Тема:

**Работа социального педагога с гиперактивными детьми**

Гиперактивность выступает одним из проявлений целого комплекса нарушений, где основной дефект связан с недостаточностью механизмов внимания и тормозящего контроля. Поэтому подобные нарушения более точно классифицируются как синдромы дефицита внимания.

Так в последнее время гиперподвижные дети стали актуальной проблемой для родителей и педагогов. Да и со стороны ученых интерес к данной проблеме не убывает, поскольку если 8-10 лет назад таких детей в классе было по одному - два, то сейчас - до пяти человек и более. И.П. Брязгунов отмечает, что если в конце 50-х годов публикаций на эту тему было порядка 30, то в 1990 году их число возросло до 7000.

В США, Франции, Италии, Бельгии и других странах проблема гиперактивности и дефицита внимания приобрела общенациональный статус.

Это социальная проблема, так как детей с минимальной мозговой дисфункцией становится все больше. Во Франции гиперактивных детей насчитывается уже 200 тысяч, в США - 1,5 миллиона. По подробнее остановимся на общей картине России в свете данной проблемы, и так 9 декабря 2008 в Институте современного развития состоялся круглый стол: «Новые методики в лечении гиперактивности: перспективы немедикаментозной терапии». Мероприятие было организовано благотворительным фондом «Кто, если не Я?», реализующем программу помощи гиперактивным детям. В обсуждении приняли участие психологи, педагоги, медики и эксперты, работающие по программам реабилитации детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).

Целью мероприятия было обсудить существующие российские новаторские методики лечения СДВГ и разработка общей стратегии тиражирования успешных программ. Были презентованы методики в лечении гиперактивности и успехи, достигнутые немедикаментозной терапией.

Участники обсуждения отмечали, что проблема гиперактивности детей в России находится лишь на стадии обсуждения вопроса, которые в мировой практике уже давно решается на уровне государственных органов и если не инициировать внедрение успешных программ – то ситуация в этой сфере будет безнадежно упущена в отношении нескольких поколений.

В настоящее время диагноз СДВГ официально поставлен 7% детского населения страны, а по Москве составляет 12% с яркой выраженной симптоматикой диагноз СДВГ, заявила ведущий специалист Министерства социального развития и здравоохранения Нина Сухотина. Эти дети имеют психосоциальной расстройства, которые ведут к социальной деформации личности. Проблеме необходимо уделять больше внимания со стороны государственных органов, педагогов, медиков, социальных работников школьных учреждений. Она также отметила, что в настоящее время нет четкой государственной программы, направленной на решение этой проблемы и все более становится актуальным объединение зарекомендовавших себя методик, разработанных ведущими российскими специалистами.

Участники мероприятия отмечали, что повсеместно существующая зарубежная практика медикаментозной коррекции СДВГ не может быть приемлема как единственная эффективная метода. Проблема изучена теоретически, но в нашей стране существует практическая составляющая: невозможность помощи на местах – в школах и в районных областных медицинских учреждениях, а также непонимание проблемы со стороны родителей. Одна из основных проблем это упущение фактора времени, ведь коррекции подаются лишь дети дошкольного и младшего школьного возраста, и несвоевременная помощь специалистов приводит к переходу более 50% симптоматики заболевания во взрослую жизнь. Если в одном классе находятся 2 ребенка с диагнозом СДВГ, это неминуемо приводит к дезорганизации всего учебного процесса класса, поэтому необходимо обучение педагогического состава школ в организации урока и рабочего пространства для таких детей СДВГ. Ведь именно для подростков так важно иметь психологическое понимание проблемы и это единственный стержень для контроля его социального поведения.

Так, представляя свою программу, Юрий Белехов врач-психотерапевт, директор реабилитационного центра детей с СДВГ в Зеленограде заявил, что именно комплексный подход и разработанные новаторские немедикаментозные методики позволили достигнуть высоких результатов по реабилитации детей. Общество выдвигает к ребенку требования выполнения норм социального поведения. А по причине особенности его развития эти нормы выполнить он не готов. Также он отметил, что одной из составляющих комплексной программы является обучение родителей и педагогов и в рамках Зеленограда эта программа выполняется успешно.

Итогом мероприятия стала резолюция экспертного сообщества о поддержке инициативы Благотворительного фонда «Кто, если не Я?» о создании единого Центра помощи детям с диагнозом СДВГ и их родителям, где бы объединились не только медикаментозная, но и нейропсихологическая, психологическая, и педагогическая помощь проблемным детям.

Благотворительный фонд «Кто, если не Я?» реализует программу «Гиперактивный ребенок» - выявление и помощь детям с диагнозом «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)». В рамках данной программы организован в Москве и оснащен современным оборудованием психолого-медико-социальный центр «Строгино». Оборудование для центра приобретено в 2008 году за счет частных пожертвований. Работа по программе: Диагностика детей-сирот для уточнения классификации отклонения с индивидуальным подбором коррекционных мероприятий. Обучение педагогов, педагогов-психологов, социальных педагогов современным методам диагностики и коррекции в работе с детьми-сиротами. Оснащение кабинетов психологов в детских домах современным оборудованием для проведения коррекционных и диагностических мероприятий. Создание условий для научных разработок новых методов коррекции и диагностики детей сирот с психоневрологическими отклонениями. Просветительская деятельность в средствах массовой информации по вопросам адаптации и защиты интересов детей-сирот с психоневрологическими отклонениями.

Дефицит внимания, двигательного контроля и саморегуляции препятствует процессу социализации детей с диагнозом СДВГ, приводит к учебным трудностям и нарушениям поведения.

50% учеников первых классов к концу года испытывают признаки школьной дезадаптации. Имея достаточно высокие интеллектуальные способности, дети с легкой церебральной патологией не в состоянии реализовать свой потенциал из-за имеющихся проблем со здоровьем.

Образовательная система пока не может предложить новых педагогических технологий для успешного обучения этих детей.

Родители, детям которых поставлен диагноз «дефицит внимания и гиперактивность», часто оказываются в беспомощном положении, так как ни медицинские, ни образовательные учреждения не могут оказать им реальную помощь.

Не имея успехов в учебе, получая только негативные оценки и в целом испытывая много неудач в жизни, эти ребята начинают чувствовать себя никчемными и неисправимыми. За плохим поведением учителя не видят их талантов. Поэтому они часто находят признание и реализуют себя в асоциальной среде.

Гиперактивный ребенок постоянно активен, импульсивен, его движения могут быть хаотичными. Он постоянно ерзает на стуле, много говорит, часто не доводит начатое дело до конца, забывает о поручениях, ненавидит скучные и долгие задания и не в состоянии их выполнить. Ему трудно быть последовательным и долго удерживать внимание на чем-либо одном. Он перебивает собеседников в разговоре, отвечает, не дослушав. Ребенок постоянно находится в действии, не способен контролировать свое поведение. Если этот портрет вам знаком, значит, вы имеете дело с гиперактивным ребенком и вам известны все трудности, с которыми сталкиваются родители гиперактивных детей.

Но сам ребенок едва ли не больше страдает от своих особенностей. Ведь в основе синдрома гиперактивности, как правило, лежит минимальная мозговая дисфункция. Поэтому нельзя относиться к таким детям, как к непослушным, капризным или упрямым. Они просто не могут контролировать некоторые свои проявления.

**Синдром дефицита внимания** – это неврологическое, поведенческо - возрастное расстройство, которое расстраивает механизмы, несущие ответственность за диапазон внимания, умение сконцентрироваться, контроль над побуждениями.

Расстройство определяется как возрастное, поскольку обнаруживается в раннем детском возрасте (до семи лет) и характеризуется изменениями в течение жизни, от раннего детского возраста до зрелости. Так анализ возрастной динамики показал, что признаки расстройства наиболее выражены в дошкольном и младшем школьном возрастах: наибольший процент детей с синдромом отмечается в 5—10 лет, что отличается от возраста 11—12 лет. Таким образом, пик проявления синдрома приходится на период подготовки к школе и начало обучения.

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. К 7 годам, как пишет Д.А. Фарбер, происходит смена стадий интеллектуального развития, формируются условия для становления абстрактного мышления и произвольной регуляции деятельности.

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 развития дезадаптационного 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 гиперактивности в 12-15 лет в группе риска, а в группе с синдромом в 14 лет совпадает с периодом полового созревания. Гормональный «бум» отражается на особенностях поведения и отношении к учебе. «Трудный» подросток (а именно к этой категории относится большинство детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью) 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 синдром дефицита внимания с гиперактивностью).

Среди мальчиков 7—12 лет признаки синдрома диагностируются в 2—3 раза чаще, чем среди девочек. Среди подростков это соотношение составляет 1:1, а среди 20—25-летних — 1:2 с преобладанием девушек.

Преобладание мальчиков — это не только следствие субъективного мнения респондентов, отвечающих на вопросы анкеты. Хотя учителя чаще всего именно в мальчиках видят нарушителей порядка. Высокая частота симптомов заболевания у мальчиков может быть обусловлена влиянием наследственных факторов, а также более высокой уязвимостью плода мужского пола к патогенетическим воздействиям во время беременности и родов. У девочек большие полушария головного мозга менее специализированны, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных функций по сравнению с мальчиками при поражении центральной нервной системы, согласно точке зрения Корнева А.Н.

Кроме того, отмечаются половые различия в структуре и динамике поведенческих нарушений. У мальчиков симптомы гиперактивности и другие нарушения поведения появляются с 3—4 лет, что заставляет родителей обращаться к врачу ещё до поступления ребёнка в школу.

Среди девочек гиперактивность встречается реже, заболевание у них чаще проявляется в виде нарушений внимания. У девочек поведенческие отклонения проявляются более скрыто.

Главные проявления синдрома дефицита внимания - нарушения внимания (дефицит внимания), признаки импульсивности и гиперактивности. Если симптомы гиперактивности, как правило, уменьшаются сами по себе по мере взросления ребенка, то нарушения внимания служат благоприятной почвой для неврозов, социальной дезадаптации.

К нарушениям внимания относятся, в частности, нелегкость его удержания (несобранность), уменьшение избирательности внимания, выраженная отвлекаемость с неусидчивостью, частые переключения с одного дела на другое, забывчивость.

Синдром дефицита внимания впервые был описан в 1902 году, а первый отчет о медикаментозной терапии психостимулирующими препаратами появился в 1937 году. Первоначально, из-за ярко выраженных неврологических признаков, нарушение получило название минимальное мозговое повреждение. В дальнейшем в понятие «минимальное мозговое повреждение» были включены и нарушения обучения (трудности и специфические нарушения в обучении навыкам письма, чтения, счета; нарушения перцепции и речи). Впоследствии статическая модель минимального мозгового повреждения уступила место более динамичной и более гибкой модели минимальной мозговой дисфункции.

С 1980 года название синдрома базируется на международной психиатрической классификации. Выделяют три типа синдрома дефицита внимания: 1) смешанный тип (гиперактивность в сочетании с нарушениями внимания, это самая распространенная форма синдрома дефицита внимания); 2) невнимательный тип (превалируют нарушения внимания, этот тип наиболее сложный для диагностики); 3)гиперактивный тип (доминирует гиперактивность, это наиболее редкая форма синдрома дефицита внимания).

Для гиперактивных детей также характерна болтовня, указывающая на недостаток развития внутренней речи, которая должна контролировать социальное поведение. Вместе с тем гиперактивные дети часто обладают неординарными способностями в разных областях, смышлены и проявляют активный интерес к окружающему.

В 2002 году 85 ученых из США, Австралии, Канады, Израиля, Нидерландов, Норвегии и Великобритании опубликовали международное заявление по СДВГ. В нем говорится, что «международный консорциум ученых глубоко обеспокоен периодически появляющимися в средствах массовой информации материалами, которые содержат неверные сведения о синдроме дефицита внимания и гиперактивности. Это расстройство, с которым все мы хорошо знакомы и которому многие из нас посвятили свои научные исследования, а то и всю карьеру. Мы боимся, что истории в средствах массовой информации, ошибочно изображающие СДВГ как миф, надувательство или несерьезное состояние, могут заставить тысячи страдающих этим расстройством отказаться от его лечения. Кроме того, все это внушает обществу представление, будто СДВГ - проблема надуманная, не существующая вообще или незначительная».

Ученые считают, что это заболевание, имеющее социальное значение как предвестник развития алкоголизма, наркомании и правонарушений, следует изображать в СМИ как можно более реалистично и в точности так, как его описывает наука. Это подтвержденное научными исследованиями расстройство, которое описывает разнообразное и существенное негативное влияние на тех, кто им страдает.

В апреле 2006 года в Москве состоялся 1-й Международный форум "Охрана здоровья детей в России" с темой конференции "Синдром дефицита внимания и гиперактивности". В конференции участвовали ведущие ученые, много лет занимающиеся проблемой гиперактивности, в частности, Рассел Баркли - известный американский психиатр. Рассматривались следующие вопросы: СДВГ как причина антисоциального поведения, социальная и медико-психологическая помощь детям с синдромом и их семьям, СДВГ у взрослых, правовая защита детей и взрослых, страдающих СДВГ, учебные трудности детей с СДВГ, способы лечения и коррекции, обзор фармакологических методов лечения СДВГ за рубежом, медикаментозное лечение СДВГ в России.

В работе с гиперактивными детьми большое значение имеет знание причин наблюдаемых нарушений поведения. В настоящее время этиология и патогенез синдрома дефицита внимания выяснены недостаточно. Но большинство специалистов склоняются к признанию взаимодействия многих факторов, в числе которых называются органические поражения мозга (черепно-мозговая травма, нейроинфекция), перинатальная патология (осложнения во время беременности матери, асфиксия новорожденного), генетический фактор (ряд данных свидетельствует о том, что синдром дефицита внимания может носить семейный характер), особенности нейрофизиологии и нейроанатомии (дисфункция активирующих систем центральной нервной системы), пищевые факторы (высокое содержание углеводов в пище), приводит к ухудшению показателей внимания, социальные факторы (последовательность и систематичность воспитательных воздействий).

В основе гиперактивности, как правило, лежит минимальная мозговая дисфункция (ММД), которая и является причиной возникновения школьных проблем примерно половины неуспевающих учащихся.

Все же основными причинами возникновения гиперактивности у детей, прежде всего, являются патология беременности, родов, инфекции и интоксикации первых лет жизни малыша, генетическая обусловленность. В 85% случаев возникновения гиперактивности диагностируется патология беременности или родов.

«Мозг наиболее чувствителен к различным неблагоприятным факторам в критические периоды своего развития, когда формируются наиболее важные «функциональные ансамбли», наблюдается интенсивная дифференциация нервной системы. Неблагоприятные воздействия на плод в период от 3 до 10 недель развития могут быть причинами формирования грубых пороков развития нервной системы. В том случае, если нарушения возникают на более поздних этапах развития, выраженность дефекта может варьироваться в разной степени: от грубого нарушения функции или ее полного отсутствия до легкой задержки темпа развития». - Утверждает В.М. Астапов в книге «Введение в дефектологию с основами нейро – и патопсихологии». В.М. Астапов пишет, что отклонения возникают в процессе внутриутробного, послеродового развития или в результате действия наследственных факторов. В зависимости от причин возникновения аномалий и нарушения развития их подразделяют на врожденные и приобретенные. К первой группе относятся патогенные факторы, вызывающие заболевания матери в период беременности: токсикозы, интоксикация, нарушения обмена веществ, имунно-патологические состояния и многообразная акушерская патология. Определенную роль играют химические вещества, радиоактивное излучение. Возможны различные эмбриональные мозговые поражения вследствие резус-несовместимости крови матери и плода. Ко второй группе врожденных нарушений относятся наследственные генетические поражения, вызывают врожденные аномалии алкоголизм и наркомания родителей.

Приобретенные нарушения включают разнообразные отклонения в развитии, вызванные природными и послеродовыми поражениями организма ребенка. Послеродовыми приобретенными аномалиями развития в основном являются последствиями перенесенных в раннем детстве заболеваний, черепно-мозговых травм. Знание причин детских аномалий и нарушений развития позволяет не только получить дополнительные данные о психическом состоянии ребенка, но и выявить скрытые от простого наблюдения признаки психических нарушении.

А.Д. Столяренко в книге «Детская психодиагностика и профориентация» в разделе «Гиперактивность» утверждает, что в основе гипердинамического синдрома лежат микроорганические поражения головного мозга, возникающие в результате осложнений беременности и родов, истощающие соматические заболевания раннего возраста (тяжелый диатез, диспепсия), физические, психические травмы. Хотя этот синдром называют гипердинамическим, т.е. синдромом повышенной двигательной активности, основным дефектом в его структуре является дефект внимания. В настоящее время этиология и патогенез синдромов дефицита внимания выяснены недостаточно. Но большинство специалистов склоняются к признанию взаимодействия многих факторов в числе которых:

* 1. органическое поражение мозга (черепно-мозговая травма, нейроинфекция и пр.);
  2. перинатальная патология (осложнения во время беременности матери, асфиксия новорожденного);
  3. генетический фактор (ряд данных свидетельствует о том, что синдром дефицита внимания может носить семейный характер);
  4. особенности нейрофизиологии и нейроанатомии (дисфункция активирующих систем ЦНС);
  5. пищевые факторы (высокое содержание углеводов в пище приводят к ухудшению показателей внимания);
  6. социальные факторы (последовательность и систематичность воспитательных воздействий и пр.).

Исходя из этого, работа с гиперактивными детьми должна проводиться комплексно, с участием специалистов разных профилей и обязательным привлечением родителей, воспитателей, учителей, психологов и социальных педагогов.

В оказании социально-педагогической помощи гиперактивным детям решающее значение имеет работа с их родителями, воспитателями, учителями. Взрослые должны понять, что поступки ребенка не являются умышленными и только с их помощью и поддержкой он сможет справиться с существующими трудностями.

Первые проявления гиперактивности можно наблюдать в возрасте до 7 лет. Пики проявления данного синдрома совпадают с пиками психоречевого развития. В 1-2 года, 3 года и 6-7 лет. В 1-2 года закладываются навыки речи, в 3 года у ребенка увеличивается словарный запас, в 6-7 лет формируются навыки чтения и письма. Проявления синдрома гиперактивности могут беспокоить родителей с первых дней жизни ребенка: дети часто имеют повышенный мышечный тонус, чрезмерно чувствительны ко всем раздражителям (свету, шуму), плохо спят, во время бодрствования подвижны и возбуждены. В 3-4 года отчетливой становится неспособность ребенка сосредоточенно заниматься чем-либо, он не может спокойно слушать сказку, не способен играть в игры, требующие концентрации внимания, его деятельность носит преимущественно хаотический характер. Особенно ярко нарушения поведения ребенка видны в ситуациях, требующих организованного поведения: например, на занятиях и утренниках в детском саду.

Большинство исследователей отмечают три основных блока проявления гиперактивности: дефицит внимания, импульсивность, повышенная возбудимость. Р. Кэмпбелл к проявлениям гиперактивности также относит расстройство восприятия. Он считает, что повышенная активность способствует проявлению трудностей в учебе и трудностей принятия любви окружающих, а проблемы восприятия проявляются в неадекватном восприятии окружающей среды (букв, слов и т.д.) и родительской любви.

Н.Н. Заваденко отмечает, что многие дети с диагнозом «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» имеют нарушения в развитии речи и трудности в формировании навыков чтения, письма и счета, 66% - обнаруживали признаки дислексии и дисграфии, 61% - признаки дискалькулии.

Гипердинамичный ребенок импульсивен, и никто не рискует предсказать, что он сделает в следующий миг. Не знает этого он сам. Действует он, не задумываясь о последствиях, хотя плохого не замышляет, и сам искренне огорчается из-за происшествия, виновником которого становится. Он легко переносит наказания, не помнит обиды, не держит зла, поминутно ссорится со сверстниками и тут же мирится. Это самый шумный ребенок в коллективе.

Самая большая проблема гипердинамичного ребенка – его отвлекаемость. Заинтересовавшись чем-то, он забывает о предыдущем и ни одно дело не доводит до конца. Он любопытен, но не любознателен, ибо любознательность предполагает некоторое постоянство интереса.

В работе с гиперактивными детьми можно выделить следующие направления: психолого-педагогическая диагностика гиперактивности, социально-педагогическая деятельность по компенсации гиперактивности детей в образовательном учреждении (занятия, направленные на коррекцию двигательной активности, специально подобранные игры), системная консультативная помощь родителям по работе с гиперактивными детьми (программа модификации поведения), мероприятия обучающего значения для педагогов по работе с гиперактивными детьми.

Психолого-педагогическая диагностика гиперактивности включает три этапа. Первый этап - субъективный. Исходя из общеустановленных диагностических критериев, дается оценка поведения ребенка. Кроме того, врач подробно расспрашивает родителей об особенностях течения беременности и родов, перенесенных ребенком недомоганиях, его поведении. Собирается детальный семейный анамнез.

Для выявления гиперактивных детей также можно использовать методики на определение объема внимания (Р.С. Немов), распределение, продуктивность, устойчивость и переключение внимания (кольца Ландольта), определение объема кратковременной слуховой памяти (Р.С. Немов), определение объема кратковременной зрительной памяти (Р.С. Немов), определение словесно-логического мышления (Р.С. Немов), определение образно-логического мышления (Р.С. Немов), определение наглядно-действенного мышления. Нельзя исключать и наблюдение как метод исследования, которое поможет получить значительно больше информации об исследуемых детях. Ведь в играх, во взаимоотношениях с окружающими, в ходе выполнения заданий у детей как раз и проявляются те качества, которые позволяют отнести их к группе детей с синдромом дефицита внимания.

Второй этап психолого-педагогической диагностики гиперактивности – объективный или психологический. По количеству погрешностей, сделанных ребенком при выполнении специальных тестов, и по времени, которое он на это затратил, измеряют параметры внимательности малыша. Такие исследования можно проводить у детей начиная с пяти или шестилетнего возраста.

На третьем этапе проводят электроэнцефалографическое исследование. С помощью электродов, накладывающихся на голову, фиксируют электрические потенциалы мозга и выявляют соответствующие трансформации. Делается это для объективной оценки состояния мозга ребенка. Существуют и более современные исследования с использованием магнитно-резонансной томографии. Эти исследования безопасны и безболезненны. По совокупности полученных результатов ставится диагноз.

Первые симптомы синдрома дефицита внимания обнаруживаются в возрасте до семи лет. Симптомы, появляющиеся в более позднем возрасте, обычно являются результатом воздействий других факторов, например кризиса переходного возраста, расстройств социального или эмоционального характера.

Проявления расстройства существуют, по меньшей мере, в двух общественных ситуациях (в образовательном учреждении, дома, во время невропсихологического обследования). Расстройство обнаруживается хотя бы один раз в течение полугода и приводит к существенным нарушениям в выполнении академических, общественных и трудовых функций.

Специалисты утверждают, что некоторые дети с диагнозом “синдром гиперактивности” обладают достаточно высокими компенсаторными возможностями. Однако для включения компенсаторных механизмов необходимо наличие определенных условий. Прежде всего ребенок должен развиваться в благоприятной обстановке без интеллектуальных перегрузок, с соблюдением соответствующего режима, в ровной эмоциональной атмосфере.

Поведение гиперактивных детей может быть по виду похожим на поведение детей с повышенной тревожностью, поэтому важно знать первостепенные отличия поведения одной категории детей от другой. Гиперактивный ребенок отличается от тревожного тем, что его поведение стабильно импульсивное. Он стабильно активен, характер движений лихорадочный и беспорядочный. Тревожный же ребенок способен контролировать свое поведение, активен лишь в отдельных ситуациях. Поведение тревожного ребенка социально не разрушительно, а гиперактивный часто является источником всевозможных конфликтов, драк и просто недоразумений.

Чтобы обнаружить гиперактивного ребенка, необходимо долговременно наблюдать за ним, проводить беседы с родителями и воспитателями. Очень важно начать работу с таким ребенком до поступления в школу.

Генеральные проявления гиперактивности можно разделить на три блока: дефицит активного внимания, двигательная расторможенность и импульсивность. Учитывая особенности психомоторного развития детей с синдромом дефицита внимания, необходима комплексная, системная коррекция, в которой когнитивные и двигательные методы должны применяться в некотором иерархизированном комплексе с учетом их взаимодополняющего влияния.

Воздействие на сенсорно-моторный уровень с учетом общих закономерностей онтогенеза активизирует развитие всех высших психических функций. Двигательные методы не только создают некоторый потенциал для будущей работы, но восстанавливают и организуют взаимодействия между различными уровнями и аспектами психической деятельности.

Актуализация и закрепление любых телесных навыков предполагает востребованность извне так их психических функций, как, например, эмоции, восприятие, память, процессы саморегуляции. Создается базовая предпосылка для полноценного участия этих процессов в овладении чтением, письмом, математическими знаниями. Последующее включение когнитивной коррекции, также содержащей большое число телесно-ориентированных методов, должно происходить с учетом динамики индивидуальной или групповой работы.

«Специальные обследования показывают, что в течение последних лет около 15-20% детей, поступающих в школу, имеют различные нарушения нервно-психического здоровья» - пишут М.М. Безруких и С.П. Ефимова в книге «Знаете ли вы своего ученика?». Нарушения нервно-психического здоровья авторы относят к категории так называемых «пограничных расстройств», т.е. находящихся на грани нормы и болезни. Их настолько трудно распознать в дошкольный период, тем не менее при малейшем «толчке», которым и является начало систематического обучения в школе и весь комплекс школьных нагрузок, они принимают выраженный характер, и учитель сталкивается с этим раньше всех.

Несмотря на то, что этой проблемой занимаются многие специалисты (педагоги, дефектологи, логопеды, психологи, психиатры), в настоящее время среди родителей и педагогов все еще бытует мнение, что гиперактивность – это всего лишь поведенческая проблема, а иногда и просто «распущенность» ребенка или результат неумелого воспитания. Причем чуть ли не каждого ребенка, проявляющего в классе излишнюю подвижность и неусидчивость, взрослые причисляют к разряду гиперактивных детей. Такая поспешность в выводах далеко не всегда оправданна, так как синдром гиперактивности – это медицинский диагноз, право, на постановку которого имеет только специалист. При этом диагноз ставится только после проведения специальной диагностики, а никак не на основании фиксации излишней двигательной активности ребенка.

Американские психологи П. Бейкер и М. Алворд предложили свою схему выявления гиперактивности у ребенка.

**Выявление двигательной активности:**

1. ребенок постоянно ерзает, все время в движении, даже если устал;
2. он проявляет признаки внутреннего беспокойства, барабанит пальцами, стучит ногами, двигается в кресле, бегает;
3. все время отбегает, старается куда-нибудь залезть, забраться;
4. спит намного меньше, чем другие дети;
5. очень говорлив.

**Выявление дефицита внимания:**

1. ребенок не слушает, когда к нему обращаются (смотрит поверх головы блуждающим взглядом, без фокусировки слушания);
2. с энтузиазмом берется за задание, но не заканчивает его;
3. испытывает трудности в организации;
4. трудно удерживает внимание, непоследователен в действиях и размышлениях;
5. легко отвлекается на посторонние стимулы;
6. часто теряет вещи и забывает их;
7. избегает скучных или требующих умственных усилий заданий.

**Выявление импульсивности:**

1. ребенок не способен дождаться своей очереди, часто вмешивается в разговоры, перебивает собеседника;
2. часто начинает отвечать, недослушав вопроса;
3. плохо сосредоточивает внимание на каком-либо деле;
4. не может дождаться вознаграждения, если между действием и вознаграждением есть пауза;
5. поведение слабо управляется правилами, ребенок не может регулировать и контролировать свои действия;
6. при выполнении заданий неодинаково ведет себя, то спокоен, то импульсивен;
7. успеваемость по разным предметам часто неравномерна, при этом его интеллектуальное развитие может быть высоким.

Если у ребенка постоянно наблюдается более шести признаков из предложенной схемы, то можно говорить о предположительном диагнозе. До этого времени непоседливость, быстрота реагирования, невозможность долго заниматься одним делом могут быть особенностями возраста ребенка или его характера.

Как отмечают многие авторы, группа детей с синдромом гиперактивности и дефицита внимания существенно неоднородна, что ставит проблему выбора терапевтических и коррекционных мероприятий и, кроме того, приводит к противоречивости результатов экспериментальных исследований. Лечение и воспитание гиперактивного ребенка должно проводиться комплексно, при участии многих специалистов: невролога, психолога, педагога и др. Но даже в этом случае помощь может оказаться неэффективным без привлечения родителей.

Врач, наблюдающий за ребенком, конечно же, в первую очередь проводит соответствующее лечение. Другая, не менее важная функция – разъяснение родителям причин возникновения гиперактивности и разработка индивидуальной программы помощи ребенку. Родители, как правило, более склонны доверять врачу, нежели педагогам и психологам. Поэтому желательно, чтобы именно медицинский специалист объяснил им, что поведенческие проблемы ребенка невозможно решить волевыми усилиями. Ребенок ведет себя, таким образом, не потому, что хочет досадить взрослым, не назло им, а потому, что у него имеются физиологические проблемы, справиться с которыми он не в состоянии.

Таким образом, врач проводит разъяснительную работу с родителями и по возможности – с педагогами. С этой целью врача-невролога можно пригласить на родительское собрание в школу или направить родителей на индивидуальную консультацию.

Психолог, совместно с педагогом и родителями, проводит психологическую коррекцию эмоциональной сферы и поведения ребенка. Он может заниматься с ребенком как индивидуально, так и в группе гиперактивных детей по специально разработанной программе. Кроме того, психолог ведет разъяснительную работу с педагогами, совместно с ними разрабатывает стратегию и тактику взаимодействия с каждым гиперактивным ребенком и составляет индивидуальную программу развития такого ребенка.

Главной задачей родителей является обеспечение общего эмоционально-нейтрального фона развития и обучения ребенка. Кроме того, родитель отслеживает эффективность проводимого лечения и сообщает о его результатах неврологу, психологу, педагогам.

Педагог, приняв к сведению рекомендации специалистов, осуществляет процесс обучения ребенка, учитывая его индивидуальные особенности развития и поведения, семейную обстановку. Только в случае подобного комплексного подхода происходит последовательное единодушное воспитание и обучение гиперактивного ребенка, что способствует реализации потенциала ребенка и снижению его эмоционального напряжения.

В работе с гиперактивными детьми надо использовать три основных направления: во-первых, по развитию дефицитарных функций (внимания, контроля поведения, двигательного контроля); во-вторых, по отработке конкретных навыков взаимодействия с взрослыми и сверстниками; в-третьих, при необходимости должна осуществляться работа с гневом.

Работа по этим направлениям может осуществляться параллельно или, в зависимости от конкретного случая, может быть выбрано одно приоритетное направление. Например, отработка навыков взаимодействия с окружающими. Рассмотрим кратко каждое направление.

При развитии дефицитарных функций необходимо руководствоваться следующими правилами. Коррекционную работу следует проводить поэтапно, начиная с развития одной отдельной функции. Это связано с тем, что гиперактивному ребенку трудно одновременно быть и внимательным, и спокойным, и неимпульсивным.

Когда в процессе занятий будут достигнуты устойчивые положительные результаты, можно переходить к тренировке одновременно двух функций, например, дефицита внимания и контроля поведения. И лишь затем можно использовать упражнения, которые развивали бы все три дефицитарные функции одновременно.

Поскольку синдром детской гиперактивности и дефицита внимания – это дефицитарность лобных отделов, то развитие произвольной регуляции – основное направление коррекционной работы с такими детьми.

Индивидуализированная методика корригирующих занятий с гиперактивными детьми направлена на формирование произвольной регуляции и предусматривает два основных принципа. С одной стороны, комплекс упражнений ориентирован на включение в работу мышечных групп, которые обычно используются в развернутом двигательном акте. С другой стороны, коррекционные психомоторные упражнения соответствуют этапному возрастному развитию ребенка и основываются на соблюдении последовательности овладения двигательными функциями, свойственной здоровым детям.

На практике доказано, что двигательное развитие ребенка оказывает мощное влияние на его общее развитие, в частности, на формирование речи, интеллекта и таких анализаторных систем, как зрительная, слуховая, тактильная. Поэтому двигательная коррекция должна занять одно из центральных мест в общей реабилитационной программе ребенка.

Отработка конкретных навыков взаимодействия с взрослыми и сверстниками. Первоначальная работа с гиперактивным ребенком должна осуществляться индивидуально. На этом этапе работы можно обучить ребенка не только слушать, но и слышать – понимать инструкции взрослого: проговаривать их вслух, формулировать самому правила поведения во время занятий и правил выполнения конкретного задания. Желательно на этом этапе также выработать совместно с ребенком систему поощрений и наказаний, которая поможет ему впоследствии адаптироваться в детском коллективе. Следующий этап – вовлечение гиперактивного ребенка в групповые виды деятельности (во взаимодействии со сверстниками) – тоже должен проходить постепенно. Сначала желательно включать гиперактивного ребенка в работу и в игру с малой подгруппой детей (2-4 человека) и только после этого можно приглашать его участвовать в общегрупповых играх и занятиях. В случае несоблюдения данной последовательности ребенок может перевозбуждаться, что приведет, в свою очередь, к потере контроля поведения, переутомления, дефициту активного внимания.

М.М. Чистякова в книге «Психогимнастика» отмечает, что для таких детей полезны занятия психогимнастикой. Замечено, что изобразительная деятельность и музыка – это вспомогательные средства общения, благодаря которым облегчается возможность продуктивного контакта с гиперактивным ребенком.

Специальные занятия, проводимые с гиперактивными детьми, отличаются четкой, повторяющейся структурой, неизменным расположением предметов в зале, введением временного лимита на выполнение заданий, соблюдением детьми норм и правил поведения, введением системы наказаний и поощрений, соблюдением правил начала и окончания занятий. Начало занятия должно включать специфическое групповое приветствие, возможно, прослушивание какой-нибудь мелодичной музыки, окончание занятия – его групповое обсуждение, выполнение тематических рисунков.

По мнению психологов, специально подобранные игры - наиболее эффективный, а порой и единственный метод коррекционной работы с детьми дошкольного и младшего школьного возраста. Впервые игровую терапию начал применять З. Фрейд. Развивая его метод, М. Клейн стала использовать для лечения детей особый материал: игрушки небольшого размера, которые ребенок мог бы отождествлять с членами семьи. Она утверждала, что «в свободной игре ребенок символически выражает свои неосознаваемые надежды, страхи, удовольствия, заботы и конфликты».

Кроме того, взрослый в игре с ребенком может открыть для себя совершенно незнакомый мир малыша, установить с ним более доверительные отношения и понять, в какой помощи он больше всего нуждается. Именно в игре ребенок отражает то, что происходит с ним в реальной жизни. Здесь сразу становятся заметны его конфликты с окружающим миром, проблемы контактов со сверстниками, его реакции и чувства. Играть с гиперактивным ребенком нужно много: дома, в образовательном учреждении, но лучше всего начать со специальных занятий в кабинете психолога или социального педагога, где бы родители вместе с ребенком научились это делать правильно.

Подбирая игры (особенно подвижные) для гиперактивных детей, необходимо учитывать следующие их особенности: дефицит внимания, импульсивность, очень высокую активность, а также неумение длительное время подчиняться групповым правилам, выслушивать и выполнять инструкции (заострять внимание на деталях), быструю утомляемость. В игре им трудно дожидаться своей очереди и считаться с интересами других. Поэтому включать гиперактивных детей в коллективную работу целесообразно поэтапно: сначала играть с ребенком индивидуально, затем привлекать его к играм в малых подгруппах и только после этого включать в коллективные игры. Желательно использовать игры с четкими правилами, способствующие развитию внимания.

Немедикаментозная коррекция включает в себя методы модификации поведения, психотерапию, педагогическую и нейропсихологическую коррекцию. Ребенку рекомендуется щадящий режим обучения - минимальное количество детей в классе (идеально не более 12 человек), меньшая продолжительность занятий (до 30 мин), пребывание ребенка на первой парте (контакт глаз учителя и ребенка улучшает концентрацию внимания). Важным с точки зрения социальной адаптации является также целенаправленное и длительное воспитание у ребенка социально поощряемых норм поведения, так как поведение некоторых детей носит черты асоциального. Необходима психотерапевтическая работа с родителями, чтобы они не расценивали поведение ребенка как «хулиганское» и проявляли больше понимания и терпения в своих воспитательных мероприятиях. Следует также избегать утомления при выполнении заданий, так как при этом может усиливаться гиперактивность. «Гиперактивные» дети чрезвычайно возбудимы, поэтому необходимо исключить или ограничить их участие в мероприятиях, связанных со скоплением большого числа людей. Так как ребенок испытывает сложности в концентрации внимания, нужно давать ему только одно задание на определенный промежуток времени. Важен выбор партнеров для игр - друзья ребенка должны быть уравновешенными и спокойными.

Конечно, необходимо проводить работу и с родителями гиперактивных детей, оказывать им системную консультативную помощь. Родители гиперактивных детей, как правило, испытывают много трудностей при взаимодействии с ними. Так, некоторые стремятся жесткими мерами бороться с непослушанием сына или дочери, усиливают дисциплинарные способы воздействия, увеличивают рабочие нагрузки, строго наказывают за малейший проступок, вводят непреклонную систему запретов. Другие, устав от бесконечной борьбы со своим чадом, махнув на все рукой, стараются не обращать внимания на его поведение или, «опустив руки», предоставляют ребенку полную свободу действий, тем самым лишая его необходимой для него поддержки взрослых. Некоторые же родители, слыша в школе, и в других общественных местах непрекращающиеся упреки и замечания в адрес своего ребенка, начинают винить только себя в том, что он такой, и даже приходят в отчаяние и впадают в состояние депрессии (которое, в свою очередь, негативно влияет на чувствительного ребенка). Во всех этих случаях родители часто теряются при выборе линии поведения с ребенком. Поэтому с ними необходимо проводить планомерную разъяснительную работу. Родителям надо объяснить, что ребенок ни в коей мере не виноват, что он такой, и что дисциплинарные меры воздействия в виде постоянных наказаний, замечаний, окриков, нотаций не приведут к улучшению поведения ребенка, а в большинстве случаев даже ухудшат его.

В повседневном общении с гиперактивными детьми родители должны избегать резких запретов, начинающихся словами “нет” и “нельзя”. Гиперактивный ребенок, являясь импульсивным, скорее всего, тут же отреагирует на такой запрет непослушанием, либо вербальной агрессии. В этом случае, во-первых, надо говорить с ребенком спокойно и сдержанно, даже если вы что-либо ему запрещаете, а во-вторых, желательно не говорить ребенку “нет”, а дать ему возможность выбора. Например, если ребенок “носится как вихрь” по квартире, можно предложить ему на выбор 2 или 3 других занятия: побегать во дворе или послушать чтение взрослого. Если ребенок громко кричит, можно вместе с ним спеть по его выбору несколько любимых песен. Если ребенок швыряется подушками и вещами, можно предложить ему игры с водой.

Очень часто родители гиперактивных детей утверждают, что их дети никогда не устают, такие дети, конечно же, очень устают. И именно эта усталость проявляется в виде двигательного беспокойства, которое родители часто принимают за активность. Они очень быстро утомляются, а это приводит к снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности, от которой страдают и они сами, и их родители, и все окружающие. Поэтому, чтобы не допустить перевозбуждения, родителям рекомендуется ограничит пребывание гиперактивных детей в местах скопления большого количества людей.

По возможности надо оградить гиперактивного ребенка от длительных занятий на компьютере и от просмотра телевизионных передач, особенно способствующих его эмоциональному возбуждению.

Довольно часто родители гиперактивного ребенка, стремясь дать возможность своему чаду израсходовать избыточную энергию, записывают его в различные спортивные секции. К сожалению, это не всегда способствует успокоению ребенка. Кроме, того большое значение имеет стиль преподавания взрослого. Хорошо когда ребенок занимается, например, плаванием, конным спортом.

Полезные гиперактивному ребенку и спокойные прогулки с родителями перед сном, во время которых родители имеют возможность откровенно, наедине поговорить с ребенком, узнать о его проблемах. А свежий воздух и размеренный шаг помогут ребенку успокоиться.

Обогатить и разнообразить эмоциональный опыт гиперактивного ребенка, помочь ему овладеть элементарными действиями самоконтроля и таким образом несколько сгладить проявления повышенной двигательной активности - значит изменить взаимоотношения его с близкими взрослыми, и прежде всего с матерью. Этому будут способствовать любые действия, ситуации, события, направленные на углубление контактов, их эмоциональное обогащение.

Важной задачей психологов и социальных педагогов является задача изменения отношения близких родственников к ребенку. Матери и другим близким нужно объяснить, что улучшение состояния малыша зависит не только от назначаемого специального лечения, даже если таковое нужно, но и в значительной мере от доброго, спокойного и последовательного отношения к нему.

При воспитании гиперактивного ребенка родители должны избегать двух крайностей: проявления чрезмерной жалости и вседозволенности, с одной стороны, и постановки завышенных требований, которые он не в состоянии выполнить, в сочетании с излишней жестокостью, санкциями - с другой. Частое изменение указаний и колебания настроений родителей оказывают на таких детей гораздо более глубокое негативное воздействие, чем на других.

Системная консультативная помощь психолога и социального педагога в работе с гиперактивными детьми и их родителями необходима и самим педагогам. Прежде всего, психолог и социальный педагог должны представить воспитателю подробные сведения о природе гиперактивности, характере поведения детей с гиперактивностью в образовательном учреждении. Они должны знать, что работа с такими детьми должна строиться на индивидуальной основе. Целесообразно по возможности игнорировать вызывающие поступки и поощрять хорошее поведение ребенка.

Во время занятий важно ограничивать до минимума отвлекающие факторы. Этому, в частности, может способствовать оптимальный выбор места для гиперактивного ребенка в группе - в центре помещения, напротив стола педагога, доски.

Ребенку должна быть предоставлена возможность в случае затруднения быстро обратиться за помощью к педагогу. Его занятия необходимо строить по четко распланированному, стереотипному распорядку, используя для этого специальный календарь или дневник.

Задания, предлагаемые на занятиях, следует разъяснять ребенку отдельно, ни в коем случае не сопровождая ироничными пояснениями, что делается это специально для «нашего особого мальчика (девочки)».

Задания даются последовательно. Если предстоит выполнить большое задание, оно предлагается в виде последовательных частей. И педагог периодически контролирует ход работы над каждой из частей, внося необходимые коррективы.

В течение дня предусматриваются возможности для двигательной разрядки: физического труда, спортивных упражнений.

Выполнение этих рекомендаций позволяет нормализовать взаимоотношения педагога с «трудным» ребенком и его родителями, помогает дошкольнику достигать более высоких результатов на занятиях.

Кроме того, на наш взгляд, психологу и социальному педагогу важно и самого ребенка познакомить с определением и характером его собственного типа синдрома дефицита внимания. Открытое, честное описание конкретных трудностей, переживаемых ребенком, и их связи с синдромом дефицита внимания вызовет обсуждение, как их преодолевать на практике. Обеспечив ребенка перспективой и ощущением контроля, специалисты позволяют ему собрать необходимые силы для преодоления препятствий.

Цель бесед с гиперактивными детьми в том, чтобы информировать ребенка и помочь ему поверить в себя. Частые, короткие обсуждения всегда предпочтительнее длинных лекций. Надо поощрять детей вносить их собственные идеи, выражать беспокойство и задавать вопросы. Представленные термины и понятия должны соответствовать уровню познаний ребенка. Взрослые должны быть осторожны, избегать слов, которые воспринимаются как осуждающие и негативные, например, «медленный», «ленивый», «не имеющий мотивации», «безразличный». Надо помочь детям уяснить, что иметь синдром дефицита внимания не стыдно. Свободно и открыто обсуждая эту тему с детьми, психолог и социальный педагог дают им понять, что верят в их возможности.

Таким образом, в отношении дальнейшего развития таких детей нет однозначного прогноза. У многих серьезные проблемы могут сохраняться и в подростковом возрасте. Но если коррекционная работа с гиперактивным ребенком проводится настойчиво и последовательно с первых лет его жизни, то можно ожидать, что с годами проявления синдрома будут преодолены. В противном случае, поступив в школу гиперактивный ребенок столкнется с еще более серьезными трудностями. К сожалению, такого ребенка считают зачастую просто непослушным и невоспитанным и пытаются воздействовать на него строгими наказаниями в виде бесконечных запретов и ограничений. В результате ситуация только усугубляется, так как нервная система гипердинамичного ребенка просто не справляется с подобной нагрузкой и срыв следует за срывом. Особенно сокрушительно проявления синдрома начинают складываться приблизительно с 13-ти лет и старше, определяя судьбу уже взрослого человека.

Еще раз обозначим рекомендации при работе с гиперактивными детьми, прежде всего это:

1. Обязательно оценивать хорошее поведение и успехи в учебе, хвалить ребенка, если он успешно справился даже с небольшим заданием.

2. Уменьшить рабочую нагрузку, по сравнению с другими детьми.

3. Делить работу на более короткие, но более частые периоды. Использовать физкультминутки.

4. В классе желательно иметь минимальное количество отвлекающих предметов (картин, стендов).

5. Снизить требования к аккуратности в начале работы, чтобы сформировать чувство успеха. Создавать ситуацию успеха, в которой ребенок имел бы возможность проявить свои сильные стороны. Надо научить его лучше их использовать, чтобы компенсировать нарушенные функции за счет здоровых.

Пусть он станет отличным экспертом по отдельным областям знаний.

6. Посадить ребенка во время занятия, по возможности, рядом с взрослым. Оптимальное место для гиперактивного ребенка - в центре класса, напротив доски, он всегда должен находиться перед глазами учителя. Ему должна быть предоставлена возможность быстро обращаться к учителю за помощью в случаях затруднений.

7. Использовать физический контакт (поглаживания, прикосновения) в качестве поощрения и снятия напряжения.

8. Направлять лишнюю энергию гиперактивных детей в полезное русло: во время урока просить их помочь - вымыть доску, раздать бумагу и т.д.

9. На определенный отрезок времени давать лишь одно задание. Если предстоит большое задание, то его надо предлагать в виде последовательных частей, и периодически контролировать ход работы над каждой частью, внося необходимые коррективы.

10. Давать задания в соответствии с рабочим темпом и способностями ученика.

Важно избегать предъявления завышенных или заниженных требований.

11.Учить выражать свои эмоции.

12. Договариваться с ребенком заранее о тех или иных действиях.

13. Давать короткие и четкие инструкции (не более 10 слов).

14. Использовать гибкую систему поощрений и наказания.

15. Поощрять ребенка сразу же, не откладывая на будущее.

16. Предоставлять ребенку возможность выбора, когда это необходимо.

Следовательно, главное условие успеха – комплексный подход к лечению и воспитанию, при участии многих специалистов: невролога, психолога, педагога, и родителей.

**Литература**

1. Астапов В.Н., “Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии”, М., Международная педагогическая академия, 1994г.
2. Безруких М.М., Ефимова С.П., “Знаете ли вы своего ученика”, М., Просвещение, 1996 г.
3. Белкин А.С., “Ситуация успеха. Как ее создать”, М., Просвещение, 1991г.
4. Бехтерев В.М., “Объективная психология”, М., Наука, 1991г.
5. Брязгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок, или Все о гиперактивных детях. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001.
6. Буянов М.И., “Ребенок из неблагополучной семьи”, М., Просвещение, 1988г.
7. Волина В., “Как стать хорошим”, СПб., Дидактика плюс, 2001 г.
8. Возможности практической психологии в образовании, под ред. Пилипко Н.В.,М., 2001 г.
9. Дробинский А.О. Синдром гиперактивности с дефицитом //Дефектология. 1999. № 1. С. 31-36.
10. Заваденко Н.Н. Диагноз и дифференциальный диагноз синдрома дефицита внимания с гиперактивность у детей // Школьный психолог. 2000. № 4. С. 2-6.
11. Заваденко Н.Н., “Факторы для формирования дефицита внимания и гиперактивности у детей”, Мир психологии №1, М., 2000 г.
12. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция. М., 2000.
13. Крутецкия В.А., “Основы педагогической психологии”, М., Просвещение,1972г.
14. Кэрол Тингей-Михаэлис, “Дети с недостатком развития”
15. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М.,1985.
16. Маклаков А.Г., “Общая психология”
17. Маленкова Л.И. Педагоги, родители, дети. М., 1994.
18. Матвеев В.Ф., Гройсман А.Л., “Профилактика вредных привычек школьников”, М., Просвещение, 1987 г.
19. Мотова Е.К., Манина Г.Б., “Тренинг эффективного взаимодействия с детьми”, СПб,Речь,2001 г.
20. Мухина В.С., “Возрастная психология”, М., Академа, 2000 г.
21. Немов Р.С. Практическая психология. М.: Владос, 1999.
22. Немов Р.С., “Психология”, М., ВЛАДОС, 2000 г.
23. Новоселова С.Л. Игра дошкольника. М., 1989.
24. Петрунек В.П., Таран Л.Н., “Младший школьник”, М., Знание 1981 г.
25. “Психология человека от рождения до смерти” под редакцией Реана А.А., СПб., Еврознак 2001 г.
26. “Психологический словарь” под редакцией Зинченко В.П., Сещерякова М., М., 1997 г.
27. “Рабочая книга школьного психолога” под редакцией Дубровиной И.В., М., Просвещение, 1991 г.
28. Рогов Е.И., “Настольная книга практического психолога”, М., Владос-пресс, 2002 г.
29. Сметанников П.Г., “Психиатрия”, СПб, 1997 г.
30. “Справочник по психиатрии” под редакцией Спежневского А.В., М., Медицина, 1985 г.
31. Степанов В.Г. Психология трудных школьников. М., 2001.
32. Столяренко А.Д., “Детская психодиагностика и профориентация”, М., Раттер, 1987 г.
33. Столяренко Л.Д., “Основы психологии”, Ростов-на-Дону, Феникс , 2002 г.
34. Фопель К., “Как научить детей сотрудничать?”, М., 1998 г.
35. Чистякова М.М., “Психогимнастика”, М., Просвещение, 1990 г.
36. Ширгалин Б.Ш. Работа с детьми группы риска. М., 1999.
37. Шульга Т.И., Олифиренко Л.Я. Психологические основы работы с детьми группы риска. М., 1997.