

ДЕТИ С СДВГ: диагностика и комплексная помощь

Выявление признаков СДВГ методом анкетирования

Феномен чрезмерной детской активности и невнимательности известен более двух веков, однако до сих пор существует ряд серьезных проблем в диагностике этого поведенческого расстройства. Первые упоминания о нем в медицинской и педагогической литературе относятся к концу 18-го – середине 19-го веков. Наиболее ранним клиническим упоминанием о ребенке с СДВГ может считаться описание, сделанное в 1798 году психиатром Александром Криктоном (цит. по Palmer, Finger, 2001). В 1845 году немецкий врач-психоневролог Генрих Хоффман описал чрезвычайно подвижного ребенка, которого он назвал «Непоседа Фил» (Брызгунов, Касатикова, 2002а). В 1962 году Оксфордской международной группой по детской неврологии был введен термин и диагноз «минимальная мозговая дисфункция» (ММД) для обозначения «страдания таких детей» (цит. по Заваденко, 2001). Дальнейший прогресс шел по пути уточнения диагноза, т.к. термин ММД оказался слишком общим и расплывчатым, создающим путаницу в диагностике, лечении и реабилитации детей и неспособным раскрыть истинные причины того или иного симптома. Однако и до сих пор СДВГ нередко отождествляется с ММД, т.е. многозначный синдром фактически сводится к нечетким, недифференцированным проявлениям дисфункции мозга.

В начале 80-х годов в американской классификации психиатрических болезней был принят более четкий термин для обозначения подобных состояний – синдром дефицита внимания (ADD – attention deficit disorder). После изменений и внесения уточнений в DSM-IV (1994) этот синдром определяется как синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) или *attention hyperactivity disorder (ADHD)* и подразделяется на три субтипа: с преобладанием невнимательности, с преобладанием гиперактивности/импульсивности, комбинированный. В международной классификации болезней (МКБ-10, 1994) развитие диагностики СДВГ шло сходным путем. Таким образом, диагностика этого расстройства осуществляется по двум системам: в США, Канаде и ряде других стран по критериям диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям (DSM-IV); в Европе, Великобритании и России по критериям международной классификации болезней ВОЗ (ICD-10, МКБ-10). Критерии идентичны в обоих руководствах. По МКБ-10 название диагноза звучит как *гиперкинетическое расстройство поведения*.

Одной из основных проблем, осложняющих СДВГ, является неоднородность этого синдрома и сходство его проявлений с нарушениями поведения другой этиологии. Причем, близкие поведенческие проявления могут иметь совершенно разные причины (состояния и заболевания). Так, СДВГ необходимо отличать от астенических синдромов на фоне соматических заболеваний, болезней щитовидной железы, олигофрении легкой степени, шизофрении, эпилепсии, специфических нарушений обучения (дискалькулии, дислексии, дисграфии и др.).

Важно отметить, что СДВГ может сочетаться с рядом других заболеваний и состояний, наиболее часто – с психиатрической патологией (депрессиями, паническими атаками, навязчивыми мыслями и т.д.) (Масо, Раппопорт, 1997; Заваденко, 2001; Nijokiktjien, 2004). На основе клинических наблюдений Ч. Ньюкиктъен (Nijokiktjien, 2004) выделил несколько возможных вариантов проявления синдрома ДВГ или сочетанных расстройств: собственно СДВГ (ведущим симптомом являются трудности фокусирования внимания (*underfocused*)), СДВ (без гиперактивности), сочетанные формы – СДВГ у детей с синдромом Туретта, с нарушениями невербального интеллекта, дисфункцией правого полушария. Кроме того, существует группа детей, чьи индивидуальные особенности темперамента схожи с СДВГ, но не сопровождаются нарушениями внимания (Кропотов, 2005).

В настоящее время диагностика СДВГ проводится врачами – педиатрами, психиатрами, психоневрологами. Основная задача специалистов-медиков – дифференциация СДВГ от других неврологических и психиатрических синдромов. Осложняет динамику СДВГ и неоднородность поведенческой и когнитивной симптоматики внутри данного синдрома (существование, по крайней мере, 3-х субтипов).

Методы анкетного опроса в диагностике СДВГ

Рассмотрим наиболее типичные проблемы диагностики СДВГ.

Первая проблема – множественная (многовариантная) симптоматика СДВГ, существование подтипов СДВГ.

В соответствии с DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) выделяется 18 симптомов СДВГ, которые разделяются на три группы: 9 симптомов невнимательности, 6 симптомов гиперактивности и 3 симптома импульсивности.

	9 inattention symptoms	Симптомы невнимательности
1.	Fails to give close attention to details	Недостаточно внимателен к деталям
2.	Has difficulty sustaining attention	Трудности удержания внимания
3.	Does not seem to listen	Создается впечатление, что не слушает говорящего
4.	Does not follow through (fails to finish)	Не может довести дело до конца
5.	Has difficulty organizing	Трудности организации выполнения задания
6.	Avoids tasks requiring sustained effort	Избегает выполнения заданий, требующих продолжительного усилия
7.	Loses things	Теряет предметы
8.	Is distracted by extraneous stimuli	Отвлекается на внешние раздражители
9.	Is forgetful	Забывчив
	6 hyperactivity symptoms	Симптомы гиперактивности
1.	Fidgets with hands or feet or squirms	Дрыгает руками или ногами и крутится
2.	Can't remain seated when required	Не может усидеть на месте, когда это требуется
3.	Runs about or climbs when inappropriate	Носится и лезет куда-либо, когда это не разрешается
4.	Has difficulty playing quietly	Ему трудно тихо играть
5.	Is always "on the go" or "driven by a motor"	Всегда «заведен», «как будто внутри мотор»
6.	Talks excessively	Чрезмерно разговорчив
	3 impulsivity symptoms	Симптомы импульсивности
1.	Blurts out answers	Выпаливает ответы
2.	Has difficulty waiting turn	Ему трудно ждать своей очереди
3.	Interrupts or intrudes	Прерывает и вмешивается

В соответствии с этими классификаторами формируются анкеты для опроса родителей, учителей, воспитателей. Наиболее часто используются варианты анкет по Кучме, Платоновой (1997) и Брызгунову, Касатиковой (2002). При кажущемся сходстве вопросов (считающихся переводом формулировки симптомов из DSM-IV), существуют расхождения в формулировках, которые могут стать причиной неверной диагностики СДВГ.

Рассмотрим оценочную шкалу (опросник), предлагаемую и используемую в исследованиях Кучмы, Платоновой (1997).

Оценочная шкала (вопросник) для родителей

Появились ли у ребенка до 7 лет следующие особенности, наблюдались ли они более 6 месяцев:

1. Суежливые движения руками и ногами или, сидя на стуле, извивается (у подростков может быть субъективное чувство нетерпеливости).
2. С трудом остается на стуле при выполнении каких-либо заданий.
3. Легко отвлекается на посторонние стимулы.
4. С трудом ожидает очереди для вступления в игру.
5. Отвечает на вопросы, не подумав, и раньше, чем вопрос будет закончен.
6. С трудом выполняет инструкции других.
7. С трудом удерживает внимание при выполнении заданий или в игровых ситуациях.
8. Часто переключается от одного незаконченного дела к другому.
9. Во время игр беспокоен.
10. Часто чрезмерно разговорчив.
11. В разговоре часто прерывает, навязывает свое мнение, в детских играх часто является «мишенью».
12. Часто кажется, что не слышит, что сказано ей или ему.
13. Часто теряет предметы и вещи, необходимые для работы дома или в классе (игрушки, карандаши, книги и т.д.)
14. Игнорирует физическую опасность или возможные последствия (например, бежит по улице «без оглядки»).

Оценочная шкала (вопросник) для учителей:

1. Беспокоен, извивается, «как уж».
2. Беспокоен, не может оставаться на одном месте.
3. Требования ребенка должны выполняться немедленно.
4. Задевает (беспокоит) других детей.
5. Возбудимый, импульсивный.
6. Легко отвлекается, удерживает внимание на короткий промежуток времени.
7. Не заканчивает работу, которую начинает.
8. Поведение ребенка требует повышенного внимания учителя.
9. Не учится (не старается учиться).
10. Легко расстраивается (плаксив).

Сравним эти оценочные формулировки с формулировками DSM-IV.

Количество симптомов в опроснике для учителей и родителей сокращено. В опроснике для учителей:

- сокращение количества симптомов затрудняет выделение в разных областях деятельности и поведения;
- симптомы не дифференцируются по проявлениям (невнимательность, гиперактивность, импульсивность), что осложняет выделение подтипов;
- изменены формулировки симптомов, добавлены проявления, которые изменяют смысл, искажают точность проявления. Так, например, вместо «выпаливает ответы» – «Отвечает на вопросы, не подумав, и раньше, чем вопрос будет закончен» или вместо «Прерывает и вмешивается» – «В разговоре часто прерывает, навязывает свое мнение, в детских играх часто является мишенью». Последняя формулировка содержит неописанные в DSM-IV нарушения поведения (навязывает мнение, «является мишенью»);
- исключены некоторые формулировки, что также осложняет диагностику. Например, симптом невнимательность: «недостаточно внимателен к деталям» отсутствует, а это очень характерная черта, особенно в том случае, если у ребенка ярко выражен синдром гиперактивности без нарушений внимания.

В опроснике для родителей:

- резко сокращено количество симптомов (10 вместо 18), что затрудняет выделение специфических нарушений поведения, свойственных детям с СДВГ. Причем из 10 симптомов фактически к симптомам, близким к DSM-IV, можно отнести лишь 5 (1, 2, 5, 6, 7). Остальные характеристики слишком общие, нечеткие;
- симптомы не дифференцируются, что не позволяет выделить подтипы СДВГ;
- кроме симптомов в опросник включены рекомендации (например, «Поведение ребенка требует повышенного внимания учителя»);
- включены формулировки, не относящиеся к специфическим симптомам СДВГ (например, «Не учится (не старается учиться)»). Причем для такой характеристики ребенка могут быть десятки признаков, совсем не связанных с СДВГ).

Недифференцированность, нечеткость формулировок, добавление характеристик, не являющихся специфичными для СДВГ, не просто осложняет диагностику, но не позволяет провести эту диагностику объективно и достоверно.

Следует также учесть, что при использовании метода анкетного опроса для диагностики во многом определяется индивидуальными особенностями тех, кто отвечает на вопросы. Педагоги и родители, которые склонны к авторитарным методам взаимоотношений с ребенком, сторонники строгой дисциплины, нетерпимые к любым «вольностям» в поведении ребенка выделяют практически все симптомы в поведении ребенка, характеризующие СДВГ. Это наиболее вероятно при диагностике СДВГ у детей дошкольного возраста.

Рассмотрим еще один вариант широко применяемых анкет (по Брызгунову, Касатиковой, 2001).

АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Появились ли у ребенка в возрасте до 7 лет следующие признаки, наблюдались ли они более 6 месяцев? Принимается только ответ «Да» (1 балл) или «Нет» (0 баллов).

№	Признаки	Баллы
1.	Суежливые движения руками и ногами или, сидя на стуле, извивается (у подростков может быть субъективное чувство нетерпеливости)	
2.	С трудом остается на стуле при выполнении каких-либо заданий	
3.	Легко отвлекается на посторонние стимулы	
4.	С трудом ожидает очереди для вступления в игру	
5.	Отвечает на вопросы, не подумав и раньше, чем вопрос будет закончен	
6.	С трудом исполняет инструкции других	
7.	С трудом удерживает внимание при выполнении заданий или в игровых ситуациях	
8.	Часто переключается с одного незаконченного дела на другое	
9.	Во время игр беспокоен	
10.	Часто чрезмерно разговорчив	
11.	В разговоре часто прерывает, навязывает свое мнение, в детских играх часто является «мишенью»	
12.	Часто кажется, что не слышит, что сказано ему или ей	
13.	Часто теряет предметы и вещи, необходимые для работы дома или в классе (игрушки, карандаши, книги и др.)	
14.	Игнорирует физическую опасность и возможные последствия (например, бежит по улице «без оглядки»)	
	Общее число баллов	

Если общее число баллов 8 и более, вам необходимо показать ребенка специалисту.

АНКЕТА ДЛЯ ПЕДАГОГА

В какой степени выражены ниже перечисленные признаки у ребенка?

Проставьте соответствующие цифры: 0 – отсутствие признака, 1 – присутствие в незначительной степени, 2 – присутствие в умеренной степени, 3 – присутствие в выраженной степени

№	Признаки	Баллы
1.	Беспокоен, извивается, как уж	
2.	Беспокоен, не может оставаться на одном месте	
3.	Требования ребенка должны выполняться немедленно	
4.	Задевает, беспокоит других детей	
5.	Возбудимый, импульсивный	
6.	Легко отвлекается, удерживает внимание на короткий период времени	
7.	Не заканчивает работу, которую начинает	
8.	Поведение ребенка требует повышенного внимания учителя	
9.	Не старателен в учебе	
10.	Демонстративен в поведении (истеричен, плаксив)	
	<i>Общее число баллов</i>	

Если результат 11 и более баллов для девочек и 15 и более баллов для мальчиков, вам необходимо показать ребенка специалисту.

Различия формулировок этих анкет незначительны (первая – совсем не отличается от второй, отличаются два последних вопроса). Однако изменения даже двух последних вопросов отнюдь не безобидны: сама формулировка «Не старается в учебе» для характеристики проблем гиперактивного ребенка некорректна, т.к. такие дети не «не хотят», а «не могут» соответствовать многим школьным требованиям. Гиперактивный ребенок, даже очень старательный, будет иметь школьные проблемы.

Формулировка десятого признака «Демонстративен в поведении (истеричен, плаксив)» характеризует не импульсивность как проявление синдрома дефицита внимания, а либо проявление акцентуаций в характере, либо проявление нарушений психического здоровья ребенка.

Еще больше осложняет диагностику четырехбалльная оценка, которая предлагается для родителей. Как показывает опыт работы с родителями, им не всегда просто ответить на вопрос «да» или «нет», четырехбалльные градации будут вызывать большие трудности.

Ошибки диагностики СДВГ при использовании метода анкетного опроса в дошкольном возрасте связаны с тем, что механизмы произвольной регуляции деятельности и поведение у детей 4-7 лет еще недостаточно сформированы. Поэтому различные проявления невнимательности, гиперактивности и импульсивности естественны и характерны для всех детей этого возраста. Только сочетание симптомов, длительное и постоянное их проявление позволяют диагностировать СДВГ без серьезных ошибок.

Любые изменения диагностических критериев усложняют диагностику, снижают вероятность объективного диагноза.

Мы предлагаем для диагностики СДВГ единую Анкету для родителей и педагогов (воспитателей), в которой сохранены все симптомы СДВГ, имеющиеся в DSM-IV (невнимательности, гиперактивности, импульсивности).

АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ И ПЕДАГОГОВ (ВОСПИТАТЕЛЕЙ)

Ответьте, пожалуйста, появились ли у ребенка следующие особенности, наблюдались ли они более шести месяцев?

1.	Часто неспособен удерживать внимание на деталях, допускает ошибки в школьных заданиях	да	нет
2.	Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр	да	нет
3.	Часто складывается впечатление о том, что ребенок не слушает обращенную к нему речь	да	нет
4.	Часто оказывается не в состоянии придерживаться предлагаемой инструкции и справиться до конца с выполнением уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте	да	нет
5.	Часто испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности	да	нет
6.	Обычно избегает, высказывает недовольство и сопротивляется вовлечению в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения (например, при выполнении школьных заданий, домашней работы)	да	нет
7.	Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например: игрушки, школьные принадлежности, карандаши, книги, рабочие инструменты)	да	нет
8.	Легко отвлекается на посторонние стимулы	да	нет
9.	Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях	да	нет
10.	Часто наблюдаются беспокойные движения рук и ног, сидя на стуле, крутится и вертится	да	нет
11.	Часто встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте	да	нет
12.	Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегают, крутится, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это не приемлемо (у подростков это может ограничиваться субъективным ощущением беспокойства)	да	нет
13.	Обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-то на досуге	да	нет
14.	Часто находится в постоянном движении и ведет себя так, «как будто к нему прикрепили мотор»	да	нет
15.	Часто бывает болтливым	да	нет
16.	Часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца	да	нет
17.	Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях	да	нет
18.	Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в разговор)	да	нет

ФИО ребенка _____

Дата рождения ребенка _____

Дата заполнения опросника _____

ФИО лица, заполнявшего опросник _____

Для диагностики СДВГ необходимо не менее шести утвердительных ответов на пункты 1-9 и не менее шести утвердительных ответов на пункты 10-18.

Для выявления детей с признаками дефицита внимания и гиперактивного поведения по предлагаемой анкете, содержащей 18 вопросов-утверждений о поведенческих особенностях ребенка в полном соответствии с критериями DSM-IV и определения субтипа СДВГ должны быть использованы критерии, также представленные в DSM-IV.

К первому субтипу могут быть отнесены дети, у которых отмечено не менее 6-ти симптомов невнимательности, при частичном наличии (2-х или более) симптомов гиперактивности/импульсивности.

Ко второму субтипу могут быть отнесены дети с признаками (минимум 6) гиперактивно-импульсивного поведения при частичном наличии признаков дефицита внимания.

К третьему субтипу – дети, для которых было характерно наличие как симптомов невнимательности (не менее 6-ти), так симптомов гиперактивности/импульсивности (не менее 6-ти). Выделение субтипов СДВГ невозможно при использовании анкет с существенными отличиями формулировок – признаков симптомов от DSM-IV и отсутствием разделения по группам симптомов невнимательности, гиперактивности, импульсивности.

Комплексная психолого-педагогическая помощь детям с СДВГ

Детям с разными вариантами синдрома гиперактивности/дефицита внимания для более успешной их адаптации в социуме важно обеспечить правильное психолого-педагогическое сопровождение.

Помощь детям с признаками СДВГ с преимущественным дефицитом произвольной регуляции деятельности и произвольного внимания

Психологическая коррекция. Так как одной из причин гиперактивности и дефицита внимания у этих детей является несформированность функций произвольной регуляции деятельности (управляющих функций), то усилия психолога должны быть направлены, в первую очередь, на стимуляцию развития этих процессов. Так как управляющие функции включают ряд относительно независимых процессов, то каждому из них должно быть уделено внимание в процессе коррекции. Общие принципы для занятий должны включать два широких раздела, один из которых посвящен развитию несформированных компонентов произвольной регуляции, а другой – включению этих процессов в важные для ребенка виды деятельности. Первая группа процессов, требующих особых усилий при работе с детьми с трудностями программирования, регуляции и контроля, связана с избирательностью познавательной деятельности. Она включает в себя процессы сопротивления отвлечению, возможности быстрого переключения внутри одной программы (с одного элемента на другой) и в меняющихся условиях, когда один алгоритм деятельности сменяется другим, устойчивое поддержание выполняемых алгоритмов деятельности и процессы, связанные с распределением внимания. Особую роль в преодолении трудностей избирательного реагирования играет речевое опосредование действий, которому необходимо научить ребенка. Опосредование в данном случае предполагает использование внешней, громкой речи как дополнительного средства, которое «вставлено» между замыслом, программой и ее реализацией. Так, например, ребенку может быть предложена конфликтная ситуация, в которой ему нужно в ответ на один хлопок хлопнуть два раза, а в ответ на два хлопка – один раз. Эта задача провоцирует импульсивные реакции, когда ребенок начинает уподоблять свои действия стимулам и в ответ на один хлопок также хлопнуть один раз, а на два – два раза. Чтобы минимизировать импульсивные реакции, психолог может предложить ребенку перед ответом проговаривать свое действие – называть вслух количество ударов, которые ему предстоит сделать. Замечено, что успешные дети младшего школьного возраста часто используют внешнюю речь для преодоления трудных ситуаций. Дети с дефицитом управляющих функций не делают этого практически никогда. Вторая группа процессов, нуждающихся в особом подходе – процессы контроля за собственным выполнением. Как правило, дети с трудностями произвольной регуляции не замечают и не исправляют самостоятельно своих ошибок. Им свойственна торопливость и некоторое снижение критики в отношении того, что они делают. Обучение использованию речевого опосредования действий, описанное раньше, способно снизить количество ошибок и улучшить контроль. В то же время, остается тот элемент контроля, который следует после окончания выполнения, элемент самопроверки. Приучение ребенка к регулярному использованию проверок *post factum*, обучение целенаправленному поиску специфичных именно для него ошибок составляет важную часть психологической коррекции. Это – реальный способ справиться с собственными трудностями. Третья группа процессов – процессы планирования собственной деятельности. Особую трудность для детей с дефицитом управляющих функций представляет работа с задачами, не имеющими однозначного способа решения, с задачами, требующими создания стратегии собственной деятельности. Здесь, опять же, необходимо всячески подключать речевую активность ребенка. Только в этом случае, основной упор необходимо делать на построение плана деятельности в речевой сфере. Хорошо начинать

работу с хорошо знакомых ребенку действий, упроченных навыков. Основная задача, которую ставит перед ребенком психолог – научить его (психолога) чему-нибудь, что ребенку сделать очень легко, с помощью слов, избегая любого показа. При этом психолог ищет любую возможность, лазейку в том, что говорит ребенок, чтобы сделать неправильно, ошибиться и, таким образом, обратить внимание ребенка на слабое звено в его планировании. Таким образом, воздействие на эти процессы может быть осуществлено с помощью эффективной обратной связи, которую дает психолог. Необходимо учитывать, что в процессах планирования важную роль играет так называемая «рабочая память», способность удерживать предыдущую информацию для того, чтобы воспользоваться ей в связи с последующей. Именно так выстраиваются причинно-следственные связи. Чтобы облегчить задачу удержания информации также можно пользоваться различными приемами опосредования. Можно учить ребенка «завязывать узелки на память» с помощью, например, простых рисунков, которые он сам мог бы придумать и которые потом помогли бы ему припомнить нужную информацию.

Также очень важно иметь в виду особенности познавательной деятельности детей с дефицитом управляющих функций. Их образы-представления имеют очень слабо дифференцированный вид. Зрительные образы-представления обеднены деталями, что мешает точно описывать предметы и явления. Из-за этого слово, обозначающее предмет, не содержит в себе всей детальной, иерархически организованной системы связей. Это приводит к трудностям понимания обращенной речи, трудностям работы со смыслом текста, ситуации. Поэтому этим детям требуется коррекционные занятия, направленные на актуализацию связей, стоящих за словом, на поиск общего и различного и т.д.

Педагогическое сопровождение. Для педагогов, встречающихся с такими психологическими особенностями у ребенка, важно представлять возможные трудности, которые могут возникнуть при работе с ним в условиях класса. Одна из важных особенностей детей с дефицитом произвольной регуляции деятельности и произвольного внимания – снижение учебной мотивации. Ребенок недостаточно ориентирован на приобретение новых знаний. У него отсутствует внутренняя установка на запоминание нового материала и инструкций, вводимых педагогом. Однако, такой ребенок заинтересован в получении положительной оценки своей деятельности. Эмоциональная составляющая процесса, возможно, для него более важна, чем содержательная. Поэтому такие дети часто дают импульсивные неверные ответы (они не поняли вопрос, но очень хотят быть социально желательными). Также легко у них фиксируются негативные реакции на критику и критикующего: содержание замечания может быть пропущено, а «неприятный осадок» и, как следствие, избегание и отказ от сотрудничества остаются. Педагог может направлять и организовывать деятельность такого ребенка во время урока. В первую очередь, для таких детей используется метод предупреждений, который позволяет направить внимание ребенка на важный материал. Ребенка персонально предупреждают о том, что начинается важный материал, который надо слушать внимательно: педагог может обратиться к нескольким детям в классе с просьбой быть особо внимательными (это делается с целью не выделять сложного ребенка на фоне остальных, не вызывать у него протестных реакций). Второй метод, помогающий улучшить усвоение материала – повтор за учителем инструкции. Например, педагог может предупредить, что сейчас будет даваться задание и попросить ребенка повторить его для всего класса еще раз «чтобы все лучше запомнили». На самом деле, ребенок с дефицитом произвольной регуляции деятельности, проговорив инструкцию, лучше ее усваивает. Третий прием, который рекомендуется использовать – четкое обозначение правил деятельности, которые также рекомендуется предлагать ребенку периодически озвучивать. Чем четче простроен режим взаимоотношений, тем проще ребенку с дефицитом внимания ему следовать. Когда изо дня в день повторяются одни и те же правила, особенности распорядка, он к ним адаптируется и воспринимает как должное. Все время меняющаяся обстановка вызывает у него раздражение из-за трудностей переключения, которые он испытывает. Четвертый прием, который необходим в работе с детьми этого типа

– внешнее опосредование деятельности. Ребенок нуждается для лучшего усвоения материала во внешних опорах. Это могут быть схемы, рисунки, прописанные этапы выполнения заданий. Полезно просить самого ребенка составлять схемы и планы своих действий (можно в виде простых рисунков). Кроме того, очень важную роль играет проговаривание ребенком своих действий вслух.

Родительское сопровождение. Как уже было сказано выше, ребенок с дефицитом произвольной регуляции деятельности нуждается во внешней организации деятельности. Трудно ожидать от него, что он сам сможет спланировать и организовать свои действия в домашних условиях, где вся обстановка способствует отдыху и отвлечению. В то же время, попытки контролировать такого ребенка со стороны родителей часто приводят к росту эмоционального напряжения в семье, ссорам родителей с ребенком, наказаниям и т.д. Именно поэтому очень важно, чтобы родители умели обеспечивать ребенку внешнюю организацию, не беря на себя повышенную ответственность за его действия, не включаясь эмоционально. Во-первых, очень важно устанавливать с ребенком договоренности относительно всех моментов его режима и, особенно, тех, которые вызывают трудности. Ребенок должен принимать активное участие в решении вопросов о том когда, что и в каком объеме ему необходимо делать, иметь право высказывать собственные пожелания. Желательно, чтобы оговоренный режим повторялся изо дня в день. Дети с дефицитом внимания, которых много контролируют взрослые, часто считают, что учеба нужна не им, а их родителям и учителю (раз они так активно и эмоционально включены в процесс). Здесь очень важно обращать внимание ребенка на то, что существуют определенные правила, которые придуманы не родителями. Взрослые вынуждены им следовать так же как он. В этом смысле все находятся в равных позициях. Таким образом, ответственность с родителя может быть переложена на ситуацию, что уменьшает напряжение между взрослыми и детьми. То же самое рекомендуется сделать и с функцией контроля за различными составляющими режима – переложить на более нейтральный объект. Таким объектом может стать таймер. Например, его можно устанавливать таким образом, чтобы он звонил за 10 минут до начала выполнения домашнего задания. Таким образом, ребенок будет предупрежден о том, что нужно постепенно заканчивать игру и переключаться на уроки. Продолжительность выполнения уроков можно также регламентировать с помощью таймера. Например, предложить ребенку прикинуть, сколько времени у него может уйти на один номер по математике и, когда он ответит, установить таймер «чтобы проверить, действительно ли он успеет за это время, или же временной промежуток должен быть больше». Постепенно, если пользоваться этим приемом регулярно, ребенок привыкает работать по таймеру и проблема бесконечного выполнения домашнего задания снимается. Как уже было сказано, ребенку с дефицитом внимания помогает внешнее опосредование деятельности. Дома активизировать эти способы саморегуляции проще, чем в условиях класса. Необходимо просить ребенка проговаривать алгоритм своих действий, озвучивать письмо. Если ребенку предстоит работа со сложным текстом, родители могут разделить его на смысловые куски и попросить ребенка к каждому кусочку нарисовать небольшую иллюстрацию, отражающую его основной смысл. После этого можно попросить ребенка пересказать текст с опорой на иллюстрации. Изучаемые правила имеет смысл вывешивать в часто посещаемых ребенком местах в напечатанном крупным шрифтом виде, или же в виде схемы, с которой предварительно была проведена работа, направленная на ее понимание. При возникновении ошибок в работе, полезно просить ребенка проговорить необходимое правило.