность гиперактивности среди школьников колеблется в пределах 20-30%. Существующая система обучения не приспособлена к работе с такими детьми.

1. Что такое гиперактивность?

Термин “гиперактивность” до сих пор не имеет однозначного толкования. К внешним проявлениям гиперактивности многие авторы относят повышенную двигательную активность, невнимательность, импульсивность.

Существует много мнений о причинах гиперактивности ребенка. Среди них могут быть генетические факторы, родовые травмы, инфекционные заболевания и др. [4].

В основе гиперактивности лежит дисбаланс процессов возбуждения и торможения в нервной системе. Был локализован и “участок ответственности” за данную проблему – ретикулярная формация. Этот отдел ЦНС “отвечает” за человеческую энергию, за двигательную активность и выраженность эмоций. Вследствие различных органических нарушений ретикулярная формация может находиться в перевозбужденном состоянии, и поэтому ребенок становится расторможенным [14,18].

В зависимости от степени поражения ретикулярной формации и нарушений со стороны близлежащих отделов мозга возникают более или менее выраженные проявления двигательной расторможенности. Именно на моторном компоненте этого нарушения и сосредоточили внимание отечественные исследователи, назвав его гипердинамическим синдромом. В этом смысле термин “гипердинамический

синдром” отражает лишь одно из возможных проявлений синдрома гиперактивности.

Современные теории в качестве области анатомического дефекта при гиперактивности рассматривают также и лобную долю, прежде всего префронтальную область. Изучаемый дефект обуславливается общими нарушениями процессов самоконтроля и торможения на высшем уровне регуляции психической деятельности [7].

Гиперактивность является главной особенностью целого ряда симптомов, составляющих синдром “мозгового повреждения”, или ММД, который характеризуется множеством микроповреждений мозговых структур при отсутствии грубых очаговых повреждений мозга.

Минимальные мозговые дисфункции, ММД – это последствия ранних локальных повреждений головного мозга, выражающиеся в возрастной незрелости отдельных высших психических функций и их дисгармоничном развитии [7].

Распространенность синдрома ММД среди детей школьного возраста, по данным разных авторов, колеблется от 12 до 40 %. Среди мальчиков таких детей 22%, а среди девочек – 10%. Гиперактивность как главная особенность встречается у 85% детей с ММД. По данным исследований, проведенных в Москве, зафиксирован процент гиперактивных детей – 7,6%. Мальчиков – 11, 2%, девочек – 2,5%.

Существуют разные виды гиперактивности:

- 1) гиперактивность с дефицитом внимания. Таких детей характеризует двигательная расторможенность, импульсивность поведения и расстройство внимания;
- 2) гиперактивность без дефицита внимания. Гиперактивность как таковая может быть отдельным симптомом других заболеваний и состояний. В большинстве же случаев, если у ребенка только гиперактивность, это скорее связано с его индивидуальными особенностями, в частности с темпераментом, и здесь не всегда можно говорить о патологии;
- 3) гиперактивность с дефицитом внимания “плюс”. У таких детей наряду с синдромом дефицита внимания обнаруживаются парциальные когнитивные нарушения при исследовании речи, зрительно-пространственного восприятия, арифметических навыков, праксиса и краткосрочной памяти.

Наиболее часто встречается синдром гиперактивности с дефицитом внимания. Описанию этого синдрома, способов работы с детьми и посвящена четвертая глава.

2. Причины гиперактивности

Этиология и патогенез синдрома гиперактивности сложны и остаются недостаточно выясненными, несмотря на большое количество исследований по этим проблемам. В качестве возможных причинных факторов изучаются генетические, нейрофизиологические, биохимические, психосоциальные и др.

Перинатальные патологические факторы

Считается, что возникновению гиперактивности способствуют асфиксия новорожденных, употребление матерью во время беременности алкоголя, некоторых лекарственных препаратов, курение [28]. В анамнезе у детей с гиперактивностью по сравнению со здоровыми сверстниками чаще обнаруживаются заболевания матери во время беременности, в том числе токсикозы и эклампсия, первая по счету беременность, возраст матери моложе 20 лет, а также переношенная (но не недоношенная) беременность, длительные роды, заболевания ребенка на первом году жизни [24].

Между тем установлено, что отдаленные исходы перинатальных патологических воздействий в значительной мере опосредуются социальными факторами. У детей из семей с высоким социально-экономическим статусом последствия перинатальной патологии в основном исчезают к школьному возрасту, тогда как у детей из низких социальных слоев они продолжают сохраняться [25].

Генетический фактор

В пользу генетической природы этого синдрома свидетельствуют результаты генеалогических исследований. Среди sibсов детей с гиперактивностью установлена значительная частота синдрома гиперактивности, превышающая средне-популяционную [28]. Риск развития синдрома гиперактивности увеличен в тех семьях, где у матери или у обоих родителей имеются указания на этот синдром в анамнезе [27]. В результате обследования взрослых родственников гиперактивных детей показана достоверно более высокая частота ретроспективно диагностированной гиперактивности (особенно по линии отца) чем у родственников негиперактивных детей, вошедших в контрольную группу [21]. Таким образом,

прослеживается отчетливая тенденция к выявлению семейных случаев синдрома гиперактивности.

Нейробиологические факторы

Согласно современным представлениям, важную роль в патогенезе синдрома гиперактивности играет дисфункция нейромедиаторных систем мозга. (Нейромедиаторы, нейромедиаторные системы мозга – общее название биологических веществ, выделяемых нервными окончаниями, которые обуславливают проведение нервных импульсов в синапсах. Медиаторы – химические посредники нервного возбуждения. В зависимости от вызываемых эффектов различают возбуждающие и тормозные медиаторы.) Гипотезы, рассматривающие нейрохимический дефект в качестве первичного в развитии синдрома гиперактивности, строятся с учетом нейрохимических препаратов, обладающих терапевтической эффективностью при синдроме гиперактивности.

Токсический фактор

Хорошо известно, что снижение интеллектуальных функций, гиперактивность и нарушение поведения часто наблюдаются в случаях отравления свинцом. В последние годы высказывается предположение о том, что поступление в организм даже незначительных количеств свинца может вызвать у детей когнитивные и поведенческие нарушения [26]. Установлено, что одним из источников загрязнения окружающей среды свинцом являются выхлопные газы автотранспорта. Поэтому проживание вблизи автомагистралей считается фактором, предрасполагающим к накоплению свинца в организме. С помощью целенаправленных исследований удалось показать, что увеличение уровня свинца в организме статистически коррелирует с развитием гиперактивности и нарушений поведения [23].

Роль пищевых факторов

Разработаны теории, согласно которым причинными факторами детской гиперактивности являются пищевые токсины или аллергены. Наиболее широкую известность получила концепция В.Ф. Feingold [22], по мнению которого, гиперактивность обуславливается “церебральным раздражением”, вызванным искусственными красителями и естественными пищевыми салицилатами. По

утверждению В.Ф. Feingold, удаление этих веществ из продуктов питания приводит к значительному улучшению поведения и исчезновению трудностей обучения у большинства гиперактивных детей. Между тем в ходе тщательных современных исследований подтвердить данную концепцию не удалось.[25]. Однако отмечается, что аллергия характерна для большинства гиперактивных детей.

3. Возрастная специфика гиперактивности

Гиперактивность ребенка можно наблюдать с первых месяцев его жизни. Ребенок плохо спит, много плачет, часто срыгивает, есть трудности при кормлении, раздражительность. Ребенок гиперактивен, однако это не означает, что он обязательно вырастет гиперактивным. Но наличие этого фактора вместе с гипертонусом, с нарушениями со стороны безусловных рефлексов новорожденного, с нарушениями двигательного развития на первом году жизни являются основанием для постановки диагноза “пренатальная энцефалопатия”, что может быть предпосылкой возникновения гиперактивности.

В 4-5 лет симптомы бывают достаточно ярки. Прежде всего проявляется гиперактивность. О нарушениях внимания здесь говорить сложно по объективным причинам. Эти нарушения трудно определить у таких маленьких детей, поскольку ведущие психические процессы еще произвольны по своему характеру.

Обычно признаки гиперактивности особенно ярко начинают проявляться в школьном возрасте.

С появлением интеллектуальных нагрузок, норм и требований возникают трудности в учебе. Поведение таких детей, не соответствующее возрастной норме, чрезмерная двигательная активность и невозможность сосредоточиться длительное время на выполнении необходимого задания обращают на себя внимание педагогов уже в первые месяцы обучения.

Мы говорим о том, что в отличие от дошкольной среды школьная выстраивает для ребенка ограничения - требует произвольности внимания, памяти поведения.

Таким образом, временем наиболее яркого проявления гиперактивности служит переход от дошкольного детства к школьному, в котором происходит встреча ребенка с требованиями образовательной среды.

Возрастная динамика этого синдрома такова: его проявления постепенно уменьшаются с возрастом, к 12-14 годам почти исчезают и трансформируются. В поведении остается импульсивность реакций, некоторый дефицит внимания.

По данным опроса учителей [12], у 75,8% детей с ММД отмечаются нарушения поведения, практически у всех отмечается дефицит внимания, легкая отвлекаемость, колебания работоспособности.

Из нарушений поведения чаще всего указываются повышенная возбудимость и беспокойство (50%), двигательная активность и недисциплинированность (45,5%), импульсивность и агрессивность (40,9% и 31,8%). Колебания умственной работоспособности отмечены в 72,4% случаев.

Всего 6,8% детей с ММД учатся без троек.

58% детей с ММД не пользуются авторитетом среди окружающих, а 31% детей являются отвергаемыми в школьном коллективе.

Таким образом, вышеперечисленные факты указывают на то, что уже в начальной школе у детей с ММД могут возникнуть серьезные проблемы школьной и социальной адаптации

4. Гиперактивность с дефицитом внимания

4.1. Критерии гиперактивности с дефицитом внимания

Американская психиатрическая ассоциация DSM-IV (1994) выделяет в качестве диагностических три следующих критерия: гиперактивность, импульсивность, невнимательность. Каждый из этих критериев имеет ряд поведенческих характеристик, которые можно наблюдать у детей и по которым можно предположить наличие данного заболевания.

Гиперактивность

1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах, сидя на стуле, крутится, вертится.
2. Часто встает со своего места в классе во время уроков или других ситуациях, когда это неприемлемо.
3. Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегают, крутится, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо.
4. Обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо.

5. Часто бывает болтливым.

Импульсивность

1. Часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца.
2. У него часто меняется настроение.
3. Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.
4. Ему нравится работа, которую можно сделать быстро.
5. Когда кто-то из ребят на него кричит, он тоже кричит в ответ.
6. Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).
7. Часто совершает опасные действия, не задумываясь о последствиях. При этом не ищет приключений или острых ощущений (например, выбегает на улицу, не оглядываясь по сторонам).
8. Это человек действия, рассуждать он не умеет и не любит.

Невнимательность

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

Наличие шести или более из перечисленных симптомов, которые сохраняются у ребенка на протяжении последних шести месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам, являются основанием для предположения диагноза гиперактивность с дефицитом внимания.

4.2. Характерные проявления синдрома гиперактивности с дефицитом внимания.

Характеристики гиперактивного ребенка в детском саду и в школе:

- имеет много незаконченных проектов,
- непоследователен в поведении,
- не может долго удерживать внимание,
- не слышит, когда к нему обращаются,
- с большим энтузиазмом берется за задание, но так и не заканчивает его,
- имеет трудности в организации поведения,
- теряет вещи,
- избегает скучных задач,
- часто бывает забывчив,
- ерзает как червяк,
- беспокоен (барабанит пальцами, двигается на стуле, забирается куда-либо),
- спит намного меньше, чем другие дети (даже в младенчестве),
- находится в постоянном движении,
- очень говорлив,
- отвечает до того, как его спросят,
- не может дождаться своей очереди в игре и на занятиях,
- часто вмешивается, прерывает говорящего,
- плохо сосредоточивает внимание,
- не может отложить вознаграждение,
- не умеет подчиняться правилам.

Если в возрасте до семи лет проявляются хотя бы 6 из перечисленных характеристик, воспитатель может предположить, что ребенок является гиперактивным.

4.3. Как поставить диагноз синдрома гиперактивности с дефицитом внимания

Окончательный диагноз должен ставиться с участием врача-невропатолога, поскольку есть еще целая группа состояний, по симптоматике схожих с синдромом гиперактивности с дефицитом внимания. Например, при заболеваниях внутренних органов с церебростеническим синдромом наблюдается нарушение внимания. Аналогичные проявления встречаются и при некоторых эндокринных заболеваниях, в том числе дисфункции щитовидной железы. Следовательно, постановка диагноза должна осуществляться разными специалистами совместно (эндокринолог, невропатолог, педиатр, психиатр, психолог).

Для постановки диагноза “синдром гиперактивности с дефицитом внимания” оптимален возраст 5-6 лет, в некоторых случаях - 6-7 лет, когда уже можно объективизировать наличие расстройства внимания.

Организуя скрининговое психологическое обследование для выявления детей с синдромом гиперактивности с дефицитом внимания, в него необходимо включать методики, позволяющие оценить зрительно-моторную координацию и способность к переключению внимания. По данным наших исследований, наиболее информативными оказались гештальт-тест зрительно-моторной координации Л.Бендера, методика “Повторение цифр”, которая в отличие от методики “Запоминание 10 слов” не требует интеллектуальных операций, а отражает в большей степени способность к произвольной концентрации внимания и возможности его переключения.

4.4. Несоответствие возможностей ребенка школьным требованиям

Сама система обучения в первую очередь является психотравмирующей для гиперактивного ребенка. Поскольку интеллектуальные функции ребенка не нарушены, дети способны успешно осваивать программу общеобразовательной школы при условии соответствия требований школьной среды возможностям ребенка. В настоящее время существуют противоречия между возможностями гиперактивного ребенка, особенно на первых этапах обучения и требованиями со

стороны учебного процесса. Рассмотрим противоречия, способствующие возникновению дезадаптивных состояний у гиперактивных школьников.

Потребность ребенка в движении и малая подвижность на уроке

Сидеть за партой 6 уроков подряд по 40 минут даже для здорового ребенка непосильная задача. Монотония, отсутствие смены форм деятельности на уроке и в течение дня приводят к тому, что через 15-20 минут после начала урока гиперактивный ребенок уже не в состоянии спокойно сидеть за партой. Он начинает ходить по классу, ерзать на месте, болтать руками и ногами, смотреть по сторонам, смеяться, петь – одним словом, заниматься “своими делами”, “не обращая внимание” на замечания учителя. Естественно, что такое поведение ребенка мешает учителю вести урок и провоцирует одноклассников на нарушение дисциплины. Таким образом, ребенок становится неудобным для педагога и детей. Чрезмерная двигательная активность может сочетаться с деструктивным поведением.

Возможности восполнения данного дефицита:

- организация физкультминуток в течение урока,
- организация прогулок на свежем воздухе после 3,4 уроков,
- рекомендуется учителю использовать разных видов деятельности на уроке, избегать монотонии, например нельзя весь урок решать примеры,
- рекомендуется учителю записывать задания на доске, так как такой ученик может его просто не услышать,
- рекомендуется иметь в классе несколько досок для возможности переключения внимания, большего движения.

Импульсивность поведения ребенка и нормативность отношений на уроке

Традиционно взаимодействие учителя и ученика строится по схеме: вопрос “учителя” → ответ “ученика”. Поэтому умение “правильно отвечать” на вопрос учителя является важным компонентом успешного обучения. Процесс ответа устроен нормативно. Существуют правила, как “правильно” отвечать. Например, учитель должен задать вопрос, ребенок – внимательно выслушать; если ребенок знает ответ, то он должен поднять руку и, если учитель разрешит, ответить.

Как уже отмечалось выше, гиперактивного ребенка характеризует импульсивность поведения. Такой ребенок не ждет разрешения учителя на ответ и кричит с места. Очень часто начинает отвечать, не выслушав до конца вопрос или

задание. Если ребенку не позволяют ответить сразу, то его интерес к заданию пропадает.

Возможности восполнения данного дефицита:

- рекомендованное место такого ученика – в центре напротив доски,
- рекомендуется контролировать выполнение каждого задания ребенком,
- рекомендуется разрешать ответ с места,
- рекомендуется предупреждать ребенка о том, что ему задается вопрос,
- рекомендуется ввести “останавливающие” факторы для ребенка, например, можно отвечать, если учитель делает какой-то знак, а успехи ребенка за день заносить в специальный дневник и хвалить ребенка за хорошую динамику.

Многоканальное восприятие гиперактивного ребенка и недостаточный арсенал способов предъявления учебного материала учителем

Предъявление учебного материала – это педагогический монолог, активно эксплуатирующий аудиальные системы и исполнительское поведение ребенка, тогда как гиперактивным детям нужна еще и другая опора – визуальная или тактильная.

Таким образом, ограниченный диапазон учителя приводит к маленькому диапазону ребенка и не способствует обнаружению у ребенка его собственного потенциала, что так важно особенно для гиперактивных детей. Это приводит к появлению тревожности, неуверенности в собственных силах, с одной стороны, а с другой - неявленный потенциал ребенка, в свою очередь, делает его неуспешным в глазах педагога и других детей.

Возможности восполнения данного дефицита:

- при предъявлении материала рекомендуется использовать наглядные опоры – фиксация на доске, плакаты, карты и т.п.,
- рекомендуется давать детям возможность всесторонне изучить предъявляемое, например, цифра “пять” такая по форме (дать обвести ее пальчиком), означает столько-то (постучать или пропрыгать пять раз) и т.п.

Большой игровой опыт ребенка и отсутствие игрового пространства в школе

Игровое пространство имеет важное значение для гиперактивных детей. Оно позволяет отыграть агрессивность, демонстративность и отгороженность; скорректировать механизмы эмоционального реагирования; способствует снятию

статичного напряжения и повышению работоспособности, а также улучшает отношения внутри классного коллектива.

Игровое пространство в начальной школе имеет разное функциональное значение:

- 1) шумные игры на снятие напряжения и создание положительного восприятия класса,
- 2) игры, направленные на снятие мышечных блоков и зажимов (подвижные игры),
- 3) игры – отыгрывание личностных особенностей,
- 4) сюжетно-ролевые игры.

Поскольку в школе пространство для игры не определено, то ребенок строит его там, где считает возможным, что не всегда является уместным. И в первую очередь это касается гиперактивных детей.

Возможности восполнения данного дефицита:

- спортивные уголки,
- специальная организация перемен,
- использование игровых моментов на уроке,
- театр,
- наличие игровой комнаты в школе.

Неустойчивая работоспособность гиперактивного ребенка и фиксированная (формальная, стандартная) система оценивания знаний, умений, навыков

Уже отмечалось, что гиперактивных детей отличает эмоциональная нестабильность. В связи с этим в силу объективных причин у них быстрее (по сравнению со здоровыми сверстниками) наступает состояние утомления, когда дети становятся крайне возбудимыми, расторможенными, подвижными. В связи с неустойчивостью и истощаемостью внимания дети начинают допускать большое количество ошибок при ответах или выполнении письменных работ и, как следствие, получают наибольшее количество замечаний и отрицательных оценок учителя.

Ребенок, особенно в начальной школе, воспринимает оценку как отношение к себе в целом, а не как оценку своей работы, и в этом смысле оценка выполняет функцию не регулирования, а санкционирования для ребенка. Детей начинает

преследовать боязнь получения отрицательной оценки, повышается уровень тревожности, снижается самооценка, появляется агрессия.

Возможности восполнения данного дефицита:

- не рекомендуется давать ответственные работы в конце урока, в конце дня, в конце недели (контрольные, проверочные),
- рекомендуется давать ребенку возможность дописывания, например, после уроков, на перемене – не ограничивать во времени,
- рекомендуется дозировать задания, на определенный период времени давать конкретное задание,
- рекомендуется большое задание разбивать на части,
- рекомендуется использовать качественное оценивание.

4.5. Вторичные нарушения при синдроме гиперактивности с дефицитом внимания

При “жесткой” педагогической среде неконструктивные способы поведения закрепляются. Неудачливость может стать “жизненным кредо” гиперактивного ребенка: неудачлив в учебе, неудачлив в отношениях со сверстниками, учителями, неудачлив дома и т.п.

Рядом зарубежных авторов приводятся данные катамнестического наблюдения детей, госпитализировавшихся в прошлом с проявлениями, характерными для синдрома ММД. Оказалось, что лишь одна пятая часть обследованных больных в зрелом возрасте были хорошо адаптированы к жизни. У остальных отмечалась в разной степени выраженная социальная и психологическая несостоятельность [12].

Трудности в социальной адаптации могут вызвать у гиперактивных детей вторичные нарушения. Жалобы невротического характера или девиантное поведение встречаются гораздо чаще, чем в среднем по популяции. Чувство вины при ослабленном самоуважении является невротическим. Эти дети склонны отвергать учителей, родителей, родственников, но и среди своих сверстников они чаще всего не пользуются популярностью. В психологической характеристике подростка основными чертами служат отсутствие самоуважения, низкая самооценка, сопровождающаяся болезненным самооправданием, высокая частота делинквентного поведения, проблемы идентификации [12].

4.6. Рекомендации родителям по работе с гиперактивными детьми

1. В своих отношениях с ребенком придерживайтесь “позитивной модели”. Хвалите его в каждом случае, когда он этого заслуживает, подчеркивайте его успехи. Это поможет укрепить уверенность ребенка в собственных силах.
2. Избегайте слов “нет” и “нельзя”.
3. Говорите мягко, сдержанно и спокойно.
4. Давайте ребенку только одно задание на определенный отрезок времени, чтобы он мог его завершить.
5. Для укрепления устных инструкций используйте наглядный материал. Например, если вы говорите ребенку, что ему во столько-то надо прийти домой, следует показать на часах это время.
6. Поощряйте ребенка за все виды деятельности, требующие концентрации внимания (например, раскрашивание, чтение, работа с конструктором).
7. Поддерживайте дома четкий распорядок дня. Время приема пищи, выполнения домашних заданий и сна ежедневно должны соответствовать этому распорядку.
8. Избегайте по возможности скопления людей. Пребывание в крупных магазинах, на рынках и т.п. оказывает на ребенка чрезмерное стимулирующее действие.
9. Во время игр ограничивайте ребенка лишь одним партнером. Избегайте беспокойных, шумных приятелей.
10. Оберегайте ребенка от утомления, поскольку оно приводит к снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности.
11. Давайте ребенку возможность расходовать избыточную энергию. Полезна ежедневная физическая активность на воздухе: длительные прогулки, бег, спортивные занятия.
12. Постоянно учитывайте недостатки ребенка. Гиперактивность есть, но ее можно удерживать под разумным контролем с помощью перечисленных мер.

В случае несоблюдения рекомендаций, неучитывания особенностей гиперактивного ребенка возможно появление вторичных нарушений, описанных выше. При правильно построенной работе с учетом особенностей ребенка к 12-14 годам почти исчезают и трансформируются проявления гиперактивности. В поведении может остаться лишь импульсивность реакций и некоторый дефицит внимания.

4.7. Рекомендации педагогам по работе с гиперактивными детьми

1. Игнорировать вызывающие поступки ребенка.
2. Поощрять его хорошее поведение.
3. Во время уроков целесообразно ограничить до минимума отвлекающие факторы, каковыми могут быть шум, “веселые соседи”, чрезмерное количество наглядного материала и т.п.
4. Место за партой для гиперактивного ученика – в центре класса напротив доски.
5. Предоставить возможность быстрого обращения за помощью к учителю в случаях затруднений, например разрешить спрашивать не поднимая руки, отвечать с места и т.п.
6. Занятия для него должны строиться по четко распланированному, стереотипному распорядку.
7. Гиперактивному ученику рекомендуется пользоваться специальным дневником или календарем, в который бы записывалась вся необходимая информация: что принести, что сделать, где и во сколько быть и т.п.
8. Задания, предлагаемые на уроках, учителю следует писать на доске.
9. На определенный отрезок времени дается лишь одно задание.
10. Если ученику предстоит выполнить большое задание, то оно предлагается ему в виде последовательных частей, и учитель периодически контролирует ход работы над каждой из частей, внося необходимые коррективы.
11. Во время учебного дня предусматриваются возможности для двигательной “разрядки”: занятия физическим трудом, спортивные упражнения. Например, прогулка на свежем воздухе после 3,4 урока, физкультминутки в течение урока, специально организованные перемены и т.п.

5. Портрет гиперактивного ребенка

Сказать о гиперактивном ребенке, что он непоседлив, - значит не сказать ничего. Он подвижен как ртуть. Проникая во все щели, проваливаясь во все ямы, исследуя все чердаки и подвалы, за все задевая и все опрокидывая, набивая себе синяки и шишки, носится он день-деньской по классу, школе, двору, улице. Его руки находятся в постоянном движении – что-то мнут, отрывают, вертят, что-то

отколупывают. На месте ему трудно усидеть. Ему даже стоять трудно – он переминается с ноги на ногу.

Он постоянно теряет свои вещи.

Гиперактивный ребенок излишне говорлив, импульсивен. В классе он шумит, берет без спроса чужие вещи, мешает окружающим, отвлекая их. Отсюда частые конфликты, в результате которых ребенок становится изгоем. Сталкиваясь с этим, он часто сознательно берет на себя роль классного шута, надеясь таким образом наладить отношения со сверстниками.

Это самый шумный ребенок в детском коллективе. Он всегда в центре любой потасовки. Он чрезмерно вспыльчив и драчлив.

Хотя такой ребенок очень разговорчив и легко вступает в контакт, его действия не всегда соответствуют ситуации, он не очень восприимчив к оттенкам межличностных взаимоотношений. У гиперактивного ребенка много друзей, поскольку он общителен, не помнит обиды, не держит зла. И хотя часто ссорится со сверстниками, тут же мирится.

Гиперактивный ребенок имеет трудности не только в поведении, но и в учебе. Он не в состоянии в полной мере соответствовать школьным требованиям, несмотря на часто встречающийся у него хороший общий уровень интеллектуального развития. На уроках такому ребенку сложно справиться с предлагаемыми заданиями, так как он не может сам организовать и завершить работу.

Навыки чтения у гиперактивного ребенка значительно ниже, чем у сверстников, и не соответствуют его интеллектуальным способностям. Письменные работы выполняются неряшливо, с ошибками из-за невнимательности. При этом ребенок не склонен прислушиваться к советам взрослых. Трудности формирования навыков письма и чтения нередко возникают из-за недостаточного развития координации движений, зрительного восприятия, речевого развития.

Нарушение общей координации проявляется и в том, что такой ребенок выглядит неуклюжим, неловким. Наблюдаются нарушения координации движения пальцев, неспособность стоять на одной ноге (симптом Ромбрга), выполнять не только тонкие мышечные движения (при письме, рисовании), но и более грубые – при ходьбе, езде на велосипеде.

Внимание гиперактивного ребенка, как уже отмечалось выше, очень неустойчивое. На уроке такому ребенку трудно сосредоточиться. На доску он смотрит урывками, учительнице не удается привлечь его внимание. Он часто не

слышит ее объяснений, не помнит, что задавали на дом. При письме гиперактивный ребенок пропускает буквы, не дописывает слова и предложения. В примерах допускает нелепые ошибки.

Внимание гиперактивного ребенка неразрывно связано с мотивацией: он не склонен уделять внимание тому или иному занятию до тех пор, пока не поймет, почему он должен это делать.

Гиперактивный ребенок любопытен, но очень часто не любознателен. Мышление беспорядочное, в основном конкретное. В литературе отмечается недостаточная способность к абстрактному мышлению у такого ребенка. Часто возникают трудности с такими абстрактными понятиями, как время и пространство.

Быстрая истощаемость психических процессов (нарушение внимания, колебания умственной работоспособности с тенденцией утомляемости) затрудняет занятие продуктивной деятельностью.

Эмоциональные нарушения характеризуются выраженной лабильностью, недостаточным контролем над эмоциями, быстрой их сменой.

Наказания гиперактивный ребенок переносит легко, т.к. традиционные шлепки, укоры и отказы в просьбах не огорчают его. Наказанием для такого ребенка является только унылая неподвижность. Наказать его – значит усадить без всякого дела. Такое наказание он запомнит.

Поощрение ему необходимо немедленно, т.к. ждать он не способен.

6. Описание случая

На прием шестилетнюю Катю привела мама. До школы у родителей не возникало особых затруднений с ребенком. А при поступлении в школу у девочки сразу же начались проблемы. Катя не могла усидеть на месте во время урока, выкрикивала ответы, не давая никому открыть рта, хватала без спросу чужие вещи, у нее постоянно что-то падало с парты. Девочка почти никогда не выполняла требований учительницы, а если ее заставляли, проявляла удивительную для такой маленькой ученицы злобу и упрямство.

Очень скоро одноклассники стали избегать игр и общения с ней, т.к. временами в порыве гнева она могла больно ударить и даже укусить. Правда, быстро остывала и, стремясь наладить отношения с детьми, раздаривала им свои игрушки, дурачилась, чтобы рассмешить их и добиться дружеского расположения. Дальше –

больше: ее стали дразнить, задирать, начались жалобы родителей. Последней каплей, заставившей родителей забрать девочку из школы, стала речь одной из мам на родительском собрании. Она убеждала других родителей, что не надо отчислять Катю: “Для наших детей – это очень полезный жизненный опыт. Пусть знают, что на свете есть такие Кати, и учатся бороться с ними”.

За ответом на вопрос “Что теперь делать? Как помочь Кате?” родители пришли к школьному психологу.

Это пример типичного гиперактивного ребенка. В работе с ним необходим прежде всего четкий, раз и навсегда заданный распорядок дня (время для игр, приема пищи, сна и т. д.). Обычно гиперактивность сочетается с плохой учебой из-за проблем с вниманием. В данном случае такого не было. При тестировании девочка произвела отличное впечатление: она хорошо читала по слогам, писала печатными буквами, с легкостью складывала и вычитала в пределах десятка, забавно рассуждала, составляя рассказ по картинке. Именно с опорой на учебные успехи и была во многом построена работа с Катей. Для того чтобы ребенок что-то делал, его необходимо заинтересовать или вдохновить. Действенным методом в работе с Катей было “случайное” завышение оценки за домашнее задание и выражение надежды, что это будет оправдано будущей работой (своеобразный аванс). Лучше выполнялись задания, предложенные в игровой форме, особенно если это было соревнование. Например, “В этом тексте есть ошибки. Чем больше ты их найдешь и исправишь, тем выше будет твоя оценка”.

Для Кати очень важно было дружеское расположение взрослого. Кроме того, в работе с Катей у нас было правило: если мы не успеваем что-то сделать на уроке из-за проблем с поведением, то это задается на дом. В этом случае ответственность за большое домашнее задание перекладывалась на девочку – она сама решала, стоит ли ей отвлекаться. Такого рода наказание не приводит к озлоблению и отказу от выполнения. Хорошей практикой было введение системы компромиссов.

В работе с Катей постоянно приходилось что-то изобретать для отработки любого навыка, поскольку девочке очень быстро надоедали однообразные задания. Есть положительные результаты: Катя постепенно приспособливается к необходимости сотрудничать, соблюдать определенные нормы и правила, научается видеть во взрослом не только держателя норм, правил, инструкций, а помощника, друга.

Мы надеемся, что скоро Катя вернется в свою школу.

7. Открытое письмо гиперактивных детей к учителям

Дорогие учителя!!!

Чтобы Вам было легче с нами жить, а мы Вас любили, Вам нужно помнить следующее:

- 1. Не загружайте нас скучной и нудной работой. Больше жизни! Больше динамики! Мы все можем!*
- 2. Не вздумайте давать нам длинных инструкций! На пятнадцатом слове нас больше интересует, какого цвета носки у соседа, чем ваша поучительная речь. Говорите конкретно, по делу, не более десяти слов.*
- 3. Не требуйте от нас, чтобы мы были одновременно внимательными, аккуратными и усидчивыми. Это выше наших сил!*
- 4. А вообще, запомните: похвала и порицание действуют на нас сильнее, чем на других.*

8. Список вопросов для беседы с родителями гиперактивного ребенка

1. Является ли полной семья?
2. Не было ли в семье усыновления?
3. Есть ли в семье другие дети? Старшие? Младшие?
4. Какова очередность рождения данного ребенка в семье?
5. Есть ли в семье родственники, склонные к депрессиям, алкоголизму, к употреблению наркотиков?
6. Страдал ли кто-нибудь из семьи дефицитом внимания?
7. Есть ли в семье другие гиперактивные члены?
8. Каковы особенности протекания беременности и родов у матери?
9. Каковы особенности раннего развития ребенка?
10. Не является ли он аллергиком?
11. Является ли ребенок правшой или левшой?
12. Какова амплитуда настроений ребенка?
13. Характерны ли для него нервные движения (раскачивание ногой и др.)?
14. Когда слушает, заняты ли его руки (играет в машинки, чертит линии)?
15. Часто ли проявляется агрессия? Какая чаще: вербальная, невербальная?
16. Легко ли приходит в состояние гнева?

17. Трудно ли справиться с гневом?
18. Является ли чрезмерно экспрессивным?
19. Каков уровень развития мелкой моторики?
20. Насколько хорошо развита координация движений?
21. Страдает ли нарушением сна?
22. Часто ли проявляет беспокойство?
23. Часто ли приходит в ярость?
24. Склонен ли к депрессиям?
25. Трудно ли ребенку приступить к занятиям?
26. Нет ли склонности принижать свои успехи?
27. Трудно ли доводить до конца начатое?
28. Легко ли отвлечь от выполнения задания?
29. Имеет ли привычку лгать?
30. Учится ниже своих способностей?
31. Характерна ли низкая переносимость огорчений?
32. Умеет ли планировать последствия своего поведения?
33. Каков уровень самооценки?
34. Нравится ли, когда появляются новые вещи? Хватает ли он их сразу?
35. Случается ли, что ребенок задевает, роняет вещи?
36. Теряет ли ребенок свои вещи?
37. Нет ли привычки “перепрыгивать” с одной программы TV на другую?
38. Умеет ли следовать указаниям взрослых?
39. Трудно ли ему выслушать до конца сказку (рассказ, историю), которую читает взрослый?
40. Часто ли нарушает правила?
41. Характерна ли роль “клоуна” в группе?
42. Трудно ли ему хранить секреты?
43. Часто ли отказывается выполнять требования, просьбы?
44. Подчиняется ли правилам, инструкциям?
45. Трудно ли ему дожидаться своей очереди в игре, на занятиях?
46. Способен ли длительное время ждать вознаграждения?
47. Часто ли является инициатором конфликтных ситуаций?
48. Как ребенок реагирует на замечания взрослых?
49. Часто ли ребенку делают замечания дома, на прогулке?

9. Игротренинг для работы с гиперактивными детьми

Игровая форма психокоррекционных приемов лучше всего отвечает на потребности гиперактивных детей [7,20].

Организация коррекционно-педагогического процесса должна соответствовать двум обязательным условиям.

Первое: развитие и тренировку слабых функций следует проводить в эмоционально-привлекательной форме, что существенно повышает переносимость предъявляемой нагрузки и мотивирует усилия по контролю.

Второе: подбор таких игр, которые, обеспечивая тренировку одной функциональной способности, не возлагали бы одновременно нагрузки на другую дефицитарную способность, ибо известно, что параллельное соблюдение двух, а тем более трех условий деятельности вызывает у гиперактивного ребенка существенные затруднения, а порой просто невыполнимы. Даже при всем желании такой ребенок не может выполнить на уроке правил поведения, требующих того, чтобы он сидел спокойно, был внимательным и одновременно сдержанным в течение достаточно длительного времени.

Отсюда основное условие развития дефицитарных функций у этих детей: предъявляя ребенку игру, требующую напряжения, сосредоточения, удержания или произвольного распределения внимания, не следует требовать высокого уровня самоконтроля над собственной импульсивностью. Не ограничивать двигательную активность ребенка. Развивая усидчивость, не стоит одновременно напрягать активное внимание и подавлять импульсивность. Контроль за собственной импульсивностью не должен сопровождаться ограничением возможности получать мышечную “радость”, может допускать определенную долю рассеянности внимания.

В соответствии с перечисленными принципами выделены три группы развивающих игр для детей с синдромом гиперактивности, которые могут чередоваться в структуре единого игрового сюжета специально организованных занятий, а также включаться в содержание свободного времяпровождения.

1. Подвижные игры на развитие внимания (устойчивости, переключения, распределения, объема)

*** “Слалом-гигант”**

Из стульев делаются две параллельные “трассы” слалома, которые соревнующиеся команды должны преодолеть, в оба конца двигаясь вперед спиной. Тот, кто, лавируя между стульями, заденет один из них, возвращается на старт для повторной попытки. Побеждает та команда, которая первая преодолет трассу без ошибок.

*** “Гонка за лидером”**

Беря старт, стоя по диагонали друг к другу за кругом из расставленных стульев, двое участников состязания бегут змейкой вперед спиной, стараясь догнать соперника. Через пять кругов выявляется победитель. Если до этого кто-то три раза задел за стул, то он считается побежденным.

*** “Внимательные животные”**

Каждый сидящий в круге выбирает роль животного, которое изображает характерной позой или жестом. Первый из играющих показывает свой образ, затем образ животного, выбранного кем-то другим. Тот, в свою очередь, повторяет свой образ и показывает еще чей-то. Выбывает тот, кто неправильно показал образ животного, больше трех секунд вспоминал, как показать, либо изобразил образ того участника, который уже выбыл.

*** “Запомни ритм”**

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

*** “Запрещенное движение”**

Дети стоят лицом к ведущему. Под музыку они повторяют движения, которые показывает ведущий. Затем выбирается одно движение, которое запрещено выполнять, даже если ведущий показывает его. Тот, кто случайно повторит это движение, выбывает из игры.

*** “Запрещенная цифра”**

Ведущий называет вслух цифры. Играющие должны столько раз, например, подпрыгнуть. Когда ведущий называет запрещенную цифру, дети должны просто хлопнуть в ладоши.

*** “Кричалки-шепталки-молчалки”**

Из разноцветного картона надо сделать три силуэта ладони: красный, желтый, синий. Это – сигналы. Когда взрослый поднимает красную ладонь – “кричалку”, можно бегать, кричать, сильно шуметь; желтую ладонь – “шепталку”, можно тихо передвигаться и шептаться; синюю ладонь – “молчалку”, дети должны замереть на месте и не шевелиться. Заканчивать игру следует “молчалкой”.

*** “Менялки”**

Участники садятся в круг, выбирают водящего, который встает и выносит свой стул за круг. Таким образом, получается, что стульев на один меньше, чем играющих. Далее ведущий говорит: “Меняются те, у кого ... (светлые волосы, часы и т.п.). Имеющие названный признак должны быстро встать и поменяться местами. В это время водящий старается занять свободное место. Участник игры, оставшийся без стула, становится водящим.

*** “Повтори за мной”**

Первый участник демонстрирует сопернику собственный ритм или пантомимическую модель в расчете на то, что их сложность не позволит тому это сделать. Если так и происходит, автор должен сам повторить свое задание, в противном случае он же и выбывает. Если автор воспроизвел свою модель, то выбывает соперник. Если же последний справился с заданием, то уже он предлагает следующему свой образец для повтора.

*** “Шапка-невидимка”**

В течение трех секунд надо запомнить все предметы, собранные под шапкой, и затем их перечислить.

*** “Мяч в круге”**

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

*** “Броуновское движение”**

Ведущий вкатывает в круг один за другим несколько десятков теннисных мячей, которые не должны остановиться, ни выкатиться за пределы круга.

*** “Волейбол без мяча”**

Две команды по шесть человек имитируют игру в волейбол по правилам (на три паса), но без мяча, а за счет обмена взглядами и соответствующих движений.

2. Тренировка усидчивости

*** “Живая картина”**

Создав сюжетную сценку, ее участники замирают до тех пор, пока водящий не отгадает название картины.

*** “Море волнуется” и другие игры типа “Замри-отомри”**

3. Тренировка выдержки – контроль импульсивности

* “Съедобное-несъедобное”, “Черное с белым не носить”, “Да и нет не говорить” и подобные игры, требующие самоконтроля для избегания импульсивных реакций.

*** “Подскажи молча”**

В играх, где для успеха дети подсказывают друг другу, это разрешается делать, но только молча. Выкрикнувший подсказку штрафуются, или из-за выкрика одного наказываются вся команда.

*** “Скалолазы»**

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

*** Игры типа “Угадай мелодию”**

Добившись улучшения внимания, самоконтроля и усидчивости в играх с нагрузкой на одну функцию, можно переходить к играм, сочетающим требования к двум функциям одновременно. Таковыми являются игра в жмурки с незавязанными, а “на честность” закрытыми глазами, игры “Кто ушел?”, “Кто здесь сидел” и т.п.

Список литературы

1. Активные методы обучения педагогическому общению и его оптимизации /Под ред. А.А.Бодалева, Г.А.Ковалева.- М.,1983.
2. Барашнев Ю.И., Лицев А.Э. К генезу минимальных мозговых дисфункций //Российский вестник перинатологии и педиатрии.-1995.- №6.
3. Брызгунов И.П. Беседы о здоровье школьников: Кн. для учителей и родителей.- М.,1992.
4. Брызгунов И.П. Ваш ребенок сверхподвижен //Хрестоматия: обучение и воспитание детей “группы риска”.- М.,1996.
5. Вайзман Н.П. Доболезненные отклонения нервно-психической сферы у школьников //Школьная дезадаптация: Материалы Всерос. Науч.-практ. конф.- М.,1995.
6. Гарбузов В.И. Нервные дети: советы врача.- Л.,1990.
7. Гиперактивный ребенок //Школьный психолог.- 2000.- №4.
8. Дюндик Н.Н., Федоренко Е.Ю. Комплексные задачи для профилактики и коррекции дидактогенных заболеваний у учащихся //Бюл. клуба конфликтологов.- Красноярск,1995.
9. Дюндик Н.Н., Федоренко Е.Ю. Школьная действительность как препятствующая достижению развивающих эффектов //Материалы Всерос. Науч.-практ. Конф. “Педагогика развития: проблемы современного детства и задачи школы”.Ч.2.- Красноярск,1996.
10. Заваденко И.Н., Успенская Т.Ю. Синдромы дефицита внимания как причина школьной дезадаптации //Школа здоровья.- 1994.- №1.
11. Заморев С.И., Волкова И.В., Кудрявцева С.В., Эйдемиллер Э.Г. Коррекция и профилактика школьной дезадаптации при эмоциональных нарушениях у детей и подростков. //Школьная дезадаптация: Материалы Всерос. Науч.-практ. Конф.- М.,1995
12. Инденбаум Е.Л., Семенова Н.Б. Психологические критерии диагностики синдрома минимальных мозговых дисфункций //Пути и методы оказания помощи детям с отклонениями в развитии.- Красноярск,1998.
13. Кучма В.Р., Платонова А.Г., Баль Л.В., Гусар О.А., Баранова И.И., Жукова И.Ф., Трусова Т.С. Распространенность, диагностика и лечение синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 1996.- №2.

14. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии.- М.,1972.
15. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы. Под ред.Дубровиной.- М.,1994.
16. Родионов В.А., Ступницкая М.А. Если ваш ребенок невнимателен //Обруч.- 1998.- №5.
17. Хрестоматия: обучение и воспитание детей “группы риска”.- М.,1996.
18. Цветкова Л. С.Мозг и интеллект.- М.,1997.
19. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом.- М.,1999.
20. Шевченко Ю.С., Шевченко М.Ю. Игровая психология детей с гиперактивным поведением //Школа здоровья.-1997.- Т. 4.-№2.
21. Cantwell D.P. Psychiatric illness in the families of hyperactive children //Arch.Gen.Psychitry.1972.Vol.27.
22. Feingold B.F. Why your child is hyperactive. New York. 1975.
23. Graham P.J. Poisoning in childhood //M.Rutter (Ed.) Developmental neuropsychiatry. New York. 1983.
24. Hartsjugh C.S., Lambert N.M. Medical Factors in hyperactive and normal children: prenatal, developmental and health history findigs //Amer. J.Orthopsychiatry. 1985. Vol. 55/
25. King R.A., Noshpits J.D. Pathways of growth //Essentials of child psychiatry. New York. 1991. Vol. 2.
26. Needleman H.L., Gunnar C., Leviton A. et al. Deficits in psychotic and classroom performance of children with elevated Dentine lead levels //New England J.Med. 1979. Vol. 3300.
27. Pauls D.L., Shaywits S.E., Kramer P.L. et al. Demonstration of vertical transmission of attention deficit disorder //Ann. Neurol. 1983. Vol. 14.
28. Ross D.M., Ross S.A. Hyperactivity: current issues, research and theory. New York. 1982.

Проблемы гиперактивных детей в школе. Варианты работы

Е.Ю. Федоренко, Н.Ф. Логинова

Редактор И.А. Вейсиг
Подписанов печать 05.02.2003г.
Бумага тип. Печать офсетная
Тираж 200 экз. Заказ №

Формат 60x84/16
Уч. – изд. л. 2,0

Издательский центр Красноярского государственного университета

660041 г. Красноярск, пр. свободный, 79.