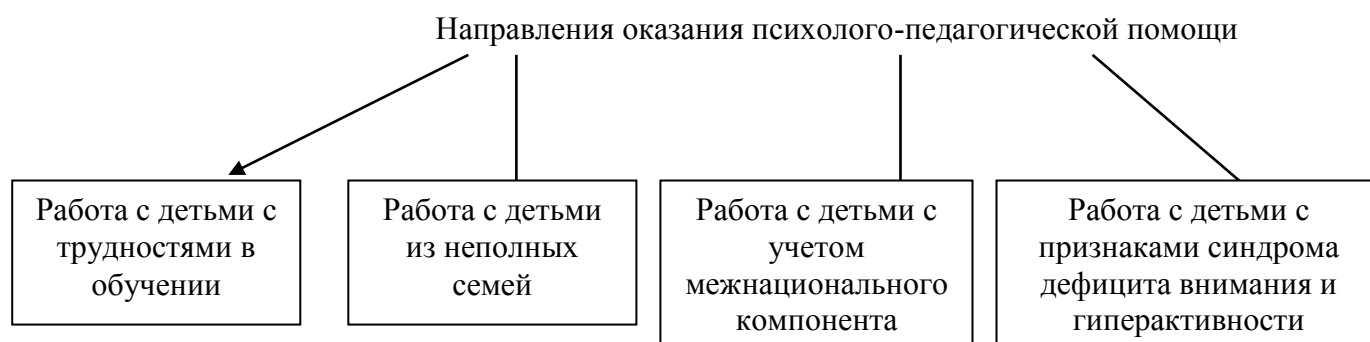


ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Актуальность направлений опытно-экспериментальной работы на период 2012 – 2016 г.г.

С целью дальнейшего развития опытно-экспериментальной работы школы № 237 Красносельского административного округа Санкт-Петербурга в конце 2011 года в процессе инновационной деятельности учреждения были выделены 4 основных направлений оказания психолого-педагогической помощи учащимся (схема 1.)

Схема 1



Выделение данных направлений является результатом практической работы всего педагогического коллектива. Предлагается новый этап опытно-экспериментальной работы назвать «Психолого-педагогические технологии как условие построения здоровьесозидающей среды школы».

I направление – работа с детьми с трудностями в обучении

Психологическая характеристика детей с трудностями в обучении

Для всех неуспевающих школьников характерны недостатки самоорганизация в процессе учения: отсутствие сформированных способов и приемов учебной работы, наличие неправильного подхода к усвоению знаний.

Неуспевающие учащиеся не умеют учиться. Они не хотят или не могут осуществлять логический анализ усваиваемой темы. Эти школьники на уроках и дома работают не систематически, а если, оказываются перед необходимостью подготовить урок, то делают это наспех, не анализируя учебного материала. Могут прибегать к многократному чтению текстов с целью заучивания наизусть, не вникая в сущность заучиваемого. Эти учащиеся не работают над систематизацией усваиваемых знаний, не устанавливают связей нового материала со старым. Вследствие этого знания неуспевающих школьников имеют бессистемный, фрагментарный характер.

Такой подход к учению приводит к систематической интеллектуальной пассивности, что приводит к значительному снижению темпов умственного развития этих школьников и еще больше усиливает их отставание в учебе от одноклассников.

Низкая самоорганизация неуспевающих школьников проявляется также в недостатках реализации таких психических функций как память, восприятие, воображение, а также в неумении организовать свое внимание. На уроках неуспевающие школьники, как правило, невнимательны. Воспринимая учебный материал, они не стремятся воссоздать его в виде образов, абстрактных категорий. Педагогам массовой школы хорошо известно, что дети, стойко не усваивающие школьную программу, имеют отрицательные особенности характера и нарушения поведения.

Всестороннее исследование особенностей психического развития неуспевающих школьников проводится с помощью диагностического психологического эксперимента, подробного биографического изучения, наблюдения за поведением на уроках и во внеурочной деятельности, бесед с родителями и учителями. Были выявлены ряд условий, способствующих формированию искажений в развитии личности лете этих детей.

Первым и наиболее важным фактором становления отрицательных черт характера является нежелание учиться, негативизм неуспевающего ребенка к всякого рода учебной работе. Стойкие трудности в усвоении материала, постоянное чувство неуспеха естественно приводят к тому, что такие дети избегают самого процесса приготовления уроков, рвут тетради, прячут учебники, плачут в ответ на школьные требования. Они начинают прогуливать занятия, дома лгать, обманывать, говорить, что «ничего не задано», а в школе – что «забыл книги дома» и т. д. В этих поступках начинают просматриваться эмоциональные нарушения, задатки отрицательных черт характера уже в течение первого года обучения. Такие особенности поведения формируются очень быстро и уже ко второму полугодю такие дети заметны в классе среди своих одноклассников.

Ко второму классу возникает еще один отрицательный фактор – конфликтные отношения с учителями. На первый взгляд эти отношения имеют негативный характер. Складывается мнение о предвзятом отношении педагогов к неуспевающим детям. Учителя грубо к ним обращаются, кричат на них, делают замечания в оскорбительной форме, жалуются родителям, обсуждают проблемы детей друг с другом в открытой форме при других школьниках. Такое поведение учителей вызвано беспомощностью, неумением работать с такими учениками, особым вниманием к ним в связи с минимальными успехами в учебе. Повышенным тоном, нотациями и морализаторством педагоги пытаются привлечь внимание слабоуспевающих учеников, включить их в учебную работу, заставить заниматься.

Стойкая конфликтная ситуация приводит к тому, что и неуспевающие дети через короткое время начинают дерзить в ответ, грубить учителю, демонстративно уходить с уроков, срывать

учебный процесс. У неуспевающих школьников возникают и закрепляются разнообразные отрицательные черты характера – конфликтность, злобность, аффективная возбудимость.

Аналогичные проблемы возникают у стойко неуспевающих детей по отношению к родителям. Поведение родителей является еще более сложным и противоречивым. Чаще всего родители неуспевающих учеников имеют претензии к школе, обвиняют учителей («они плохо учат»), учебную программу. В неформальной обстановке родители постоянно упрекают в учебных проблемах именно детей. Уставших учеников заставляют сразу после школьных занятий учить домашние задания, сидят, вместе с ними, нанимают репетиторов, часто применяют физические наказания, кричат. Своим поведением родители окончательно теряют доверие своих детей. Постоянными конфликтами они усугубляют домашнюю обстановку и их неуспевающие школьники начинают уходить на «улицу». Становятся постоянными уходы из дома, возвращение домой поздно вечером, дети всячески врут, пытаются выкрутиться из создавшейся ситуации. Это происходит уже к концу третьего класса.

В младшем школьном возрасте хорошо видно, что отрицательные черты характера, нарушения поведения формируются после возникновения трудностей в обучении, конфликтов с учителями и родителями.

После конфликтов с учителями и родителями неуспевающие школьники сами становятся агрессивными, драчливыми, неуправляемыми, злобными и по отношению к сверстникам. Заметно, что в первых классах более развитые и умные сверстники (видя, как к неуспевающим относятся учителя и родители), также начинают демонстрировать при всяком удобном случае свою неприязнь. Это выражается в виде издевок, обидных прозвищ, игнорирования слабоуспевающих учеников. У неуспевающих детей возникают ответные реакции ответные реакции. Они дерутся, нецензурно бранятся, воруют, пропускают школьные занятия. Уже к четвертому классу поведение этих детей заметно ухудшается и сочетается с отрицательными чертами характера.

Наблюдения показывают, что к 5–6 классам школьники по несколько месяцев могут не регулярно посещать массовую школу, их перестает волновать неуспеваемость. Отвержение неуспевающего ребенка учителями, родителями, сверстниками приводит к стойкой социальной дезадаптации. Уже к подростковому возрасту формируются асоциальные формы поведения – воровство, хулиганство, бродяжничество, алкоголизация. К 12–14 годам из-за мелких правонарушений подростки привлекают внимание милиции.

У неуспевающих школьников закрепляются такие качества личности, как недисциплинированность, безответственность, слабая воля, отсутствие трудолюбия. Все эти черты связаны в известной мере с возрастными особенностями детей. Невыполнение самостоятельной работы, отказ отвечать на вопросы учителя. Отвлечения на уроке могут быть вызваны недисциплинированностью, безответственным отношением к делу. Слабая воля, отсутствие

трудолюбия вызывают такие элементы отставания, как стремление избежать трудностей, пассивность при их преодолении. Эти же особенности личности школьников могут стать причиной небрежного выполнения работы, и в частности того, что ученик не использует известные ему способы самоконтроля. Этому может способствовать и характерная для данного возраста некоторая переоценка своих возможностей, неумение здраво оценить трудности предпринятой работы. Настроившись на быстрое и легкое завершение учебных заданий, не предвидя затруднений, ученик сравнительно легко отказывается от усилий, как только он встречает трудности. Им не хватает терпения и выдержки. Известная поверхностность, легкомыслие, неусидчивость свойственны подростковому возрасту, и это отражается в той или иной степени на успешности обучения, особенно по таким учебным предметам, как математика и языки.

Одной из предпосылок, вызывающих неуспеваемость, является характерная для подросткового возраста неустойчивость устремлений, склонность к внеучебным занятиям и увлечениям. Наличие разнообразных и сильных внеучебных интересов подростков связано, как отмечают специалисты, с важнейшими особенностями подросткового возраста: стремлением к активным видам деятельности, расположением к совместным действиям и играм, всевозрастающим стремлением к самостоятельности, освобождению от опеки взрослых. Неуспевающих школьников отличает наличие устойчивых внеучебных интересов в сочетании с отрицательным отношением к школе.

Частые трудности в обучении вызывают у учащихся равнодушие к школе. Они воспринимают учебные занятия как неизбежную повинность, выполняют требования учителей, участвуют в какой-то степени в работе и проявляют иногда даже активность. Однако у таких учеников сформировалась довольно стойкая позиция в отношении школы и уроков: хорошие оценки нужны старшим, а не им лично.

Не только отрицательное отношение к школе и учение по принуждению вызывают отставание у учащихся средних классов. Под влиянием родителей и учителей получение хорошей или удовлетворительной отметки становится единственной целью и ведущим мотивом учебной деятельности. Наносится ущерб не только успеваемости, но и всему нравственному воспитанию школьника. У некоторых учащихся цель получения отметки выступает как средство самоутверждения, удовлетворения самолюбия, средство для получения обещанной дома награды. Во всех этих случаях имеет место внеучебная мотивация, и это препятствует развитию познавательных интересов, возникновению стремления совершенствовать свои умения и навыки, углублять и расширять знания, мешает формированию ценностного отношения к образованию.

II направление – работа с детьми из неполных семей

Психологические проблемы неполной семьи

Семья во все времена находилась в центре внимания общественности. Особое внимание заслуживает положение в нашем обществе неполных семей. Неполная семья- это один из основных социально-демографических типов современной семьи. Неполная семья- это малая группа с частичными неполными связями, где нет традиционной системы отношений мать – отец–ребенок. Прежде всего, – это семьи, где нет отца или матери, также в эту категорию можно отнести и те, в которых существует лишь видимость полной семьи. Безотцовщина может быть и там, где сыну не с кем ходить на рыбалку, играть в футбол, похвастаться моделью нового игрушечного пистолета, который купила опять же мама. А дочь не видит, как маме дарят цветы, подают пальто, приносят в кровать чашечку кофе. Отец все время работает или спит после работы. Он есть, но в то же время его нет. Дети привыкают к этому и вырастают под влиянием одного лишь маминого авторитета. Чаще всего мамы бывают мягкими, лояльными, женственными, но, желая заменить ребенку отца, они все чаще берут на себя обе роли – мужскую и женскую, то есть и требуют и утешают, и балуют и наказывают. Но в полной мере заменить отца им все равно не удастся. (Н. Башкирова, 2007) Даже самая заботливая женщина в неполной семье, физически не имеет достаточно времени для воспитания своего ребенка. Из-за чрезмерной занятости и трудовой перегруженности матери дети предоставлены сами себе.

Среди проблем неполных семей особенно остро стоит проблема ее функционирования как института воспитания и социализации детей. Правы те, кто полагает, что издержки воспитания детей в неполной семье связаны, прежде всего, с воздействием негативных экономических факторов. Специфический образ жизни семьи с одним родителем ощутимо отражается на воспитательном процессе. Отсутствие одного родителя в семье может явиться причиной неполноценного, неудачного воспитания детей. В материнских неполных семьях мальчики не видят примера мужского поведения в семье, что способствует формированию в процессе их социализации неадекватного представления о ролевых функциях мужчины, мужа, отца. Иногда они вырастают инфантильными, неспособными действовать и принимать решения. Поведение незамужней матери в семье во многом обусловлено отсутствием второго родителя. Это влияет и на социализацию воспитывающихся в материнских неполных семьях девочек, искажает их представления о ролевых функциях женщины, жены, матери. Девочка, растущая без отца, с трудом учится уважать и принимать мужчин такими, какие они есть, с их особенностями и достоинствами.

Дети, воспитывающиеся в монородительских семьях, лишены примера взаимоотношений мужчины и женщины в семье, что негативно влияет на их социализацию в целом и на

подготовленность к будущей семейной жизни в частности. Педагогика оценивает показатель идентификации детей со своими родителями одним из основных критериев эффективности семейного воспитания. При этом ребенок выражает принятие нравственных и идеологических норм своих родителей. Осуществление этой составляющей воспитательного процесса в неполной семье деформируется в связи с отсутствием одного родителя. В отцовских неполных семьях к перечисленным выше проблемам добавляются отсутствие материнской ласки, без которой воспитание детей тоже не может быть полноценным. (М.О. Темсина, 2006).

Трудно прогнозировать, какой малыш справится с нервными потрясениями, а какой нет. Близкий ему человек может заметить, как влияют на ребенка стрессы и непосильные нагрузки. Тщеславие и желание вырастить образованного и всесторонне развитого ребенка назло супругу, бросившему семью, иногда идет вразрез со здоровьем малыша. Если у ребенка устойчивая нервная система, он сможет преодолеть последствия стрессов и справиться с умственными и эмоциональными нагрузками, при этом оставаясь психически нормальным. Однако неврозы и невротические явления в большинстве случаев продолжает преследовать человека всю его сознательную жизнь, если с ними не пытаться бороться еще в детстве. А это нужно делать обязательно, так как подобные отклонения могут перерасти психические заболевания, которые уже невозможно вылечить. К неблагоприятным условиям, в которых это происходит, относятся хронические стрессы в семье. Если родители постоянно выясняют отношения при детях, оскорбляют и унижают друг друга, ребенок чувствует себя несчастным, брошенным, отверженным и нелюбимым. Также он получает глубокую психическую травму и в том случае, если семья распалась. И то и другое одинаково плохо, однако из двух зол следует выбирать меньшее. Часто именно развод становится реальным и лучшим выходом из ситуации, но проблемы детского стресса он, однако, не решает. Его должны решать разведенные родители или тот родитель, который остался с ребенком (Башкирова Н., 2007).

III Работа с детьми с учетом межнационального компонента

Воспитание культуры толерантности через систему образования

Психолого-педагогический подход к проблемам толерантности основан на осознанном отношении человека к своей этнокультурной принадлежности. С этим связан адаптационный потенциал человека при инклюзии в широкую социальную сферу отношений. «Доступность мира для каждого индивида» (М. Бубер) является неотъемлемой составляющей интерсубъектного процесса взаимодействия. Толерантные отношения гармонизируют социокультурные процессы. Этому непосредственно способствуют педагогические технологии воспитания культуры толерантности.

Толерантная среда подразумевает отсутствие этнических предрассудков, широту мышления, признание равенства людей, открытость, активная жизненная позиция и чувство ответственности.

Воспитание культуры толерантности подразумевает формирование норм этического поведения (Д.Ж. Валеев, 2002; Л.А. Громова, 1995; Дж. М. Бьюкенен, 1997; М. Вебер, 1994; Э. Фромм, 1993; Дж. Ролз, 1995; А. Сен, 1996; 1995; Б. Де Жувенель, Л. фон Мизес, 2000; П. Козловски, 1996; Ю. Хабермас, 2000; Ф. Хайек, 1990).

Современное образование выступает за понимание детьми их индивидуальности, личностной уникальности, что обуславливает уважение прав и особенностей других людей. На всех уровнях получения знаний современных детей учат пониманию и использованию различий между субъектами образовательного процесса. Социально-педагогический механизм толерантности позволяет субъекту сохранять свою самоидентичность через активное принятие себя в этнокультурной среде.

Для становления толерантных отношений в учебном процессе важно использовать принципы педагогики ненасилия, связи с жизнью, систематичности, учета возрастных особенностей развития. Актуальной становится проблема поведения и общения в коллективе сверстников, когда люди согласовывают свои действия, используют различные формы поддержки. В это состоит добровольность признания субъектами воспитательного процесса взаимной заинтересованности, уважения и учета интересов. На этой психолого-педагогической основе возникают толерантные отношения. В них, существенную роль играют принципы доверия, уважения, доброжелательности, равенства, свободы выбора. Участники их равноправны в выборе путей и средств достижения общей цели, следуя принципу невмешательства и сохраняя самостоятельность.

Субъекты толерантных отношений в педагогической среде направлены на: 1) создания атмосферы взаимного доверия и сотрудничества; 2) открытости и эффективности общения; 3) понимание общих прав и свобод и стремление к защите прав других.

Современная система образования на уровне школы стремится поощрять и последовательно внедрять методы систематического и рационального обучения толерантности, содержащие культурные, религиозные, языковые и ментальные традиции этносов и наций.

Психология общественного сознания в духе воспитания толерантности направлена на противодействие влиянию, провоцирующего чувство ксенофобии, отчуждения по отношению к представителям разных этнокультур. Меры по формированию культуры толерантности должны способствовать формированию у школьников навыков независимого мышления, критического осмысления и выработки суждений, основанных на моральных ценностях.

Выше сказанное означает необходимость уделять особое внимание 1) вопросам повышения уровня педагогической подготовки; 2) содержанию учебных материалов; 3) организации и проведению уроков, классных часов и занятий; 4) внедрению новых образовательных технологий с целью воспитания чутких и ответственных граждан, открытых восприятию других культур, способных ценить свободу, уважать человеческое достоинство и индивидуальность, предупреждать конфликты или разрешать их ненасильственными средствами.

Воспитывать толерантность – это означает учить учеников уважать не только себя, но и окружающих людей независимо от их различий. Ведущей становится ориентация на человеческую личность, права человека, его самоуважение.

Система современного школьного образования призвана показывать ребенку, начиная с самого начала обучения в школе, что он личность наряду с другими субъектами толерантных отношений. В результате, при целенаправленном педагогическом воздействии и психологической подготовке школьники могут учиться осознавать свою гражданскую позицию в отношении прав человека с учетом этнокультурных различий.

Модернизация современной школы предполагает дальнейшее решение вопросов воспитания толерантной молодежной среды. Для этого существует множество причин:

- в детском и подростковом возрасте не снижается проявление тенденции к недоброжелательному и агрессивному отношению к сверстникам;
- низкая толерантность и культурный эгоизм чаще получают освещение в средствах массовой информации, Интернете, чем программы по профилактике проявлений ксенофобии, налаживанию межэтнических и межкультурных отношений;
- отсутствие в обществе устоявшихся этнокультурных традиций;
- разившееся в многих семьях учеников чувство «национального унижения» на фоне социально-экономических и политических изменений в обществе. Рост националистических настроений и популярность экстремистских идей взрослых непосредственно транслируется детям;
- свойственные многим школьникам эгоцентричные установки сознания. Данная особенность не способствует пониманию и принятию другой культуры, изменению своего общественного мышления и поведения в аспекте повышения чувства толерантности.

По многим причинам актуализируется решение вопросов по внедрению инновационных технологий, позволяющих осуществлять систематическую воспитательную работу по укреплению индивидуальных основ проявления толерантности каждого ученика, уважения прав и свобод других, этнических различий между людьми.

Для развития у школьников межкультурной толерантности необходимо не только их ознакомление с разнообразными культурами. Важнее педагогическая работа над проблемой отношения ребенка к другим культурам вообще.

Процесс формирования толерантной позиции детей с наибольшей эффективностью будет проходить в рамках гуманистической воспитательной системы образовательного учреждения с ее открытостью внешней социокультурной среде, с ее направленность на освоение этой среды, с предлагаемыми ею вариантами общения и деятельности, ценностными ориентирами, которые задают отношения, возникающие в процессе межкультурного диалога.

Наиболее плодотворным будет использование в практике ситуаций непосредственных встреч ребенка с представителями иных культур, организуемых во внешкольной среде.

Организация встреч школьников носителями иных культурных традиций возможна в заочной форме при использовании различного вида информационной поддержки. В связи с этим получил широкое признание этнокалендарь, который является опосредованной возможностью получения сведений о других культурах, ценностных приоритетах людей, их логике мышления.

Современные психолого-педагогические технологии используют метод поисковых заданий и постановку проблемных ситуаций. В частности, учитель может вызвать у учеников сомнения в адекватности своего восприятия и понимания иных культур, что при специально организованной воспитательной работе позволяет выявить недостаток информации и социальные стереотипы собственного восприятия межэтнических и межкультурных отношений. Слово «ксенофобия» может вообще не использоваться в лексике школьников. Важно, чтобы учащиеся были сосредоточены на поиске сходств разнообразных культур, а положительные аспекты их изучения доминировали над негативизмом. Учитель показывает возможности изучения понятий, связанных с проблемой толерантности в обществе: «расизм», «национализм», «этнические чистки», «политические репрессии», «религиозные преследования» и пр. Ученик нарабатывает репертуар для овладения знаниями и представлениями в области культуры, политики, прав человека, национальных отношений.

Воспитание толерантности должно осуществляться педагогическими методами систематического и рационального обучения, учитывающие причины и закономерности насилия и отчуждения среди отдельных людей и межэтнических групп населения. Меры образования должны способствовать улучшению взаимопонимания, укреплению межкультурных традиций.

Формирование толерантного сознания должно быть направлено на противодействие влиянию, вызывающему чувство ксенофобии. Деятельность специалистов образования должна способствовать формированию у молодежи навыков независимого мышления, критического осмысления и выработки суждений, основанных на культурных и моральных ценностях.

IV направление – работа с детьми с признаками синдрома дефицита внимания и гиперактивности

Психологические проблемы школьников с признаками синдрома дефицита внимания и гиперактивности

Последнее время родители все чаще обращаются к психологам и врачам, говоря о неумении ребенка сосредоточиться, запоминать правила и пр. Начиная какое-то дело, он быстро отвлекается, часто нарушает дисциплину. В таких случаях родители нередко ставят диагноз «синдром нарушения внимания и гиперактивности» (СДВГ).

Сейчас этот диагноз звучит все чаще. Данные исследований, проведенных И.П. Брызгуновым и Е.В. Касатиковой (2002), показывают, что СДВГ встречается у детей в 18% случаев в младшем школьном возрасте, и у 9% школьников старших классов массовой школы. Мальчиков среди них в 4–5 раз больше, чем девочек (Н.Н. Заваденко, 2005). А в специальных образовательных учреждениях данный синдром встречается у 37% детей (Е.С. Иванов, 2006).

Синдром нарушения внимания и гиперактивности может стать причиной нарушения адаптации ребенка к социальным условиям, формированию негативной самооценки, а в подростковом возрасте привести к отклонению в поведении.

В младшем возрасте к таким детям чаще относятся снисходительно, но постепенно по отношению к ним возникают негативные психолого-педагогические характеристики «трудный ребенок», «распущенный», «не способный к обучению». При оказании им квалифицированной помощи важно определить реальные возможности ребенка.

По данным некоторых исследователей (И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова, 2002; О.И. Политика, 2005; Н.Н. Заваденко, 2005) школьные проблемы почти у половины неуспевающих детей вызваны именно этим синдромом.

Проблема затруднений в усвоении математики (алгебры) как разновидность школьной неуспеваемости, практически не изучена. Однако, она чрезвычайно актуальна, т.к. в последнюю треть XX века наблюдается значительный рост интереса к проблемам технического образования, которое востребовано в различных областях человеческой деятельности.

Многие авторы отмечали, что успешный процесс овладения школьным курсом математики зависит от содержания и методов обучения детей (П.Я. Гальперин, 1985, В.В. Давыдов, 1969, Н.И. Непомнящая, 1992; В.А. Крутецкий, 1998, В.Н. Дружинин, 2002). При изучении современных школьников можно предположить, что дети с признаками синдрома нарушения внимания и гиперактивности, неуспевающие по алгебре, в отдельных случаях будут обладать достаточно высокими математическими способностями. Однако в силу особенностей организации школьных уроков, не могут проявить их в полной мере. Особую актуальность в этой связи приобретает проблема изучения уровня овладения знаниями и умениями по алгебре и исследование

особенностей интеллектуального развития у учащихся с затруднениями в усвоении алгебры, имеющих признаки синдрома нарушения внимания и гиперактивности.

В середине XIX-го века немецкий врач-психоневролог Генрих Хоффман первым описал чрезмерно подвижного ребенка и дал ему прозвище Непоседа Фил. С 60-х годов XX-го века врачи стали выделять такое состояние как патологическое и назвали его минимальные мозговые дисфункции (минимальное расстройство функций мозга).

С 80-х годов двадцатого века состояние чрезмерной двигательной активности (гиперактивность) стали выделять как самостоятельное заболевание и занесли в Международную классификацию болезней (МКБ) под названием синдром нарушения (или дефицита) внимания с гиперактивностью (СДВГ) (Чутко Л.С., 2006., с. 72).

Развитие термина СДВГ прошло несколько этапов. Большое число работ отражало различные концепции авторов. В названии синдрома использовались наиболее часто встречающиеся признаки заболевания: гиперактивность, невнимательность, статикомоторная недостаточность.

Термин «минимальная мозговая дисфункция» ММД официально введен в 1962 году на специальной международной конференции в Оксфорде. С этого времени термин ММД использовался для определения таких состояний, как расстройства поведения и трудности обучения, не связанные с выраженными нарушениями интеллектуального развития (Политика О.И., 2005 с. 7)

3. Тржесоглава предлагает рассматривать ММД со стороны органических и функциональных нарушений. Он употребляет термины «легкая детская энцефалопатия», «легкое повреждение мозга» с позиций органического подхода, а термины «гиперкинетический ребенок», «синдром повышенной возбудимости», «синдром дефицита внимания» и другие – с позиции клинического с учетом проявлений ММД или наиболее выраженного функционального дефицита (Тржесоглава З., 1986).

В основных системах диагностики и классификации психических расстройств – Женевской « Международной классификации болезней», в ее 10 редакции (МКБ-10) и «Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств» в его 4 редакции (DSM-IV) Американской психиатрической ассоциации представлен категориальный критерий минимальных мозговых дисфункций и СДВГ.

В системе DSM-IV применяются термины « синдром дефицита внимания» (Attention Deficit Disorder – ADD) и «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD), обозначающие наиболее частые нарушения поведения у детей.

В новом руководстве МКБ-10 предусмотрены следующие критерии для состояния, рассматриваемого в позиции «минимальные мозговые дисфункции». В разделе F8 – «Нарушения

психологического развития» - представлены рубрики F80 – специфические расстройства речи, F81 – специфические расстройства развития школьных навыков, F82 – специфическое расстройство развитие двигательных функций (диспраксия развития). Раздел F9 – «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте», содержит рубрики F90 – гиперкинетические расстройства, F91 – расстройства поведения (Политика О.И., с. 9., 2005).

Накопленный исследователями опыт говорит не только об отсутствии единого названия для данного синдрома, но и об отсутствии единого мнения о причинах, ведущих к возникновению СДВГ. Анализ доступных источников информации позволяет выделить ряд таких причин.

Возникновение СДВГ может быть обусловлено воздействием различных этиологических факторов в ранний период развития ребенка. Поскольку незрелый, развивающийся организм наиболее чувствителен к вредным воздействиям.

Многие авторы (Брызгунов И.П., Кучма, 1994) наиболее критическим периодом считают поздние стадии беременности и родов, во время которых происходило небольшое повреждение мозга.

Общее ухудшение экологической ситуации, химические, радиационные и прочие загрязнения нередко в большей степени влияют на развивающегося в утробе ребенка, чем на саму мать. В то же время физически ослабленные, часто болеющие матери не только не могут защитить своих будущих детей, но и сами нередко являются для них источником патологических воздействий. Вредоносными для детей оказываются и инфекции, которым матери подвергаются во время беременности, и лекарства, которые они принимают в этот период. Не проходят бесследно для ребенка и любые пищевые отравления будущей матери, принятие алкоголя, наркотиков, курение, травмы и ушибы в области живота. Известно, что иммунологическая несовместимость (по резус-фактору), а также угрозы выкидыша отрицательно сказываются на развитии ребенка. Многие хронические заболевания, обостряющиеся во время беременности, – гипотония и гипертензия, сердечная и легочная недостаточности, токсикоз второй половины беременности при нефропатии приводят, хотя и к легким, но нарушениям обменных процессов, отравлениям, недостаткам в снабжении плода кислородом и питательными веществами.

Естественным и закономерным продолжением осложнений беременности являются различные осложнения в протекании родов или перинатальная патология. Преждевременные, скоротечные или затяжные роды, стимуляция родовой деятельности, отравление наркозом при кесаревом сечении – все это может приводить к отрицательным последствиям в развитии ребенка.

Родовые осложнения, которые связаны: с неправильным предлежанием плода, или обвитием шеи пуповиной. Такие осложнения кроме асфиксии могут повлечь за собой внутренние мозговые кровоизлияния или различные травмы. К родовым осложнениям относятся, в том числе,

и плохо диагностируемые легкие смещения шейных позвонков. При травмах позвоночника (даже легких) нарушается отток венозной крови, что приводит к повышению внутричерепного давления и снижает поступление в мозг кислорода и питательных веществ. Такие неблагоприятные условия, осложняющие рост и развитие мозга могут сохраняться сколь угодно долго, пока не будет устранена их причина.

Любые заболевания в младенчестве, сопровождающиеся высокой температурой и приемом сильнодействующих лекарств, операции под общим наркозом могут отрицательно сказаться на созревании мозга. Сотрясения, сильные ушибы и травмы головы могут серьезно нарушить деятельность мозга в любом возрасте. Такие заболевания как астма, частые пневмонии, сердечная недостаточность, нефропатии, нарушения обмена веществ могут выступать как постоянно присутствующие факторы, вызывающие депрессию и препятствующие нормальной работе мозга (Глезерман Е.Б., 1983.; Заваденко Н.Н. 2000; Лебединский В.В. 1985.; Чутко Л.С., 2007).

Сравнительный анализ анамнестических сведений о детях с данным синдромом показал, что в группе детей с СДВГ чаще обнаруживались следующие неблагоприятные факторы: возраст матери моложе 20 лет, первая беременность, заболевания матери во время беременности, в том числе токсикоз во II и III триместрах, переносимость плода, длительные роды, частые заболевания ребенка на первом году жизни (Халецкая О.В., Трошин В.Д., 1995).

Большой вклад в исследование проблемы внесли работы, выдвигающие предположение о роли генетических факторов в возникновении СДВГ, доказательством которой явилось существование семейных форм СДВГ.

Фактом, доказывающим генетическую предрасположенность СДВГ, стало наличие симптоматики в детстве у родителей детей, страдающих данным заболеванием (Тржесоглава З. 1986., Кучма В.Р., Брызгунов И.П., 1994).

В развитии СДВГ наблюдаются также половозрастные различия. По данным В.Р. Кучмы и И.П. Брызгунова (1994, с. 25) среди мальчиков 7–12 лет признаки синдрома встречаются в 2–3 раза чаще, чем среди девочек. По их мнению, это может быть обусловлено более высокой уязвимостью плода мужского пола по отношению к патогенетическим воздействиям во время беременности и родов. У девочек большие полушария мозга менее специализированы, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных функций при поражении центральной нервной системы по сравнению с мальчиками.

Наряду с биологическими факторами риска СДВГ анализируются социальные факторы, такие как педагогическая запущенность, недостаточное образование родителей, неполная семья, депривация или деформация материнского ухода (Политика О.И. с. 13. 2005).

Также считается, что возникновению СДВГ способствует деликвентное поведение родителей – алкоголизм и курение. З. Тржесоглава(1986) показал, что у 15% детей с СДВГ родители страдали хроническим алкоголизмом.

Действие негативных внутрисемейных факторов было обнаружено в 63% случаев при обследовании детей с СДВГ (Заваденко Н.Н., 2005). Среди них наиболее часто встречались воспитание в неполной семье, частые конфликты в семье, алкоголизм у родителей, различные подходы к воспитанию ребенка у членов семьи. У детей, генетически предрасположенных к СДВГ, конфликты в семье могут усилить остроту проявления до клинического уровня (Чутко Л.С., с. 29, 2007).

Таким образом, на современном этапе разрабатываемые исследователями подходы к изучению этиологии и патогенеза СДВГ в большинстве своем рассматривают три основные группы факторов, детерминирующих развитие СДВГ: раннее повреждение ЦНС, связанное с негативным влиянием на развивающийся мозг различных форм патологии, течения беременности и родов, генетические факторы и социальные факторы.

Проявления СДВГ могут быть распределены по трем основным симптомокомплексам: невнимательность, гиперактивность и импульсивность.

Отставание биологического созревания ЦНС у детей с СДВГ и, как следствие, высших психических функций (преимущественно регулятивного компонента), мешает ребенку адаптироваться к новым условиям существования и нормально переносить интеллектуальные нагрузки (Выготский Л.С., 1984, Политика О.И., 2005, Пассольт М., 2004).

Появление основных жалоб при СДВГ относится к младшему школьному возрасту. Учителя и родители отмечают, что дети чрезвычайно подвижны, беспокойны, не могут усидеть на месте во время урока и выполнения домашних заданий. Данные проявления обуславливают низкую успеваемость детей с СДВГ, несмотря на достаточно высокий интеллект. Самое существенное состоит в том, что интеллект детей сохраняется, но черты, характеризующие СДВГ – беспокойство, неусидчивость, множество лишних движений, недостаточная целенаправленность, импульсивность поступков и повышенная возбудимость, часто сочетаются с трудностями в приобретении школьных навыков (чтение, счет, письмо). Поэтому СДВГ является одной из наиболее частых причин школьной дезадаптации (Брызгунов И.П., 2001; Пассольт М. 2004; Политика О.И., 2005).

Роль школьника гиперактивный ребенок осваивает с большими трудностями. К учителям относится фамильярно, не подчиняется их авторитету. Не придерживается правил поведения в классе, прежде всего потому, что является импульсивным и раздражительным. Из-за неспособности контролировать свое поведение и вести себя в соответствии с принятыми нормами он не способен спокойно сидеть на уроке и говорить только тогда, когда его спросят.

Характерная черта умственной деятельности детей с синдромом – цикличность. На этой характеристике следует остановиться подробнее, так как она имеет исключительное значение для понимания особенностей поведения детей с СДВГ.

Как известно, в норме мозг человека привыкает работать в “суточном” ритме, для которого характерны активность в течение дня и релаксация ночью. При накапливающемся утомлении (в результате болезни, усталости, монотонной работы) общий ритм функционирования мозга несколько меняется: рабочие циклы могут сокращаться до 30–40 минут и перемежаться 10–15 секундными релаксационными паузами, во время которых мозг, непроизвольно «отключившись», отдыхает, восстанавливает работоспособность.

Каждый из нас может легко вспомнить подобные периоды непроизвольной релаксации. Например, читая книгу в состоянии переутомления, иногда мы замечаем, что отключились и не понимаем, о чем идет речь. Мы поднимаем глаза выше по тексту, но не узнаем прочитанного, и, наконец, находим то место, с которого отключились. Следовательно, в релаксационные периоды «внешняя» деятельность может продолжаться, однако при этом она не осознается, ее результаты нигде не фиксируются и не запоминаются (Глезерман Е.Б. 1983., Коновалова Н.Л., 2000).

Исследования Л.А. Ясюковой (2000) показывают специфику интеллектуальной деятельности ребенка с СДВГ, состоящей из цикличности: произвольная продуктивная работа не превышает 5–15 минут, по истечении которых дети теряют контроль над умственной активностью и далее, в течение 3–7 минут накапливают энергию и силы для следующего рабочего цикла.

В периоды релаксации «внешняя» деятельность ребенка не прерывается, но совершается автоматически и не осознается. В это время ребенок не воспринимает то, что ему говорят, хотя кажется внимательно слушающим. Если в состоянии “релаксации” ребенок продолжает писать (как это обычно и происходит на уроках русского языка), то результат его работы квалифицируется как дисграфия, т. к. прочесть написанное оказывается невозможно.

От детей с классической дисграфией дети с СДВГ отличаются тем, что в их работах периодически встречаются грамотно написанные куски текста. Кроме того, в начале работы ошибок они делают значительно меньше, чем в конце.

Память у детей с СДВГ может быть в норме, но из-за исключительной неустойчивости внимания наблюдаются «пробелы» в хорошо усвоенном материале (Ясюкова Л.А., 2000).

Расстройства кратковременной памяти могут обнаруживаться в уменьшении объема запоминания, повышенной тормозимости посторонними раздражителями, замедленном запоминании. При этом усиление мотивации или организация материала дает компенсаторный эффект, что свидетельствует о сохранности корковой функции в отношении памяти (Трошин В.Д., Халецкая О.В., 1995)

Такой ребенок все время торопится, суетится; приступает к занятиям, не дослушав инструкции, а затем много раз переспрашивает, делает ошибки и не успевает за учителем. Ему трудно самоорганизоваться, поэтому на занятиях он требует много внимания со стороны взрослых. Замечания и выговоры в этих случаях не помогают. Ребенок часто и сам не рад, но справиться, «убежать» от самого себя он не может. Окриками и наказаниями учитель только усугубляет ситуацию: ребенок теряется еще больше. Теперь он не только не может, но и не хочет контролировать свое поведение.

Гиперактивному ребенку больше всех грозит непонимание со стороны окружающих. Его постоянно укоряют, стыдят, одергивают и наказывают. В конце концов ребенка убеждают, что он ни на что не способен. В результате он ожесточается. У него развивается отрицательная, а часто агрессивная реакция на окружающих, он становится неуправляемым, «трудным» ребенком (М. Пассолт, 2004).

Чрезвычайно важными для понимания природы гиперактивного поведения и для коррекции его проявлений являются нарушения эмоциональной сферы. Прежде всего, это чрезмерная возбудимость и импульсивность, обусловленные дефицитом сдерживающего контроля и саморегуляции поведения. Для детей с СДВГ также характерна неуравновешенность, вспыльчивость и заниженная самооценка. И.П. Брызгунов и Е.В. Касатикова (2002) отмечают «всплеск» симптомов заболевания в 14-летнем возрасте, что совпадает с периодом полового созревания.

Свойственные им колебания настроения, взбалмошность, безудержная болтливость, навязчивость в общении и в то же время обидчивость, склонность к агрессии, эгоистичность настраивает против них одноклассников.

Несмотря на то, что эти дети производят впечатление уверенных в себе, часто стремятся руководить другими детьми, уровень тревожности у них достоверно выше, чем у сверстников.

В более старшем возрасте на первое место выходит импульсивность, иногда сочетающаяся с агрессивностью. Гиперактивность и импульсивность, по сравнению с невнимательностью, являются более стабильными компонентами заболевания и реже проходят в подростковом возрасте.

Необходимо отметить, что подростки, страдающие СДВГ, входят в группу риска по развитию аддиктивных расстройств: алкоголизма и наркоманий (Брызгунов И.П., Касатикова Е.В., Кучма В.Р.).

Гиперактивные дети своим поведением с самого раннего детства бросают вызов окружающему миру. Они не похожи на других детей и поэтому часто чувствуют себя отверженными, отделенными от коллектива. Психологическое обследование выявляет у большинства из них повышенную тревожность, беспокойство, внутреннюю напряженность,

переживание чувства страха. Такие дети больше, чем другие подвержены депрессивному настроению, легко расстраиваются из-за неудач (Немкова С.А., Сатары В.В., 2005; Пассольт М., 2004).

Для понимания СДВГ важно знать возрастную динамику и прогноз этого заболевания.

Анализ возрастной динамики показал, что признаки расстройства наиболее выражены в дошкольном и младшем школьном возрасте.

Это обусловлено динамикой развития высшей нервной деятельности. 5,5–7 и 9–10 лет – критические периоды для формирования систем мозга, отвечающих за мыслительную деятельность, внимание, память.

В 6–7 лет дети с синдромом не готовы к обучению в школе в связи с замедлением темпов функционального созревания коры и подкорковых структур. Систематические школьные нагрузки могут привести к срыву компенсаторных механизмов центральной нервной системы и развитию дезадаптивного школьного синдрома, усугубляемого учебными трудностями. Поэтому вопрос о готовности к школе для гиперактивных детей должен решаться в каждом конкретном случае психологом и наблюдающим ребенка врачом.

Всплеск симптомов заболевания в 12–15 лет совпадает с периодом полового созревания. Гормональный бум отражается на особенностях поведения и отношении к учебе. Трудный подросток (к этой категории относится большинство детей с СДВГ) может решиться на расставание со школой.

К концу периода полового созревания гиперактивность и эмоциональная импульсивность практически исчезают или маскируются другими личностными чертами, повышается самоконтроль и регуляция поведения, дефицит внимания сохраняется. Нарушение внимания – основной признак заболевания, поэтому именно он определяет дальнейшую динамику и прогноз заболевания (Брызгунов И.П., Касатикова Е.В., 2002).

Прогноз заболевания зависит от выраженности симптомов, своевременной постановки диагноза и проведения соответствующего лечения. При условии раннего терапевтического воздействия прогноз для этих детей благоприятный. Однако они нуждаются в постоянном наблюдении вплоть до окончания школы.

Специалисты отмечают вариабельность течения синдрома: нарушения могут продолжаться во время подросткового периода и во взрослой жизни. Пик проявления двигательной расторможенности приходится на 6–7 лет, с обратным развитием к 14–15 годам, импульсивность снижается к окончанию школы, дефицит внимания, как правило, остается в той или иной степени в течение всей жизни. Ремиссии обычно не наблюдается в возрасте моложе 12 лет (Брызгунов И.П., Касатикова Е.В., 2002).

Некоторые исследователи отмечают, что от 25 до 50% гиперактивных детей «перерастают» этот синдром. Однако у 6–8% больных, по данным О.В. Халецкой и В.М. Трошина, симптомы расстройства приводят к задержке психического развития, а в более старшем возрасте способствуют возникновению серьезных психопатологических расстройств и асоциальных состояний.

У остальных симптомы различной степени тяжести продолжают оставаться и приводят к проблемам в повседневной жизни. Такие люди неорганизованны и плохо контролируют свою деятельность.

В подростковом возрасте у гиперактивных детей рано развивается тяга к алкоголю, наркотическим веществам. Для них в большей степени, чем для здоровых сверстников, характерна склонность к правонарушениям.

В связи с этим данная патология представляет также серьезную социальную проблему. Своевременная диагностика и лечение этого синдрома за рубежом служат превентивной мерой для снижения детской и подростковой преступности (Пассольт М., 2004).

Исследователи отмечают у взрослых с этим заболеванием повышенное число несчастных случаев, разводов, арестов и пребывания в тюрьме. Такие люди постоянно меняют место работы, нигде долго не задерживаясь, конфликтуют с начальством и другими служащими. Зарабатывают на жизнь, как правило, временным и неквалифицированным трудом.

Так симптомы детского расстройства становятся причиной неудач в личной жизни и профессиональной карьере (Политика О.И., 2005).

Для профилактики подростковой преступности, алкоголизма, наркомании и в целом для обеспечения нормальной и полноценной жизни детям с СДВГ необходимо уметь своевременно выявить (до поступления ребенка в школу) и правильно диагностировать это состояние (Дробинская А.Ю., 1996).

Первым шагом в установлении диагноза СДВГ является определение, отвечает ли пациент диагностическим критериям, которые определены в DSM-IV. Так как большинство отклонений в поведении детей с СДВГ проявляются в школе и дома, родители и учителя играют важную роль в обеспечении информацией для установления диагноза.

Диагностика СДВГ осуществляется на основе «Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям» DSM-IV (1994).

Среди критериев СНВГ выделяются особенности поведения, которые появляются до 8 лет. Они обнаруживаются по меньшей мере в двух сферах деятельности (в детском учреждении и дома, в труде и в играх). Данные проблемы считаются не обусловленными психическими, тревожными, аффективными, диссоциативными расстройствами или психопатиями. Вызывают значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию.

Одной из главных характеристик СДВГ является невнимательность. Она определяется следующими особенностями поведения: неспособность выполнить задание без ошибок, вызванная невозможностью сосредоточиться на деталях; неспособность вслушиваться в обращенную речь; неспособность доводить выполняемую работу до конца; неспособность организовать свою деятельность; избегание нелюбимой работы, требующей усидчивости; потери предметов, необходимых для выполнения заданий (письменные принадлежности, книги и т. д.); забывчивость в повседневной деятельности; отвлекаемость на посторонние стимулы. Из вышеперечисленных признаков минимум 6 должны проявляться непрерывно не менее 6 месяцев.

Важными характеристиками СНВГ являются также гиперактивность и импульсивность. Они определяются по таким особенностям: ребенок суетлив, не может сидеть спокойно; вскакивает с места без разрешения; бесцельно бегает, ерзает, карабкается и пр. в неподходящих для этого ситуациях; не может играть в тихие игры, отдыхать; выкрикивает ответ, не дослушав вопрос; не может дождаться своей очереди. Из вышеперечисленных признаков минимум 4 должны проявляться не менее 6 месяцев (Чутко Л.С., 2007, с. 32–33).

Постановка диагноза во время *медицинского обследования* включает несколько моментов. Во-первых, врач подробно беседует с матерью ребенка. Его интересует информация о том, как протекали беременность, роды, были ли нарушения, как в дальнейшем развивался ребенок. Также очень важны сведения о развитии речи, особенностях темперамента, активности в течение дня, характере сна, поведенческих проблемах, взаимоотношениях с друзьями. Обращается внимание на наличие соматических нарушений, в частности извращенного аппетита, энкопреза, энуреза. Не менее важна информация о психосоциальном окружении ребенка в семье: о состоянии взаимоотношений между родителями и другими членами семьи, об их отношении к ребенку, наличии вредных привычек (алкоголизм, наркомания) у членов семьи, психических заболеваний. Необходимо иметь сведения о материальном положении семьи.

Психолог старается дополнить информацию об особенностях поведения и развития ребенка, полученную врачом. Кроме того в ходе *психологического обследования* проводится оценка уровня развития когнитивных функций (внимания, памяти, мышления), а также эмоциональных особенностей и двигательной сферы. Обращается внимание на личностные особенности ребенка, наличие акцентуаций характера. Оценивается степень развития школьных навыков и социальные условия жизни (А.Д. Кошелева, Л.С. Алексеева, 1997; О.И. Политика, 2005).