

1048 6, 7, 50
Г 502

ГИПЕРАКТИВНЫЕ ДЕТИ

КОРРЕКЦИЯ ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ



УДК 159.9(075.8)

ББК 88я73

Г 46

**Издательская программа «Специальная педагогика
и специальная психология за рубежом»**

Научные руководители:

доктор педагогических наук, профессор *Н. М. Назарова* (Россия);
профессор, доктор *П. А. Янн* (Германия)

Авторы:

*Peter Altherr, Lilo Berg, Klaus Fischer, Ernst J. Kiphard, Harald Luckert,
Dieter Manner, Johanna Müller, Cordula Neuhaus, Michael Passolt,
Jürgen Schindler, Klaus Skrodzki, Peter Uffelmann, Andreas Wölfl*

Michael Passolt (ed.), *Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie*
© 2., aktual. Auflage 1997 by Ernst Reinhardt Verlag München / Basel
Kemnatenstr. 46, D-80639 München
www.reinhardt-verlag.de

Перевел с немецкого *В. Т. Алтухов*

Научный редактор русского текста *Н. М. Назарова*

Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития:

Г 46 Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / П. Альтхерр,
Л. Берг, А. Вёльфль и др.; Под ред. М. Пассольта; Пер. с нем.
В. Т. Алтухова; Науч. ред. рус. текста Н. М. Назарова. — М.: Из-
дательский центр «Академия», 2004. — 160 с.

ISBN 5-7695-1661-5

В коллективном пособии, подготовленном ведущими учеными и специалистами-практиками (кинезитерапевтами, мотопедагогами) Германии, изложены современные представления о сущности и причинах гиперкинетического синдрома у детей и подростков. Авторы предлагают систему педагогической помощи гиперактивным детям, основанную на коррекции их психомоторного развития на специальных занятиях и в повседневной жизни, дают педагогические рекомендации родителям гиперактивных детей.

Для студентов высших и средних педагогических учебных заведений, педагогов, психологов, специалистов, работающих с детьми раннего возраста, а также родителей гиперактивных детей.

УДК 159.9(075.8)

ББК 88я73

ISBN 5-7695-1661-5

© Издательский центр «Академия», 2004

ПРЕДИСЛОВИЕ

Гиперактивных детей нельзя не заметить. Они, как ртуть, постоянно в движении, они бегают, вертятся, натываются на вещи, опрокидывают их. Детей наблюдают, пытаются понять. Им посвящена обширная литература. Они объект научных исследований. Такой ребенок стал персонажем известной истории под названием «Дер Штруввель-Петер», в которой некий вертун по прозвищу Цаппель-Филипп (аналог нашего Степки-растрепки. — *Прим. пер.*) постоянно роняет на пол посуду. С легкой руки врача и отца семейства Г. Гофмана уже в XIX в. имя Цаппель-Филипп (нем. zappeIn — беспокойно вертеться, дергаться, делать нервные движения, метаться туда-сюда. — *Прим. пер.*) стало нарицательным. В научном обиходе таких детей называют гиперактивными, или детьми с «гиперкинетическим синдромом» (ГКС). Им навешивают ярлыки, нередко пытаются вывести за пределы нормы, думая таким образом справиться с проблемой.

Действительно ли это «плохие дети», «маленькие тираны», «белые вороны», подброшенные бедным родителям зловредной судьбой? Или, может быть, они просто антиподы спокойных, тихих, приспособляемых и покладистых детей? Дети с неумной жадой движения. Дети, которые двигаются больше других. Может быть, их беспокойность всего лишь признак живости? И почему, собственно, гиперактивность в нашей культуре представляет собой проблему? Ведь в южных регионах мира, например в многодетных семьях Сицилии, подобным проявлениям не придается никакого значения. Может быть, дело в том, что у нас преобладают семьи, имеющие одного ребенка, и есть установка на то, что «спокойствие и порядок являются первым гражданским долгом»? Или же существует прямая связь между гиперактивностью ребенка, его психической неуравновешенностью и конфликтной ситуацией в семье?

Беспокойные дети своим поведением часто подвергают испытанию терпение взрослых. В ситуациях, когда нам необходимо быстро отвечать действием на действие, мы бываем иногда склонны к простым решениям. Старинное педагогическое правило, гласящее, что простой и прямой путь в большинстве случаев оказывается неправильным (так, пощечина хотя и способна быстро восстановить спокойствие и «порядок», но влечет за собой далеко идущие последствия), должно учитываться также в работе с гиперактивными детьми, потому что и в данном случае не существует простых путей и готовых решений. Существует человек с собственной биографией, который определяет свою жизнь в активном взаимодействии с окружающим миром и который является субъектом своего развития. Подход к ребенку возможен только с позиций постижения его индивиду-

альности, его непохожести, его особенности, какой бы она нам ни представлялась.

С одной стороны — ребенок с особенностями его развития и особенностями той среды, в которой он находится, с другой — субъективное восприятие ребенка теми, кто с ним соприкасается. Какой должна быть мера предоставляемой ребенку свободы, которая дает возможность жить и работать с ним? Нелегко бывает провести грань между неудовольствием, раздражением, антипатией, с одной стороны, и пониманием, сочувствием, удовлетворением, возникающими в процессе работы, с другой стороны.

К гиперактивному ребенку и близкие люди могут испытывать отчуждение, но нельзя ли постараться понять его и вместе с ребенком нравственно расти в процессе решения его многочисленных проблем? Нет ли тут возможности, как это сформулировала одна родительница, сознательно строить свою жизнь, больше проявляя понимания и чуткости к ребенку? Наверняка такой подход не упростит жизнь взрослого. Но разве существует вообще жизнь без трудностей и необходимости приложения усилий?

В основе подхода к решению проблемы лежит интерес к ребенку как личности. Хотя основной упор мы делаем на работе с моторикой, это не значит, что наша педагогика построена исключительно на этом. Однако мы придерживаемся основополагающего принципа, согласно которому движение является базовым элементом развития человека. Движение, производимое человеком, это нечто большее, чем просто физический акт. Это проявление жизнедеятельности, в которой можно выявить свои мотивы и цель. В таком случае разве не логично начинать работу с гиперактивными детьми с того, что характеризует их полнее всего, что они любят больше всего и что обычно более всего подвергается запретам?

Прежде всего необходимо ответить на следующие вопросы: каковы потребности ребенка? Как найти к нему подход? В чем сильные стороны его личности? В чем он испытывает трудности? Есть ли поддержка со стороны семьи? Какое влияние оказывают на ребенка учителя и воспитатели? В какой степени в процесс работы с ребенком можно вовлечь его окружение? Как может быть организована помощь с учетом местных условий?

Книга содержит и теоретическое обоснование коррекционной работы, и практический опыт. Авторам чужда мысль о бездумном отбрасывании старых или выдумывании новых приемов. Скорее, речь идет об адаптации различных методов коррекции к индивидуальным особенностям ребенка и особенностям его семьи и окружающего мира. Мы надеемся, что книга окажет помощь в повседневной педагогической и психотерапевтической работе с гиперактивными детьми и даст импульс к творческому подходу в решении проблем, возникающих при воспитании таких детей.

Книгу отличает живость изложения, и это заслуга авторов, которые относятся с большой ответственностью и заинтересованностью к своему делу и готовы делиться своими мыслями и накопленным опытом.

М. Пассольт

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ДИАГНОСТИКА И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ

П.Альтхерр

«В моей голове сидит чертенок, который все мне путает. Я хотел бы сидеть спокойно, хорошо учиться и быть послушным, но я ничего не могу поделать с этим чертиком» — так описывает свое состояние один мальчик, у которого позже был диагностирован гиперкинетический синдром (ГКС). Что же собой представляет это нарушение?

Гиперкинетический синдром не является болезнью в классическом смысле слова, когда симптомы позволяют сделать выводы о причинах заболевания. Само по себе название не раскрывает вполне смысла данного явления. Представляет ли собой гиперактивность избыток подвижности, как это мы видим у героя истории, рассказанной Г. Гофманом, или помимо этого наблюдаются и другие отклонения? Как правило, этот синдром в детском возрасте проявляется трудностями в поведении и учебе, нарушениями в межличностных отношениях, имеющими значительные последствия для самих детей, их родителей, окружающих, в первую очередь для учителей и одноклассников.

1. Диагностика ГКС

Согласно Международной классификации болезней (ICD-10) в редакции 1992 г. понятие «гиперкинетические нарушения» трактуется как отклонения в поведении, характеризующиеся следующими типичными признаками:

- ранним проявлением (отклонения обычно наблюдаются уже в первые пять лет жизни);
- сочетанием чрезмерной активности в поведении, трудной управляемости и явно выраженной невнимательности;
- недостатком терпения при выполнении заданий, требующих умственных усилий;
- тенденцией к неожиданной и быстрой смене деятельности без доведения начатого до конца;
- хаотичной, недостаточно контролируемой и чрезмерной двигательной активностью, которая может выражаться в области как грубой моторики (бесцельное перебегание с места на место, вста-

вание и пересаживание), так и тонкой (нарушение координации движений: трудности при овладении письмом, рисованием, вообще — с ведением тетрадей).

Названные затруднения обычно проявляются на протяжении всего школьного периода и иногда даже в юношеском возрасте, вплоть до вступления во взрослый период. Однако у многих страдающих гиперактивностью с течением времени происходит частичное улучшение — уменьшается двигательная активность, повышается внимательность.

К основным первичным нарушениям добавляются, как правило, вторичные нарушения. Гиперкинетичные дети часто бывают неосторожны и импульсивны, им не хватает осмотрительности, их чаще преследуют несчастные случаи. Они постоянно становятся виновниками нарушения всевозможных правил, причем это не столько по умыслу, сколько по неспособности усвоить эти правила и выполнять их. В результате неизбежны дисциплинарные наказания либо со стороны родителей, либо учителей. Отношения этих детей со сверстниками и со старшими по возрасту нередко отличаются несоблюдением дистанции, недостаточной осторожностью и сдержанностью. Обычным явлением считаются сниженные познавательные способности, что прежде всего отражается на учебе в школе. Часто наблюдаются специфическая заторможенность в развитии двигательных навыков и речи, трудности в овладении чтением, правописанием.

Кроме того, наблюдаются довольно характерные проявления повышенной агрессивности, склонность к демонстративному поведению, а в конечном счете асоциальное поведение, следствием которого становится общее неприятие со стороны окружения. Возникают проблемы эмоционального плана: дети испытывают чувства страха, подавленности, у них снижается самооценка. Их беспокоят проявления антипатии со стороны окружения, причины которой им непонятны.

Гиперактивность как нарушенное поведение имеет многие точки соприкосновения с другими видами отклоняющегося поведения. Тем не менее современная диагностика позволяет дифференцировать группу нарушений, в которых гиперактивное поведение представляет собой главную проблему. У мальчиков эти нарушения встречаются в 4—5 раз чаще, чем у девочек.

Итак, в качестве кардинальных диагностических симптомов доминируют сниженное внимание, т.е. нарушение концентрации внимания, а также чрезмерная двигательная активность. Для постановки диагноза необходимы оба признака. В качестве третьего основного симптома следует рассматривать импульсивность и нетерпеливость, сопровождаемые резкой сменой видов деятельности. Создается впечатление, что эти дети не задумываются о своем поведении и, более того, удивляются тому, к каким последстви-

ям оно приводит. Описанные отклонения в поведении могут быть с первого взгляда не видны в полном объеме. В приемной у врача или в незнакомой для ребенка обстановке двигательная беспокойность обычно проявляется не так сильно. Поэтому подробное описание поведения ребенка, полученное от родителей и педагога, дает наиболее достоверный материал, пригодный для выводов, данные анамнеза и наблюдения за поведением являются центральными моментами в постановке диагноза. Клинические, неврологические и лабораторные исследования могут лишь подтвердить ранее сформулированное подозрение на наличие гиперкинетического синдрома. Таким образом, анкетирование и наблюдение за поведением ложатся в основу диагностики.

В качестве первичной диагностической ориентировки оправдал себя перечень симптомов, разработанный Джимми Коннерсом (см. с. 10). Эту анкету могут заполнять как родители, так и преподаватели при условии, что этому предшествует минимум четырехнедельный период наблюдений. Если в сумме набирается более 15 очков, то это дает основание предполагать наличие у ребенка гиперкинетического синдрома.

Прямые наблюдения за поведением в ситуации обследования или в игровой обстановке могут привести к неверным выводам, так как исследователь часто оказывает регулирующее влияние на поведение наблюдаемых. Следует учесть, что ребенок по-разному себя ведет, оставшись наедине и находясь в среде сверстников. Результаты наблюдений, сделанных в той и другой обстановке, могут не совпадать. Обычно ребенок с синдромом ГКС, лишь оказавшись в группе детей, показывает, «на что он способен». Таким образом, наблюдения, проведенные в повседневной обстановке, т. е. дома или в школе, с диагностической точки зрения дают значительно более весомые результаты.

Приведем описание поведения, характерного для таких детей. В целом их движения избыточны, слишком быстры и энергичны. Количество движений безмерное, дети склонны к перемещениям на широком пространстве, безудержно разговорчивы (вербальная гиперактивность). При больших энергозатратах в большинстве случаев результаты при выполнении задания далеки от удовлетворительных, чему причиной бывают нарушения тонкой моторики, зрительно-мануальной координации, письма и балансировки тела (Кипхард, 1988). От этого страдают планирование действий и моторная обучаемость.

У гиперактивных детей наблюдается постоянная потребность в получении сенсорных раздражений, которую не представляется возможным удовлетворить. Такие дети не способны ждать, они не могут подавлять мгновенные двигательные импульсы. Возникает впечатление, что дети с синдромом ГКС нуждаются в самостимуляции путем неустанной двигательной активности.

Анкета для определения гиперактивности (по Д. Коннерсу)

Имя _____
 Возраст _____ Дата _____

Наблюдаемые признаки	Степень проявления признака			
	отсутствует (0)	низкая (1)	довольно высокая (2)	очень высокая (3)
1. Двигательное беспокойство (постоянно находится в движении)				
2. Раздражительность, импульсивность				
3. Вмешательство в занятия других детей				
4. Частая и быстрая переключаемость внимания				
5. Постоянное ерзание на месте				
6. Невнимательность, отвлекаемость				
7. Нетерпеливость и быстрое разочарование				
8. Плаксивость				
9. Быстрая и резкая смена настроения				
10. Склонность к проявлениям ярости, взрывное, непредсказуемое поведение				
Общая сумма				

Исследования детей с синдромом ГКС часто показывают легкие неврологические отклонения, в большинстве своем проявляющиеся в области моторики, как тонкой, так и грубой, и легкие изменения, фиксируемые энцефалограммой. Однако специфических признаков гиперкинетического синдрома в ходе клинических исследований не обнаруживается. Упомянутые отклонения находят и у других детей с отклоняющимся поведением. Микроневрологические признаки в данном случае рассматриваются в целом как проявление слабости или недостаточной зрелости централь-

ной нервной системы, причем неврологическая основа подобных отклонений неясна.

Таким образом, детской неврологии не удастся выявить прямых связей ГКС с механизмами нарушения поведения. Изучение двигательных расстройств, в частности тестирование координационной способности детей, позволяет отметить, что общая моторика у них развита ниже среднего уровня и наблюдаются нарушения координации движений.

Как это видно, диагностическая оценка нарушений поведения у гиперактивных детей весьма проблематична. Об этом свидетельствуют пестрота выводов и большой разброс данных в международных научных публикациях о частоте проявления признаков гиперактивности.

В Германии насчитывается от 3 до 10 % гиперактивных детей в начальных классах, что весьма много. Клинические наблюдения подтверждают, что у мальчиков этот вид нарушений встречается значительно чаще, чем у девочек.

2. Причины гиперактивности

Хотя мы располагаем достаточно исчерпывающим описанием симптоматики синдрома, наши знания о причинах данного нарушения довольно скромны.

К настоящему времени установлено, что гипотеза о тождественности гиперкинетического синдрома с минимальной мозговой дисфункцией (ММД) или со специфическими трудностями в обучении неверна.

У части детей наблюдаются причины генетического, наследственного характера. Данное предположение опирается на наблюдение, свидетельствующее, что у родителей и родственников гиперактивных детей довольно часто отмечается такое же нарушение. В рамки этой гипотезы укладывается также распределение частоты проявления гиперактивности между мальчиками и девочками.

Последние исследования объясняют ГКС возможностью существования нейрохимического нарушения в сфере мозговой проводимости. Медиаторы (например, допамин, серотонин, норадреналин) представляют собой химические субстанции, ответственные за передачу нервных импульсов в мозгу. В этой связи следует обратить особое внимание на исследования Заметкина и других (Zametkin et al., 1990), в которых установлена связь между биохимией мозга и поведением. Ученому удалось определить нейробиологические различия между обычными и гиперактивными детьми. С помощью позитронно-эмиссионной томографии исследователи измеряли глюкозный обмен веществ у обычных и гиперкинетичных взрослых во время прохождения ими теста на концентрацию

внимания. Гиперактивные испытуемые уже в детстве отличались несобранностью, двигательной беспокойностью и импульсивностью. Их диагноз «гиперкинетический синдром» был клинически фундирован. Пациенты страдали от этих симптомов и став взрослыми. При этом в поведении их детей наблюдались признаки гиперактивности. В ходе исследований испытуемым лицам делались инъекции глюкозы, а затем с помощью позитронно-эмиссионной томографии изучался метаболизм глюкозы в мозговой ткани в целом и в отдельных отделах мозга. В результате оказалось, что у гиперактивных исследуемых в 30—60 специфических отделах мозга наблюдался существенно сниженный глюкозный обмен веществ. Данное явление отмечалось прежде всего в префронтальных (передних) отделах головного мозга, а также в тех его отделах, которые играют, как принято считать, важную роль в управлении концентрацией внимания и моторикой.

Снижение глюкозного обмена веществ в данных отделах мозга указывает на ослабленный обмен веществ. Вероятно, это функциональное нарушение приводит к дисбалансу между центрами возбуждения и торможения мозга, причем центры торможения (в частности, Nucleus accumbens) менее активны, в результате чего преобладает деятельность центров возбуждения. Внешне этот дисбаланс проявляется в форме гиперактивности. Если с точки зрения нейрофизиологии уравновешенность поведения объясняется равновесием суммы импульсов возбуждения и торможения, то, очевидно, у детей с синдромом ГКС перевешивают факторы возбуждения или, возможно, недостаточно активизированы факторы торможения. На уровне поведения это проявляется типичной картиной гиперкинетической симптоматики.

Существует также гипотеза, что дети с синдромом ГКС с точки зрения физиологии мозга недовозбуждены и поэтому сами возбуждают и стимулируют себя своей гиперактивностью, чтобы компенсировать данный сенсорный недостаток. Исследователь Лоу и другие (Lou et al., 1984) обнаружили пониженное кровоснабжение и связанную с этим недостаточную активность обменных процессов в передних отделах головного мозга, в частности в Nucleus caudatus, точнее — в Nucleus accumbens. Этой области головного мозга приписывается тормозящая (ингибирующая) функция в отношении базальных ганглий (центральных отделов моторики). Она руководит субкортикальными процессами (автоматическими процессами, протекающими в подкорковой сфере) и моторикой. Одновременно этот отдел головного мозга выполняет функцию связи между лимбической системой (сфера чувств, настроений, самочувствия), ганглиями ствола мозга (моторика) и познавательными функциями большой коры головного мозга (интеллектуальные способности, планирование, мотивация). Возможно, нарушение мозговых функций в этой области способно вызывать как когнитивные, так и эмоциональные и моторные симптомы.

Таким образом, чисто психогенное истолкование данного нарушения уступает другому: причина носит физиологический характер и кроется в функциональном нарушении обменных процессов мозга.

Вышеуказанная гипотеза позволяет объяснить известное уже не менее 50 лет положительное воздействие психостимуляторов. Медикаментозная терапия психостимуляторами, по всей вероятности, восстанавливает нарушенное нейрохимическое равновесие с помощью стимуляции Nucleus accumbens, который, по-видимому, лучше начинает выполнять свою тормозящую функцию. Можно представить себе также, что медикаментозное лечение усиливает другие компенсаторные механизмы в мозгу и тем самым улучшает симптоматику.

3. Стратегии оказания коррекционной помощи

В книге подробно описываются различные стратегии оказания помощи гиперактивным детям. В этой связи остановимся на оценке *медикаментозного лечения*, которое, наверняка, не играет перво-степенной роли, но о котором следует сказать.

Прежде всего следует позаботиться об устранении ложных представлений в отношении лечения психостимуляторами. Широко распространено мнение, что данные медикаменты обладают наркотическим действием на детей с синдромом ГКС. Научные исследования показали, что такого воздействия применяемые стимуляторы не имеют.

У 60 — 70 % детей, принимавших в ходе лечения такие препараты, наступало улучшение. Дети становились более спокойными и уравновешенными, контактными, могли выполнять поручения и просьбы взрослых и лучше контролировали себя. Под воздействием медикаментов тормозится моторика, что нередко проявляется в улучшении тонкой моторики. Что касается когнитивных способностей, то у детей повышается внимание, они не так отвлекаются и делаются менее импульсивными. Умственная работоспособность непосредственно не претерпевает изменений, но предпосылки для улучшения учебы укрепляются.

Подобное лечение обладает побочными действиями. Могут наблюдаться снижение аппетита или нарушения сна. Необходимая дозировка определяется индивидуально, однако часто это сопряжено с большими усилиями и требует много времени. Ход медикаментозного лечения нуждается в регулярном отслеживании. Абсолютно противопоказано применение этих препаратов при наличии в анамнезе моторных тиков и стереотипий. Прекращение приема медикаментов и контроль за их применением относятся к компетенции хорошо осведомленного врача, скорее всего, это дол-

жен быть детский психиатр. Настоятельно рекомендуется пристальное и долговременное наблюдение за пациентом. Необходимо практиковать регулярные перерывы в приеме лекарств и попытки прекращения их приема (Schulz, Remschmidt, 1990).

Терапия с применением стимуляторов, естественно, является чисто симптоматическим лечением, однако ее положительное действие заметно. Результатом является улучшение отношений с другими детьми и родителями, благодаря чему растет самооценка ребенка, т.е. налицо психосоциальная эффективность медикаментозного лечения. При проведении фармакотерапии важно проинформировать о ее действии не только родителей и учителей, но и самого ребенка. Это лечение не должно нанести ущерба его самосознанию. Ребенок должен знать, что не лекарства, а он сам управляет своим поведением, которое меняется к лучшему.

Но не следует понимать так, будто терапия гиперкинетического синдрома исчерпывается назначением психостимуляторов.

Медикаментозное лечение представляет собой лишь одну из возможностей улучшить ситуацию. В любом случае «беспокойному ребенку» требуется большее, чем просто медикаменты, не говоря уже о том, что лекарственная терапия нужна далеко не всем детям с синдромом ГКС и назначать лекарства следует очень осмотрительно. В том случае, когда такая терапия нужна, она представляет собой лишь «базовое лечение», основываясь на котором можно с успехом применять другие методы воздействия.

При организации помощи детям исходят из представления о том, что гиперкинетическое нарушение поведения усиливается лишь тогда, когда увеличиваются количественные и качественные требования к переработке информации (Rothenberger, 1988). Нарушение приобретает более отчетливые формы, когда требования усложняются, количество информации растет, скорости ее переработки возрастают. Если это так, необходимо снизить требования, предъявляемые к ребенку. Ему следует давать простые и четкие указания, ставить понятные ему задачи и оказывать помощь в их выполнении. Каждую ситуацию в работе с ребенком следует продумывать настолько, чтобы она предстала в простом и хорошо структурированном виде. Сверхзадача заключается в замедлении импульсивных реакций. Недостаток самоконтроля со стороны ребенка должен компенсироваться внешним контролем и внешним структурированием действий. Коррекционные методы, которые в этих случаях применяются, должны помочь ребенку улучшить самоконтроль.

Подобные *программы самоконтроля*, разработанные в рамках когнитивной терапии поведения (Meichenbaum, 1979), предусматривают использование ребенком самопредписаний. Под руководством специалиста ребенок обучается решению проблем (рис. 1). Прежде всего, следует ответить на вопрос: «В чем моя проблема?»



Рис. 1. Пять примеров карточек, используемых в процессе выработки решения

(1-я карточка). Затем разрабатывается решение проблемы: «Как я должен это делать?» (2-я карточка). Ребенок, наблюдая поведенческий образец, объясняет вслух самому себе способ решения проблемы («Я думаю вслух!»), затем он тихонько говорит сам с собой, пока речь не перейдет во внутренний монолог, выполняющий функцию саморегуляции (3-я карточка). Проводятся упражнения по исправлению ошибок, проверяется правильность выбранного решения: «Правильно ли я это сделал???» (4-я карточка). Если все сделано правильно, ребенок должен сам себя похвалить и ободрить: «Я сделал это хорошо!» (5-я карточка). При использовании подобных методов когнитивной поведенческой коррекции медикаментозной терапии отводится роль базового поддерживающего лечения.

Всегда следует вовлекать в коррекционный процесс родителей. Свою задачу они должны видеть в последовательном соблюдении избранного метода, отказе от телесных наказаний, соблюдении режима, а также в моральной поддержке ребенка и соответствующем поощрении. В этот процесс нужно вовлекать и учителей, и школу, и социальное окружение, сообщая необходимую информацию и обучая обращению с гиперактивным ребенком в классе (Wender, 1991).

Представляется целесообразным применение методов *коррекции поведения*, направленных на снижение импульсивности в родительском доме, а также в школе, в частности модификация поведения в классе (Grissemann, 1986), *когнитивная терапия* (Eisert и др., 1982), *мототерапевтические методы*¹ (Kiphard, 1988). Возможности воздействия на поведение ребенка с помощью различных диет пока еще недостаточно исследованы. Важность *функциональной терапии* вытекает из того обстоятельства, что у многих детей с синдромом гиперактивности отмечаются нарушения работоспособности нейрогенного характера и отставание в развитии.

Как бы то ни было, для проведения всех вышеназванных форм коррекционной работы не существует каких-либо единых рекомендаций или программ. Несмотря на сходство проявлений, каждый ребенок представляет собой индивидуальность, так что отнесение его к той или иной категории в лучшем случае играет вспомогательную роль. Идеальной может быть только *мультимодальная программа* коррекционной работы, когда специалисты различных направлений сотрудничают на основе совместно согласованного плана действий.

¹ *Мототерапия* — одно из направлений коррекционно-педагогической помощи в зарубежной специальной педагогике, целью которой является формирование и развитие тех или иных двигательных функций у детей с нарушениями движения.

I. О ПРИЧИНАХ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

ГИПЕРАКТИВНОСТЬ КАК «БОЛЕЗНЬ ЦИВИЛИЗАЦИИ»

Х. Лукерт

В настоящее время считается, что симптом детской гиперактивности может иметь самые разные органические, психические и социальные причины. В этом контексте можно говорить о гетерогенных, многофакторных, или неспецифических, механизмах взаимодействия.

Благодаря исследованиям, в центре внимания которых находятся главным образом неврологические или метаболические факторы, становится возможным получать все более дифференцированные данные. Так, удастся выделять отдельные формы проявления гиперактивности и составлять более подробные описания синдрома.

Подобные исследования дают материал для обоснования специфических форм лечения и коррекции, таких, как диета, медикаменты, сенсорная интеграция, мототерапия, тренировка внимания и т.д.

Если же речь идет о вероятном влиянии социальных, средовых факторов, то данные в большинстве своем носят весьма неопределенный характер.

Например, в духе общепринятого мнения о том, что жизнь становится все лихорадочнее и сложнее, говорится о нарушенной в целом среде обитания. Таким образом, вопрос незаметно переносится в общекультурный контекст, приобретая критическую окраску.

Подобные глобальные рассуждения довольно быстро находят отклик, но они не могут нас удовлетворить, поскольку их общий характер не открывает перспектив для конкретных действий. Исходя из этого, в данной статье предпринимается попытка установить связь между конкретно названными цивилизационными факторами и симптомом гиперактивности.

Иными словами, речь идет о раскрытии микроструктуры социокультурных влияний на возникновение психомоторных нарушений.

Нарушения как характерное явление нашего времени

С течением времени появляются все новые подтверждения того, что эпохальные сдвиги и резкие повороты в истории являются причиной всевозможных нарушений у людей. Так, например, эпидемия энцефалита и массовые травмы головного мозга в Первую мировую войну явились причиной неврологических нарушений и обусловленных ими отклонений поведения. Такая же картина наблюдалась десятилетиями позже вследствие массового развития индивидуального моторизированного транспорта.

Распространение дебильности у детей на почве браков между близкими родственниками в отдаленных, относительно изолированных деревнях так же обусловлено социокультурными факторами, как и постепенное исчезновение этого феномена. Огромное количество инвалидов после войн, техногенных катастроф — все это очевидные и прямые последствия человеческих деяний. И невозможно сейчас сказать, насколько широкое распространение могут получить различные формы нарушений вследствие существенного повышения фона радиоактивности.

Тем не менее благодаря успехам медицины и гигиены некоторые факторы риска, грозящие инфекционными заболеваниями, или даже целые виды нарушений, в частности детский паралич, все более отступают на задний план.

Таким образом, социальные, политические процессы и прогресс медицины всегда играли существенную роль в распространении определенных ограничений возможностей. Этими факторами обуславливалось преимущественное распространение или ограничение распространения в тот или иной конкретный отрезок времени совершенно определенных видов нарушений.

В настоящее время возникает вопрос: не существуют ли в обществе конкретно определяемые социальные и культурные факторы, благоприятствующие появлению психомоторных нарушений, в частности гиперактивности, которые могут лечь в основу объяснения их широкой распространенности и их вероятного еще большего распространения в будущем? Итак, в чем можно было бы усмотреть определенные опасности для развития детей в наше время?

Успехи неонатологии

Шансы на выживание недоношенных детей, в том числе с экстремально низким весом, благодаря успехам современной медицины существенно повысились. Улучшение и интенсивное развитие акушерства, послеродового медицинского обслуживания и терапии позволяют спасти жизни или существенно уменьшать по-

следствия неблагоприятных родов для многих детей, отягощенных пренатальными патогенными факторами (дородовые повреждения). В итоге подвергнутые ранней терапии дети, которые, возможно, имели бы в первые годы жизни серьезные нарушения, часто сохраняют лишь слабовыраженные отклонения в сфере восприятия и моторики. Благодаря современному акушерству и послеродовой помощи сегодня выживают значительно больше детей с тяжелейшими врожденными нарушениями, чем еще несколько десятилетий назад.

Новые экологические проблемы

Если существует гипотеза о том, что психомоторные нарушения могут возникать вследствие использования пищевых добавок (Hafer, 1984), то почему бы не предположить, что распространение гиперактивных нарушений в известной степени может быть объяснено воздействием искусственного света? Вполне вероятно, что и у этой гипотезы есть право на существование. Есть наблюдения, дающие основание думать, что искусственный свет может вызывать целый ряд заболеваний — от общего истощения до нарушений иммунной системы и гиперактивности (Mander, 1979).

Изменения в семейных условиях жизни

В период с 30-х до 80-х гг. средняя численность семьи в США снизилась с 4,1 до 2,8 человека. Одновременно возросло число детей, вырастающих в условиях неполной семьи, где есть только один из родителей. По данным переписи в ФРГ от 1987 г., каждый третий ребенок не имеет братьев и сестер, а 54 % всех семей с детьми имеют лишь одного ребенка. Что касается неполных семей, то в них 75 % детей не имеют братьев и сестер (Rolf, Zimmermann, 1992).

Одиноким детям лишены родственной поддержки, обделены эмоционально, не получая достаточного внимания со стороны родителей. Все это происходит в наше время на фоне главенствующего стремления родителей к самореализации. Таким образом, современная малочисленная семья характеризуется утратой своей первоначальной функции, и особенно ограничены ее возможности в воспитании ребенка с задержкой в развитии или с нарушениями.

Во врачебной практике все чаще отмечается процесс хаотизации семейных условий жизни. Он выражается в пренебрежении к необходимой ребенку стабильности отношений, недостатке упо-

рядоченности в семейном быту и отсутствии ритмичности в организации дня. Как показала дискуссия «Исчезновение детства» (Postmann, 1983), создается впечатление, что пространство, где дети могли бы развиваться без помех, все более сужается.

Преобладание общественных форм воспитания и рост профессионализма воспитывающих

Количество воспитательных концепций, предлагаемых родителям, огромно. Среди этого многообразия трудно сориентироваться и выбрать определенную линию воспитания ребенка.

Существенная причина этого кроется, конечно же, в наблюдаемой профессионализации воспитания и его обнаучивании. Педагоги предстают перед родителями прежде всего в роли высококвалифицированных и специализированных экспертов. Семейное воспитание все более отходит на второй план. Наблюдается заметный рост предложений со стороны специализированных воспитательных учреждений (детские сады, школы продленного дня, игровые группы, курсы и т.д.), что усиливает тенденцию к универсальному контролю и «управляемому детству» (Rolf, Zimmermann, 1992).

Предполагается при этом, что у ребенка будут устранены все недостатки, получат развитие все задатки. Гонка за первые места в нашей общественной иерархии начинается во все более раннем возрасте. Характерно, что с учебным компьютером дети знакомятся уже в дошкольном возрасте. Вся семья находится под гнетом проблем воспитания. Разве удивительно при этом, что реакцией детей являются стресс, нервозность и беспокойство?

Роль жилищных условий

Рольф и Циммерман (Rolf, Zimmermann, 1985) описывают изменения в жилищных условиях и в связи с этим в условиях социализации детей, произошедшие со времени Второй мировой войны в Германии. Эти авторы обратили внимание на то, что современное жилищное строительство и планировка городов вынуждают детей оставаться в стенах квартиры. Каждая девятая семья в крупных городах проживает ныне в домах с пятью и более этажами. Существуют данные, свидетельствующие, что дети тем больше остаются и играют дома, чем выше расположена их квартира. Родители не имеют возможности следить за своими маленькими детьми, играющими во дворе или на улице, из окон своих высотных домов.

Детям выделяется обычно самая маленькая комната в квартире, и, кроме того, другие помещения в доме все более обретают функ-

циональное значение, что также ограничивает свободу движения детей. Так, кухня, которая раньше была и местом приготовления пищи, и общения, и игр, теперь превратилась в высокоспециализированную «кухню коротких расстояний», где больше нет места для других видов деятельности, тем более для детских игр. Интересным в этой связи представляется и наблюдение Гартунга (Hartung, 1979), который подметил зависимость между нарушениями осанки у ребенка и небольшой площадью квартиры, в которой живет семья.

Если даже наши дети играют на открытом воздухе, то в городских условиях возможности для игр ограничены. Тут нет места для развития фантазии и игровых ситуаций. То же самое можно сказать и о современных игрушках, которые представляют собой либо полуфабрикаты, либо технические изделия. Вытеснение детей в специализированные помещения и тенденция к времяпрепровождению в замкнутом пространстве не оставляют им никакого выбора, кроме игрушки с заданными свойствами, не способными стимулировать детскую фантазию. Возможности проявления детьми самостоятельности ограничены. Так, централизация школ и враждебная для велосипедистов и пешеходов городская среда заставляют детей добираться до школы на моторизованных средствах транспорта.

Изменения в восприятии ребенком окружающего пространства

Вплоть до 1950-х гг. дети совершали свои странствия все расширяющимися в радиусе концентрическими кругами, т. е. исследовали окрестности своего дома, все дальше уходя от него. Это требовало от них проявления самостоятельности и активности при сохранении постоянной связи с домом.

Нынешняя среда обитания, и это касается прежде всего городских детей, приняла совершенно иные формы, жизнь детей можно сравнить с обитанием на островах. Квартира — это остров, откуда ребенок отправляется на другой остров, именуемый детским садом, в других случаях — школой. Отсюда же совершаются поездки на другие острова за покупками, к друзьям, на курсы или в места свободного времяпрепровождения. При этом расстояние между этими островами все чаще преодолеваются с помощью транспорта. Таким образом, пространство между островами исчезает из поля зрения детей, превращаясь просто в дистанцию, которую необходимо преодолеть.

Характерными чертами такого «панорамного восприятия пространства» (Rolf, Zimmermann, 1992) являются беглость и невозможность узнавания, запоминания и воспроизведения деталей. Та-

кое «островное» и панорамное видение пространства, рождаемое условиями жизни в городе, обнаруживает структурное сходство с определенными проявлениями психомоторных нарушений, в частности с гиперактивностью. Сходным является невозможность концентрации внимания ребенком из-за огромного количества многих быстро сменяющих друг друга раздражителей, навязываемых ему извне. Самостоятельная активность и дискретное восприятие малосовместимы друг с другом.

Если исходить из этих наблюдений, гиперактивность можно понять как самостимуляцию и компенсацию отсутствующего целостного переживания впечатлений от окружающей среды.

Мир детства и телевизор

Дискуссия о пользе применения аудиовизуальных технических средств детьми вращается главным образом вокруг вопросов их использования в учебном процессе, в организации свободного времени, о последствиях их воздействия на социальное поведение детей. При этом часто упускаются из виду принципиальные, относительно независимые от содержания и формы материала антропологические результаты воздействия аудиовизуальных средств на зрителей, в особенности на детей.

В 1961 г. в Германии имели телевизор 29 % семей, в 1973 г. таких семей было уже 90 %, а в 1982 г. — более 96 %. Согласно исследованиям Федерального министерства образования, проведенным в 1985 г., 36 % всех детей в возрасте от трех до семи лет более 1 ч в день проводят перед включенным телевизором. Рольф и Циммерманн (1985) ряд лет вели исследование, согласно которому 1200 школьников в г. Касселе в 1980 г. в среднем проводили у телевизора 2,5 ч в день. Винн (Winn, 1979) приводит данные по США. Опросы выявили астрономическую цифру: дошкольник 54 ч в неделю сидит у телевизора, так что просмотр телепрограмм этой возрастной категорией следует считать уже образом жизни.

Мандер (1979) и Винн (1979) своими радикальными выступлениями под заголовками «Отмените телевидение» и «Наркотик в домашних условиях» оживили дискуссию об «антропологии телезрителя». Оба автора исходят из тезиса, что независимо от содержания программ телевидение само по себе оказывает определенное воздействие, влияя на двигательную активность телезрителей. Мандер пишет: «Человек устраивается перед телевизором как можно удобнее, чтобы не было необходимости двигаться... занимает позу, исключая движение ног или рук. Лишь время от времени он переваливается на другой бок или приносит себе что-нибудь пожевать, но практически все время тело его перед экраном находится в покое. Такое затухание активности относится и к внутренним органам».

Приходится говорить и о снижении двигательной активности глаз. Активный процесс адаптирования и фиксирования зрения во время телепередач отсутствует, тем более что телевизор работает чаще всего в затемненном помещении. Таким образом, телезритель быстро погружается в состояние бессознательного поглощения зрительных образов: его взгляд как бы устремляется в пустоту. Ограничивается не только зрительная рецепция, звуки также определяются весьма скудными возможностями воспроизведения телеприемника, в то же время обоняние, органы вкуса и осязания отключены полностью, то же происходит с вестибулярным и опорно-двигательным аппаратом. Говоря точнее, во время просмотра телепередач речь идет не о выключении названных органов чувств, а об отсутствии их естественных раздражителей. То, что в данный момент происходит на телеэкране, может быть никак не связано с тем, что человек в данный момент обоняет, осязает или пробует на вкус, не говоря уже о том, что телодвижения при этом отсутствуют почти полностью. Относительно акта потребления телевидения можно, таким образом, говорить о декорреляции различных областей восприятия или активности и восприятий органов чувств.

В связи с тем что телевидение стало занимать в нашей жизни излишне большое место, нередко можно слышать об опасности десенсибилизации в результате перегрузки восприятия. Только что сказанное позволяет увидеть проблему несколько с другой стороны. Последние неврологические исследования показали, что у человека, сидящего перед телевизором, волновая активность головного мозга входит в характерный режим. Мозг реагирует на среду и лишь во вторую очередь на содержание воспринимаемого. Волновая деятельность мозга замедляется тем больше, чем дольше работает телеприемник (Mander, 1979). То, что происходит со зрителем, вернее будет назвать не десенсибилизация, происходящая в результате перегрузки рецепторов, а недостимуляция рецепторов.

Состояние, в котором пребывает человек, сидя перед телевизором в затемненной комнате, забывая о других людях, воспринимая происходящее только с помощью двух органов чувств, да и то работающих в ограниченном диапазоне, очень близко к состоянию сенсорной депривации.

Наука хорошо изучила последствия искусственного лишения раздражителей. Первое из них заключается в потребности самостимуляции путем включения собственной фантазии, за этим следует хаотизация восприятия, а затем переживание угрозы, приводящее к дезориентации и резкому нарастанию интереса к любому другому раздражителю (Mander, 1979).

Ремшмидт и Шмидт (Remschmidt, Schmidt, 1985) интерпретируют гиперактивность как попытку оптимизировать недостаточный уровень стимуляции, идущей из центральной нервной систе-

мы, эксцессивным поведением. Если понимать телевидение как средство, вызывающее сенсорную и моторную депривацию, то легко напрашиваются некоторые параллели с определенными формами психомоторных нарушений. Постоянно сменяющие друг друга через короткие промежутки времени картинки и центры фокусировки внимания зрителя, похоже, программируют краткосрочность работы внимания. Гиперактивный, несобранный ребенок прямо дублирует своей быстрой переменчивостью в ориентировании восприятия динамичное качество телеизображения на экране. (Мандер высказывает также гипотезу о том, что гиперактивность у детей провоцируется совместным воздействием мигающего и флуоресцирующего излучения цветного телевизионного изображения и употребления химических пищевых добавок.)

Хотя нет достаточных оснований, позволяющих устанавливать прямую причинную связь между потреблением телепродукции и психомоторной беспокойностью, но между тем и другим можно отметить много общего. В обоих случаях существует опасность подчинения ребенка воздействию привносимых извне образов. Если Д. Мандер предполагает, что для телевизионной зависимости характерна неспособность к производству собственных духовных образов, то именно эта неспособность является кардинальной проблемой у многих детей с психомоторными нарушениями. Феномены двигательной беспокойности, как и двигательной заторможенности и двигательной неловкости, являются видимыми проявлениями этой неспособности производить внутренние образы, переносить этот внутренний идеальный мир на внешний, чувственно воспринимаемый мир, и наоборот.

Как уже было сказано, связи между изменением условий повседневной жизни детей и проявлением у них психомоторных нарушений еще недостаточно исследованы и поняты. Тем не менее вполне можно обнаружить зависимость между определенными исторически обусловленными явлениями социальной жизни и так же исторически возникшими симптомами известных отклонений в поведении.

За вышеописанными факторами: изменениями в семейной жизни, в условиях проживания и игры, профессионализацией воспитания, монотонностью чувственно воспринимаемой внешней среды, пассивностью и раздроблением восприятия внешнего мира вследствие широкого внедрения в жизнь аудиовизуальных средств информации — скрывается общий феномен обеднения сенсорных и социальных стимулов и вытеснения собственной активности и целостного восприятия мира всеми органами чувств. Если теперь, следуя мысли Ремшмидта и Шмидта, понимать детскую гиперактивность как отчаянную попытку ребенка установить жизненно необходимый для него уровень стимуляции и утвердить собствен-

ную способность к проявлению активности, то становится понятным, насколько «нормальными» являются непоседливость и беспокойность как средства самоутверждения в нашем современном, столь же богатом, сколь и бедном раздражителями внешнем мире.

Каждая историческая эпоха рождает адекватные ей стили поведения. Наиболее явно и непосредственно это прослеживается на детском поведении. Гиперактивность обнаруживает как нельзя более заметно воздействие на человека определенных общественных веяний и процессов. При наличии известных предпосылок личностного характера описанные выше изменения социокультурных условий могут оказывать влияние на возникновение психомоторных нарушений, и в частности гиперактивности. Последняя представляется поэтому уже в качестве «болезни цивилизации». Психомоторные нарушения следует, таким образом, воспринимать как известную плату за сформировавшиеся определенные аспекты современной цивилизации. Эту связь можно констатировать если не как строго причинно-следственную, то как опосредованную и латентную.

Разумеется, только влиянием цивилизационных факторов не следует объяснять любой конкретный случай таких симптомов, как отвлекаемость, раздражительность, нарушения концентрации внимания, эмоциональная лабильность и беспокойность. Однако знакомство с представленными здесь наблюдениями, мы надеемся, поможет взглянуть более широко на возможные причины данных отклонений, увидеть за ними не чисто медицинский феномен, но и зависимость от бытовых условий и побудит оказать воздействие и с этой стороны путем изменения обстановки повседневной жизни и развития ребенка, усиления своеобразной гигиены чувственного мира ребенка.

СУЩНОСТЬ ФЕНОМЕНА ДЕТСКОЙ ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Д. Маттнер

1. Гиперактивный ребенок

Что представляют собой эти так называемые гиперактивные дети? Это дети, которые не могут адекватно приспособиться к реалиям окружающей жизни и поэтому воспринимаются своим ближайшим окружением как объект постоянной заботы и источник беспокойства. И сами дети с повышенной активностью, и их окружение страдают от свойственной им суетливости; причиной неприятностей становится поведение, отклоняющееся от социально принятых норм.

Жалобами, как правило, бывают полны сообщения о конкретных случаях гиперактивности. Так, например, одна мать говорит о 16 годах постоянного кошмара («ад»), который она испытывает, имея гиперактивного ребенка («мучитель»). Период кошмара начался, как только 15-месячный Петер смог самостоятельно передвигаться по квартире: «Как будто его постоянно гонит вперед работающий на полную мощность мотор: то он кувыркается на диване, то балансирует на подоконнике, то сметает документы с письменного стола, выворачивает содержимое шкафа на пол. В мгновение ока он может перевернуть буквально вверх дном всю квартиру. Невозможно его остановить или направить его активность в разумное русло. Никогда он не сидит, как другие дети, спокойно, погрузившись в свои занятия» (Grissemann, 1986).

В то же время многие родители, сталкивающиеся с аналогичными проблемами, ожидают, что поведение их детей изменится к лучшему, они не могут взять в толк, что мешает их деткам быть «нормальными». Дело в том, что время от времени, например в случае болезни, такие ребята вполне оправдывают ожидания своих родителей: «Когда у него была температура, у нас был абсолютно нормальный ребенок. Когда же температура спала и началось выздоровление, нарушения в поведении возобновились» (Hafer, 1986). Когда родители ссорились из-за него, тот же ребенок на короткое время «превращался в ангела», которым он, по мнению родителей, и был на самом деле.

Желание иметь «нормального» ребенка и одновременно переживаемое разочарование по поводу несбыточности этого приводят родителей к убеждению, что у ребенка ослаблена некая внутренняя регулирующая инстанция. Они готовы усматривать причи-

ны отклонений в поведении исключительно в эндогенной сфере, истолковывая их как болезнь ребенка. О том же говорят основывающиеся на неврологических исследованиях некоторые теории развития и управления человеческим поведением.

Согласно такому пониманию вещей, гиперактивные люди, хотя «часто знают, что они делают неправильно, и хотели бы измениться», не в состоянии это сделать, так как органически обусловленное «нарушение активности и расстройство влечений», имеющие следствием недостаточную адаптацию процессов центральной нервной системы к ситуационным реалиям, не дают им такой возможности (Bauer, 1986). С этих позиций медикаментозное лечение неуправляемых детей имеет смысл, так как позволяет корригировать поведение ребенка. Результаты лечения Айхлсэдер (Eichlseder, 1976) описывает следующим образом: «Ребенок становится более уравновешенным, спокойным и отзывчивым. Он добровольно берется за выполнение необходимых заданий, будь то уроки или внешкольные занятия. Вдруг без всяких напоминаний он убирает свою комнату... Короче, медикамент позволяет ребенку лучше управлять своими импульсами. Ребенок начинает лучше и дольше слушать, он более адекватен социальной обстановке, кроме того, несколько снижается и гиперактивность».

«Химическое укрощение строптивости и упрямства» (Voß, 1995) и коррекция поведения в сторону идеального состояния ребенка объясняются еще и тем, что медицина приучила современного человека рассматривать человеческое тело прежде всего как манипулируемый аппарат для обмена веществ. Тем самым такие его проявления, как чувства, боль и особенности поведения в их субъективном значении, не принимаются более всерьез.

«Неспособность менять состояние и переходить из одного состояния в другое привела сегодня к тому, что данный процесс пытаются осуществить как бы извне» (Böhme, 1985). Имеется в виду прием медикаментов, с помощью которых в зависимости от желания можно изменять процессы, протекающие в теле, чтобы таким образом избавиться от нежелательного и обременительного состояния. Такие чувственные моменты в жизни человека, как счастье, удовлетворенность, раздражение, печаль, и связанные с ними акты экстерииоризации превратились в манипулируемые агрегатные состояния и тем самым стали объектом науки — фармацевтики. Именно здесь, похоже, открывается рынок для товара под названием «адекватное поведение», поскольку именно в начале учебы в школе от ребенка требуется нормированное поведение, структуре которого менее всего соответствуют «нервные» дети. Возможно, что немаловажную роль тут играют и финансовые интересы. Ведь, как подчеркивает Конрад (Conrad, 1990), на таком средстве, как риталин, уже были заработаны миллионы.

2. Гиперактивный ребенок в школе

Уже первые шаги в школе знаменуют для детей с нарушениями поведения начало больших неприятностей, так как особенности их поведения вступают в резкое противоречие с теми ожиданиями, которые господствуют в школе. Почему так происходит?

Помимо сообщения знаний начальная школа, действующая в качестве важной инстанции по социализации детей, должна обеспечить такой тип желательного поведения учащихся, который бы впоследствии обеспечил задачу внесения в голову учащегося субъекта вместо интересующего детей содержания относительно чуждую этим интересам сумму знаний.

Другими словами, от начальной школы ожидается, что она будет все более глушить внутренние побуждения детей, которые могут мешать проявлению интереса к преподаваемому им материалу. То есть школьник должен научиться подавлять в себе рождаемые в ходе учебного процесса фантазии и проявления активности, которые могут помешать ему вести себя спокойно. Одно из самых больших достижений начальной школы, по-видимому, в том и состоит, чтобы вмонтировать в детскую голову этот внутренний механизм регуляции и заставить его работать в желаемом направлении. Только так дети превращаются в школьников, а «аморфная детская масса» с разнящимися интересами трансформируется в сумму калькулируемых величин, в объекты обучения, которые, по возможности, не должны получить в школе другого опыта, кроме предписанного в учебной программе. Учебный материал изучается в предусмотренные для этого сроки в определенном месте и совместно с другими одноклассниками. «Не смысл деяния, не цель действия определяют продолжительность того, что совершается в процессе учебы, а априорно установленное для этого время» (Rumpf, 1981).

Очевидно, что каждый ребенок должен подчиниться этому макропроцессу цивилизации, как это отмечает Румпф: «Врастание в лоно современной цивилизации для каждого ребенка сопряжено с прохождением курса специального физического аскетизма: он должен научиться ограничить свой вселенский чувственный резонатор лишь определенными каналами и контролировать их» (1981). Таким образом, школа выполняет существенную общественную функцию. В процессе сообщения знаний подрастающему человеку она призвана приучить его к постоянному владению собой, чтобы таким образом раз за разом переводить цивилизуемый субъект из состояния не владеющего собой в желаемое состояние самоконтроля. Данное превращение совершается сегодня не с помощью авторитарных техник, а прежде всего путем мотивационных стратегий обучения. Таким образом удастся управлять относительно непредсказуемыми интересами и их потоками. Опытный педагог отличается, следовательно, умением с помощью дидактико-ме-

тодических приемов таким образом препарировать любой учебный материал, чтобы детские интересы в одно и то же время и в одном и том же месте были направлены на освоение предлагаемого им учебного материала.

Помогает в этом деле уже на ранней стадии обучения соревнование, возникающее между учащимися, приводящее порой к тому, что школьники уже начальных классов требуют удаления из класса успевающих учеников как мешающих занятиям. Благодаря этому органически присущему школе механизму соревновательности формируется своеобразное отношение детей к содержанию школьного образования, которое Румпф характеризует следующими словами: «Примечательной в этой манере людей подстрекать друг друга является тенденция к отчуждению выполняемых действий от совершающего их субъекта: совпадает ли устремление по своему содержанию действительно с ранним опытом, с личными чаяниями индивидов — это уходит на задний план, как только механизм соревнования приводит людей в движение: нравится ли какому-нибудь мальчику тот предмет, в котором он является триумфатором, возможно, он и сам не знает. Похоже, учеба для него сродни гоночной трассе, на которой он добивается успеха...» (1976).

Хотя просвещенное демократическое общество распрощалось с идеалом безропотного верноподданного и возвело в ранг добродетели ответственность гражданина, оно, как никогда, зависит от предсказуемости и контролируемости поведения людей. Конечно, телесные наказания в качестве меры чувственного воспитания детей изжили себя, тем не менее задача управления поведением субъекта осталась в неприкосновенности. На место простого подчинения пришла цель окультуривания и саморегулирования необузданной чувственности. В современную эпоху эта цель достигается более тонкими и в то же время гораздо более эффективными воздействиями, чем в прежние времена. Понгратц называет их «техниками мягкой нормализации», которые заменили методы «моральной индоктринации и телесных наказаний» (Pongratz, 1989).

Ребенок, который по различным причинам не соответствует канонам ожидаемого от него поведения, очевидно, не приемлем для этого учреждения. Не следует ли из этого то, что школа ввиду все более растущего уровня требований к успеваемости и поведению учащихся с благодарностью ухватывается за возможность навешивания на детей патологизирующих ярлыков в целях исключения строптивой части своей «клиентуры» из общей массы школьников, тем более что такое однозначное объяснение отклоняющегося поведения соблазняет своей исчерпывающей простотой? Учительской общественности постоянно указывается на существование у проблемных детей легких нарушений в деятельности мозга. В результате учитель перестает чувствовать свою ответственность за

этих учащихся. Эти расплывчатые неврологические обоснования стараются довести до сведения широких слоев читающей публики специальные журналы для родителей, пытаясь объяснить им таким образом все многообразие феноменов поведения. Например, в журнале «Игра и учеба» можно прочесть: «Их называют растрепами или копушами, иногда подбираются более “ученые” слова: “ребенок с отклоняющимся поведением” или “ребенок с нарушением поведения”. Речь идет о детях, которые не могут спокойно сидеть на одном месте, постоянно двигаются, носятся, ни одну игру не доводят до конца, или о тех, кто, напротив, постоянно находится в одиночестве, стоит в сторонке в углу, не может раскрыть рта и никогда не обращает на себя внимание. Часто за такими типами поведения скрывается минимальная церебральная дисфункция» (Spielen und Lernen. — 1984. — № 4).

Даже специальные профессиональные объединения считают своим долгом высказаться на эту тему. В одной информационной брошюре Федерального союза парализованных спастиков, озаглавленной «ММД» в контексте проблематики церебральных нарушений моторики гиперактивность трактуется как минимальная мозговая дисфункция, приводится следующая характеристика детей с такими нарушениями: «Так называемые ММД-дети обращают на себя внимание в основном в детских садах, а также в дошкольном и школьном возрастах. Почти все родители таких детей говорят, что их ребенок “какой-то не такой” или что “его поведение отличается”» (Maschmeier, 1984). Очевидно, главное «преступление» этих несчастных детей состоит в том, что они «какие-то не такие».

3. Некоторые мысли по поводу детей с «неуправляемым» поведением

Как подчеркивается в разных источниках, именно проявления ведущей симптоматики описываемого здесь синдрома («гиперкинетическое поведение») являются причиной жалоб как родителей, так и школьных преподавателей. Айхлсэдер называет гиперкинетизм «самым распространенным психическим нарушением в детском возрасте» (1991). Вендер, американский детский психиатр, насчитывает 4,5 млн гиперактивных детей в США (Wender, 1978).

Поведение гиперактивных детей, в сущности, характеризуется четырьмя признаками (по: Oehler, 1990).

1. Избыток моторной активности.
2. Нарушение внимания.
3. Недостаточный контроль за своими импульсами.
4. Неадекватность эмоциональных реакций.

К этим первичным нарушениям присовокупляются сопутствующие, или вторичные, нарушения: трудности процесса учения, отклонения социального поведения и вторичная невротизация.

Чаще всего наблюдаемые феномены поведения объясняют результатом нарушения церебральных функций. Для описания предполагаемых причин на церебральном уровне используются различные термины. Поначалу имели хождение такие понятия, как «энцефалопатическая психопатия» (Enke, 1953) или «мозговой органикопсихический осевой синдром» (Göllnitz, 1954), позднее появилась несколько другая терминология: «экзогенный психосиндром раннего детства» (Lemp, 1970), «психоорганический синдром раннего детства» (Ruf-Bächtiger, 1987). Сейчас же очень распространенным стало понятие «минимальная церебральная дисфункция» (MCD). Само это словообразование стало использоваться в качестве синонима понятия «гиперкинетический синдром».

Термин «синдром», употребляемый в связи с предполагаемой церебральной этиологией отклоняющегося поведения, позволяет ставить «суммированный диагноз», если заранее определен каталог отклонений (синдром), в который вписываются наблюдаемые у ребенка особенности поведения. Так, в своей обширной документации по картине заболевания, именуемого «минимальной церебральной дисфункцией», Бауэр выделяет наряду с первичной симптоматикой («моторными нарушениями», «органическими функциональными отклонениями») следующий вторичный комплекс симптомов в эмоциональной сфере: «дурашливость, клоунизм, экзальтированность, импульсивность, а также безудержность, необузданность, или эйфория». Однако он отмечает и «заторможенность, эмоциональное притупление, унылость, чувство вины, сниженную самооценку, регрессию, депрессивную мрачность, или дисфорию» (Bauer, 1986).

Кроме того, автор указывает, что эти дети не могут владеть своими эмоциями и соизмерять их с теми или иными ситуативными и личными обстоятельствами, «легко раздражаются», они «нетерпеливы, капризны, упрямы или дерзки... часто выходят из себя или гnevаются... порой проявляют чрезмерную чувствительность, нетерпимость к критике и легко оскорбляются. У них быстро возникают угрызения совести, если они сделали что-нибудь не так или вызвали чье-то неудовольствие» (там же). Помимо всего, у таких детей наблюдаются нарушения в социальном поведении, а именно: «замкнутость, несамостоятельность, тенденции к тому, чтобы идти на попятную, уклончивость, стремление к изоляции и одиночеству, прилипчивость, обособленность, нерешительность, робость и т.д». Это с одной стороны. А с другой — «позерство, заносчивость, доминантное поведение, негативизм, агрессивность, сильный эгоцентризм, оппозиционность и т.д.» (там же).

Нам представляется, что данное перечисление особенностей поведения, приписываемых определенной симптоматике, отражает легкость, с которой, условно говоря, неадекватную структуру поведения относят к патологии, без того чтобы сначала поинтересоваться жизненными обстоятельствами и другими существенными факторами, которые стоят за проявлениями особенностей поведения. Сдэш называет эту технологию подведения симптомов под определенный диагноз «психосемантическим трюком для подтверждения того, что “болезнь” без наличия установленного гистопатологического поражения тем не менее является болезнью» (Szasz, 1979). С применением термина «синдром», в котором заключена определенная медицинская семантика, ассоциируются и соматические отклонения, которые в данном случае эксплицитно не выявлены.

Какова история появления связи между гиперактивностью и нарушением функций мозга? Впервые «гиперкинетическое поведение» было описано в США в 1940-е гг. у детей с постэнцефалитным синдромом. С тех пор моторная беспокойность стала увязываться с «минимальным мозговым повреждением» (Conrad, 1990; Esser, Schmidt, 1987). Поскольку не было представлено однозначных доказательств мозговых повреждений, которые бы коррелировали с указанной симптоматикой, в 1966 г. произошла смена понятий: вместо «минимального мозгового повреждения» стали говорить о «минимальной мозговой дисфункции». Тем самым упор делался не на повреждении субстрата, а на неточно локализуемом церебральном нарушении органического характера (Harbauer, 1980). Речь шла также о «нарушении функций мозга», проявляющихся только в функциональной области (von Lüpke, 1990) и вызывавших такие отклонения, как гиперактивность и другие симптомы в сферах поведения, работоспособности и учебы, — одним словом, о «поведенческом синдроме» (Bauer, 1986). Таким образом, как уже говорилось выше, удавалось обходить вопрос о необходимости диагностирования повреждения мозга и тем не менее считалось возможным ссылаться на органическую этиологию, тем самым болезненный характер нарушения выступал на первый план, что выражалось медицинским термином «синдром».

Диагностическая верификация органических причин указанного синдрома до сих пор весьма туманна. Нейропедиатр Нойхойзер констатирует, что нейрофизиологические исследования не могут ни подтвердить, ни опровергнуть наличие ММД (Neuhäuser, 1984). В то же время подчеркивается, что аномалии, выявленные в ходе проведения энцефалограмм у детей с так называемым ММД, встречаются не чаще, чем в других диагностических группах (Jungmann, 1983). Такое положение вещей относительно так называемого гиперкинетического синдрома однозначно подтверждается специалистами по детской и юношеской психиатрии (Steinhausen, 1982;

Esser, Schmidt, 1987; Oehler, 1990). Более того, в других источниках подчеркивается, что энцефалография не выявляет патологических изменений при так называемом гиперкинетическом синдроме. Иными словами, повреждения мозга, которые могли бы объяснить гиперкинетический синдром, не известны (Steinhausen, 1982; Oehler, 1990).

В связи с этим выдвигаются требования о развенчании этой «полюбившейся этиологической модели почти всех нарушений поведения и работоспособности в школьном возрасте» (Esser, Schmidt, 1987). Подвергается критике растущая «медицинизация» проблематики, когда индивидуальная особенность в поведении интерпретируется как болезнь, которая подлежит медицинскому лечению.

Само лечение монологически структурировано, т.е. лицо, проводящее терапию, действует в заранее заданном направлении: исходя из своего понимания того, что такое «здоровое» состояние, оно (это лицо) определяет стратегию медицинского воздействия. В русле этого подхода, сужающего этиологический коридор до пределов фиксированной парадигмы, фактически не остается места для учета других факторов, которые могут играть причинную роль в проявлении тех или иных особенностей поведения.

Специфическим манифестациям в поведении человека, которые могли бы быть истолкованы как чувственные реакции («сигналы бедствия») на воздействия деформирующих его окружающих жизненных обстоятельств, не придается никакого значения, эти «бессмысленные» нарушения поведения попросту подлежат искоренению.

Таким образом, проводится мысль, что люди со «здоровой» церебральной конституцией ведут себя более или менее одинаково (адекватно, нормально), отклонения же от этой нормы объясняются патологическими изменениями в мозгу человека.

Однако надо иметь в виду, что навешивание ярлыков, как это прослеживается по результатам многих исследований (Bleidick, 1977; Brusten, Hohmeier, 1975; Kobi, 1980; Thimm, 1975), оказывает сильное воздействие на процессы формирования идентичности личности.

Есть опасность, что ребенок с навешенным на него ярлыком своим поведением будет оправдывать присвоенный ему образец идентичности (клеймо). Вживаясь в заданный ему образец поведения, ребенок постепенно начинает относиться к самому себе так, как его квалифицирует окружение. В отношении структуры своего поведения такой ребенок оказывается в ловушке: как бы он себя ни вел, нежелательные моменты в его поведении будут подводиться под висящий на нем ярлык. Таким образом, навешивание ярлыков вызывает эффект Пигмалиона, эффект ожидания: происходит специфический интеракционный процесс сбывающегося

предсказания, который не только протекает на уровне переживания у лиц, близких ребенку, но и становится фактом внутренней психической жизни самого так называемого гиперактивного ребенка, который все больше проникается чувством того, что заявленное сбывается-таки на самом деле.

Диагноз «гиперкинетический синдром», когда он становится известен ребенку и родителям, действует как бумеранг, накладывая глубокий отпечаток на поведение гиперактивного ребенка, его отношения в семье и в более широком окружении. Такой подход ни в коей мере не отвечает ситуации внутреннего психического конфликта, в котором пребывает данный ребенок.

4. О необходимости понимать беспокойного ребенка

Если пытаться понять значение различных проявлений человеческого поведения, то следует распрощаться с однолинейным подходом к объяснению его особенностей. Здесь требуются междисциплинарные теории, способные охватить гетерогенность человеческого бытия, необходимо иное понимание нарушений, нежели то, которое предписывается медицинской парадигмой.

Вольф (Wolff, 1978) пользуется в этой связи понятием «сигнальное поведение», которое предполагает, что любое поведение, независимо от формы его выражения, следует рассматривать с функциональной и ситуативной точек зрения. Лишь благодаря такому подходу становится понятным, что так называемое нарушение поведения является необходимостью для поддержания психической устойчивости индивида, т. е. отклоняющееся поведение можно понимать как адекватную поведенческую реакцию на неадекватные жизненные условия. Очевидно, именно это имеет в виду Лейнг, когда говорит: «Наше поведение является функцией нашего опыта. Наши действия соответствуют нашему видению порядка вещей» (Laing, 1979).

Если мы хотим проникнуть в природу особенностей интересующего нас ребенка, то нам необходимо умение вживаться в мир индивидуальных жизненных сценариев. Это процесс понимания, при котором наблюдатель использует собственные впечатления, чтобы понять душевное состояние ребенка. «Следует вновь восстановить субъективность в качестве основополагающего условия познания, именно она превращает наблюдателя в партнера, в участника “познающего взаимодействия”» (Gidoni, 1995).

Введением субъективного начала в процесс познания можно преодолеть присущий медицинской парадигме терапевтический монолог, направленный... «на подтверждение готовых мнений и верификацию собственных гипотез и теорий. Не только собственный опыт, но и опыт опрашиваемого должен вливаться в искомый ответ» (Kobi, 1980).

В качестве исходной позиции в процессе понимания поначалу непонятого явления — в том числе неистовства, неугомонности так называемого гиперкинетического ребенка — может быть полезен «промежуточный антропологический прием», в принципе за-прещающий наблюдателю априорно отмахнуться от противоестественного, на первый взгляд, проявления как не имеющего значения. Зигенталер (Siegenthaler, 1983) внедряет такой подход в работу с пациентами, имеющими тяжелейшие формы психических нарушений, и задает вслед за Больновом вопрос: «Какими же чертами в целом должна обладать человеческая сущность, чтобы это особенное, данное в конкретных жизненных обстоятельствах явление могло быть постигнуто в качестве исполненного смысла и необходимого элемента?» (Bollnow, 1956).

Вопрос о сущности конкретного человека не позволяет, к примеру, просто окрестить определенные проявления в его поведении «манерничаньем» и отмахнуться от них как несущественных. Как это часто происходит на практике, эти отклонения можно поправить с помощью мероприятий по корректровке поведения. Кажущееся бессмысленным поведение для Зигенталера представляет собой значимую и, может быть, единственную возможность, которой пользуется страдающий нарушением человек для общения с окружающим миром, эмфатически восприняв которое, можно проникнуть в суть этого человека (Siegenthaler, 1983).

В свете вышесказанного стремление назвать (это соответствует духу монологической медицины) на первый взгляд непонятое, странное, причудливое поведение нарушением, поскольку такое поведение мешает другим, можно расценить как недостаточно ответственное отношение к ребенку. Для диалогового подхода не существует стереотипий, не существует гиперкинетического синдрома или «минимальной мозговой дисфункции». И не только потому, что эти понятия вряд ли поддаются диагностической верификации, но еще и потому, что они мешают пониманию индивидуальных проявлений, имеющих для ребенка жизненно важное значение. В соответствии с этим подходом существуют только Петер, Карин, другой ребенок со своими специфическими особенностями, проявляющимися совершенно индивидуально, которые мы обязаны понимать также индивидуально, в их неповторимости.

Если Эссер и Шмидт (Esser, Schmidt, 1987) подчеркивают в своих исследованиях, что наделенные ярлыком ММД отклонения в поведении объясняются в первую очередь ошибками в воспитании, а Штайнхаузен говорит о «психогенной гиперактивности», о «гиперактивности при эмоциональной депривации» или «гиперактивности как следствии дефицита социализации» (Steinhausen, 1982), то это может означать, что в силу определенных жизненных обстоятельств все большее количество детей дают проявления «нарушений» в поведении.

ГИПЕРАКТИВНОСТЬ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ

К. Фишер

1. Тим — чрезмерно активный ребенок

Вместо введения я процитирую наблюдение воспитательницы, касающееся одного мальчика. Подобных ему сегодня можно встретить в любом детском саду.

Тим был принят в наш детский сад в августе 1990 г. В то время ему было 3 г. 1 мес. Мы работали по традиционной методике, поэтому он был помещен в группу из 25 детей. Через короткое время мы смогли наблюдать следующее:

- крайне беспокойный, Тим бегал по комнате и лишь на короткое время предавался какому-нибудь занятию,
- он был очень нетерпелив и не мог ждать,
- часто он что-нибудь опрокидывал (игрушки, настольные игры),
- он не мог сидеть на одном месте, слушать и принимать участие в общем пении и играх,
- казалось, что он не мог критически оценивать свои умения, например, он ездил на велосипеде по игровой площадке и наезжал то на дерево, то на стену дома, то на других детей,
- дети исключали Тима из совместных игр (он вынужден был играть главным образом один), говоря при этом: «Тим все ломает», «Тим слишком буйный», «Тим слишком шумный». Если случалось другому ребенку что-нибудь опрокинуть или сломать, то можно было услышать: «Совсем как Тим».

После перехода на систему «открытого детского сада» в январе 1991 г. его поведение изменилось следующим образом: в первые недели Тима можно было видеть только в комнате для подвижных игр, его излюбленными занятиями были лазание, бег, прыжки. Тим все реже попадался на глаза в связи с какими-нибудь происшествиями (например, опасная езда на велосипеде). Он гордился своими достижениями, все чаще переживал положительные эмоции, получал значительно меньше замечаний.

Примерно после 3—4 мес интенсивных занятий в комнате для подвижных игр он чаще стал вступать в более тесные контакты с другими детьми. К этому времени Тим начал открывать для себя мир труда, научился обращаться с инструментом, у него появились некоторые идеи, которые он старательно и с выдумкой воплощал в жизнь. Другие дети обращались к нему за помощью, так что у него появилось законное право на ощущение успеха. Примерно через 6 мес Тима можно было увидеть уже участвующим в ролевых играх или занятым в строительстве. Теперь Тиму 5 лет и 3 мес. Это активный ребенок, у которого много тесных контактов с другими детьми. Он уверенно передвигается по всему детскому

саду и с охотой участвует в самых разных занятиях. Все мы отмечаем, что Тим очень живой ребенок, но мы ни в коем случае не стали бы относить его к числу детей с отклоняющимся поведением (Dehlfing, 1992).

В задачу данной статьи не входит обсуждение концепций дошкольной педагогики. Вышеприведенный эпизод обращает наше внимание на феномен, который стал постоянным в жизни детских садов и в последние десять лет вошел в число объектов междисциплинарных исследований. От 10 до 20 % всех детей дошкольного возраста обнаруживают более или менее своеобразное поведение (Barth, 1992; Schmidt, 1992), при этом такие формы поведения, как двигательное беспокойство, бесцельная активность, сопровождаемые импульсивностью, а иногда и агрессивностью, стоят на первом плане (Steinhausen, 1982). Позднее таким детям грозит неуспеваемость в школе (Barth, 1992). Как только речь заходит о школьной карьере ребенка, так тут же родители, психологи, педагоги и терапевты настораживаются. Тогда встают вопросы: «Что это за дети, которых детский врач Гофман 150 лет назад впервые описал в своей книжке “Дер Штруввель-Петер” в образе Цаппель-Филиппа (русский “Степка-растрепка”)», «В чем причины того, что Филиппу не сидится на месте?» И прежде всего: «Как мы можем предотвратить или смягчить жизненные неудачи этих детей?»

2. Содействие развитию идентичности

Наш Тим, по всей вероятности, не был «тяжелым случаем», если через полтора года он нашел свое место в обычной группе детского сада. И все же надо отдать должное интуиции и профессионализму воспитательниц, которые активно поддерживали Тима в его развитии: «Он гордился своими достижениями, все чаще переживал положительные эмоции, получал значительно меньше замечаний». Похвала и признание со стороны детей и взрослых — это, пожалуй, важная составляющая в процессе содействия становлению самосознания личности.

Отважиться на что-либо можно только если ты уверен в себе. Но для того чтобы эта уверенность появилась у ребенка, нужна определенная атмосфера. Открытая обстановка в детском саду и личная открытость воспитательниц, вероятно, содействовали тому, что через некоторое время Тим «с охотой участвует в самых разных занятиях» и его никак нельзя отнести «к числу детей с отклоняющимся поведением». Раскрепощенная атмосфера общения между воспитателями и детьми, когда отпускаются поводы и детям дается возможность ползать, побегать и попрыгать, чтобы они узнали возможности своего тела и в процессе подвижных игр набирались опыта общения с другими детьми, — это элементарные условия формирования идентичности. Свобода движения не толь-

ко физическая, но прежде всего психологическая категория. Применительно к проблематике непоседливого Филиппа это означает, пожалуй, что мы должны разрешить Филиппу быть непоседливым, должны дать ему возможность проявлять свою активность.

Анализ биографии гиперкинетичных детей показывает, что феномен гиперактивности сообразно его комплексности нуждается в многомерном изучении. Многие дети, по наблюдению их родителей, всегда были активны сверх всякой меры. Спонтанность их поступков и любопытство для заорганизованного мира взрослых часто представляют собой проблему. Приходится отметить, что специфически детское, с бьющей через край двигательной энергией поведение часто представляется «отклоняющимся» только с точки зрения взрослых; кипучая детская двигательная активность не всегда подходит под определение гиперактивности, являясь выражением жизнерадостности и жажды движения (Zimmer, 1989).

К проблемным относятся, однако, те дети, поведение которых характеризуется следующими признаками (по: Oehler, 1990):

- 1) избытком двигательной активности;
- 2) нарушением внимания;
- 3) недостаточным контролем за импульсами;
- 4) неадекватностью эмоциональной реакции (легкая возбудимость).

Это дети, проявляющие хаотичную избыточную двигательную активность, что для них является способом расходования двигательной энергии и удовлетворения сенсорного голода, при этом они не в состоянии отделять важные раздражители от второстепенных (Kiphard, 1987). В этом случае можно говорить о гиперкинетическом синдроме, применяя этот медицинский термин. Такие дети нуждаются в пристальном внимании специалистов.

3. Пути содействия развитию гиперактивных детей

Педагогико-терапевтическая система оказания помощи детям на ранней стадии развития, имея междисциплинарный характер, в настоящее время получила целостность. Это означает прежде всего отказ от примата медикаментозного и диетического лечения гиперактивных детей, которое долгое время занимало господствующие позиции. План содействия развитию ребенка может отвечать его потребностям в том случае, когда в центре внимания находится личность ребенка и учитываются особенности его окружения.

3.1. Личность ребенка, или движение в поисках идентичности

С точки зрения развития знакомство с собственным телом представляет для ребенка главнейший элемент процесса установления персональной идентичности (Paulus, 1986). Человеческие пережи-

вания связаны с внутренним бытием тела (соматический опыт) и бытием вне тела (социальный и материальный опыт); содержанием переживаний является опыт «самости» и опыт внешнего мира.

В деятельном интерактивном взаимодействии индивида с окружающим миром моторика становится основой дееспособности и коммуникабельности человека. Именно это учитывается при организации содействия психомоторному развитию в рамках принципиально целостной и многомерной концепции поддержки.

Человеческая деятельность преимущественно основывается на опыте, который приобретается, непрерывно дифференцируется и расширяется, при этом постоянно взаимодействуют чувственное восприятие, движение, переживание и переработка информации (von Weizsäcker, 1950; Stolze, 1976).

Подход к развитию ребенка, подчеркивающий центральную роль тела и субъективно-эмоционального переживания деятельности, обязан своим возникновением прежде всего Эриксону (Erikson, 1950). Он описывает человеческое развитие как развитие личности с целью установления собственной идентичности. Выходя за рамки фрейдистского учения, где основной упор делается на отражение психосексуальных аспектов в развитии, Эриксон подчеркивает роль социально значимых лиц и окружения, считая важнейшим фактором развития личности взаимодействие между ребенком и окружающей средой.

Поиск идентичности характеризуется борьбой противоречивых тенденций. С одной стороны, он сопряжен со стремлением индивида к сохранению себя как индивидуальности, к обретению чувства собственной неповторимости через размежевание с другими. С другой стороны, он находится во власти необходимости развития и адаптации к постоянно меняющимся требованиям окружающего мира и значимых для него социальных групп.

Эриксон исходит из того, что развитие совершается по основному плану универсально повторяющихся этапов и кризисов развития. Оно несет на себе отпечаток специфических для каждого этапа конфликтов, которые характеризуются, во-первых, растущими способностями индивида и связанными с ними потребностями и желаниями, а во-вторых, изменением требований со стороны социального окружения. Каждый психологический кризис определяется наличием двух конкурирующих друг с другом полюсов (см. табл.).

Адекватное разрешение конфликтов заключается в установлении баланса столь противоречивых тенденций и составляет *задачу развития*. Отсутствие их разрешения затрудняет дальнейшее развитие. Однако, по Эриксону, существует возможность разрешения застарелых психосоциальных конфликтов на более поздних этапах развития (Erikson, 1989). Именно здесь и есть исходный пункт для работы по оказанию поддержки в развитии детей. Для этой цели

Развитие и психосоциальные конфликты (по Эриксону, 1950)

Психосоциальный конфликт		Возраст, лет
Первичное доверие	Первичное недоверие	0—1
Автономия	Стыд, сомнения	2—3
Инициатива	Чувство вины	4—5
Прилежность	Чувство неполноценности	6—12
Идентичность	Ролевая диффузия	13—18

необходимо найти такие темы или содержание, овладение которыми будет содействовать разрешению конфликтов и тем самым — поиску идентичности.

На первом году жизни ребенка, согласно Эриксону, в психосоциальном плане речь идет о первичном доверии и преодолении чувства недоверия. Какие виды движения и игры могут способствовать устранению психосоциального конфликта между обретением доверия и формированием основного чувства недоверия? Hammer, Denzer, Twellmeyer (1989), а также Seewald (1989, 1991) рекомендуют в этих целях такие движения, как мягкое покачивание и несколько более сильное раскачивание с мягкими переходами и небольшой интенсивностью. Эти движения могут своей размеренностью и гармоничностью внушать ребенку чувство стабильности и безопасности.

Позднее, когда дети подрастут, можно создавать им условия, когда они, играя, будут, к примеру, заворачиваться в одеяла или кусок материи или строить из простых материалов домики, пещерки, палатки и тому подобные укрытия, которые рожают ощущение тепла, уюта и вызывают у них чувство защищенности. К этим видам деятельности дети стремятся сами, и такие игры входят в репертуар мотопедагогики, ибо они способствуют развитию эмоционального компонента детской психики.

На втором и третьем годах жизни дети, по мнению Эриксона, развиваются между полюсами «автономия» и «стыд, сомнения». Задача развития заключается в том, чтобы в известной мере освободиться от влияния первичной референтной персоны и преодолеть чрезмерное чувство стыда и сомнений. Это стремление поддерживается прежде всего теми новыми возможностями, которые возникают в области владения своим телом (ходьба, речь, контроль функций дефекации). Возможность передвижения в пространстве означают для ребенка «невиданное расширение горизонта и новые, доселе небывалые возможности освоения мира» (Conzen, 1990).

Теперь ребенок знает, что есть внутренний и внешний мир, есть *Я* и *Ты*, что можно активно воздействовать на окружающий мир. На этом этапе утверждение собственной воли имеет особое

значение. Неизбежно начинаются столкновения с близким окружением. Приобретенное на первом жизненном этапе первичное доверие и чувство защищенности в отношениях с родителями впервые подвергаются серьезной проверке (Mahler, Pine, Bergmann, 1991). В это время важно, чтобы ребенок по возможности без страха мог экспериментировать со сближением и удалением, уходом и приходом. Речь идет о том, чтобы найти баланс между сохранением хороших отношений с близкими людьми и опытом отдельного и автономного существования. С точки зрения моторики в это время подходящими являются игры в прятки и догонялки.

Игра в прятки дает возможность отделиться от других, в то же время в ней содержится элемент уверенности в том, что тебя снова найдут (Hölter, 1987).

Салки, пятнашки, догонялки характеризуются сменой состояний близости и дистанции; их прелесть состоит в чередовании убегания и преследования, причем маленькие дети сами дают себя поймать (Seewald, 1989).

Дети этого возраста (и старше) полны желания испробовать возможности и пределы способностей своего тела, даже если это сопряжено с известным риском. В это время вполне можно предлагать им такие упражнения, которые связаны с балансированием, лазанием и соскальзыванием по наклонной плоскости, ибо они вполне отвечают потребностям этого возраста.

В дошкольном возрасте, когда в развитии ребенка обозначается противоречие между стремлением к инициативе и чувством вины, задача заключается в открытии у себя индивидуальных особенностей и способностей, в установлении отличия себя от других. «Теперь ребенок твердо усвоил значение Я; отныне он должен узнать, каким человеком он хочет стать» (Erikson, 1989). Стремление ребенка к независимости, по Эриксону, питается тремя моментами развития.

1. Теперь ребенок в состоянии двигаться более свободно и энергично, обретая тем самым широкое, субъективно неограниченное поле деятельности.

2. Его речевые навыки совершенствуются, развивается символическая функция речи, а также появляются первые признаки интериоризации схем действия в форме представлений (Piaget, 1969).

3. Язык и свобода передвижения в совокупности расширяют мир представлений ребенка.

Характерными для этого возраста являются идентификация себя с теми ролями и деятельностью, которые присущи взрослым, а также мечты о том, чтобы стать большим и сильным. Ребенок старается с помощью приобретенной во второй фазе своей жизни автономной воли претворять в жизнь конкретные цели (Conzen, 1990).

Главная тема, интересующая ребенка на этом отрезке его жизни, — это развитие собственной инициативы. Речь идет о том,

чтобы принимать новые вызовы и решать новые задачи, открывать в себе индивидуальные черты, сравнивая себя с другими и отличая себя от них, и тем самым формировать собственную идентичность. Однако позитивная Я-концепция выстраивается только в том случае, если успех какого-либо действия связывается с собственной активностью, а не воспринимается как случайность или как результат чужой воли. На этой основе следует создавать такие ситуации, в которых ребенок может действовать, проявляя самостоятельную активность, что является существенным предварительным условием формирования положительной Я-концепции (Volkamer, Zimmer, 1986).

Чувство вины — противоположный полюс инициативы, — согласно Эриксону, оказывает тормозящее воздействие на неустанную тягу к исследованиям и инициативность дошкольников. Если до сих пор ребенок стыдился, когда его заставляли врасплох за запрещенными занятиями, то теперь чувство вины может возникать на основе осознания норм и ценностей, которые привиты семьей и обществом. В этой связи Эриксон (1989) указывает на негативные последствия чрезмерных запретов, одергиваний и ограничений деятельности со стороны референтных лиц, которые в итоге могут привести к «формальному послушанию» в виде буквального и чересчур усердного следования правилам, чрезмерной зажатости и запуганности.

Существует множество разных видов деятельности и игр с целью развития инициативы. Это, например, подвижные игры, игры на местности, удовлетворяющие жажду приключений, роликовые и колесные средства передвижения (Fischer, Wendler, 1993).

Ролевые игры (например, «мама, папа и я»; «разбойник и полицейский»; «индеец и ковбой») позволяют ребенку идентифицировать себя с тем или иным персонажем. Катаясь на *роликовых* или *колесных средствах передвижения* (самокаты, роллеры, велосипеды, затем скейт-борды), дети одновременно учатся владению своим телом и самоконтролю, в то время как они «осваивают мир».

Игры на местности ставят ребенка перед необходимостью осваивать такие движения, как лазание и преодоление высоты, что предъявляет к нему значительные требования, «так как ребенок открывает для себя третье измерение и отрывается от твердой опоры под ногами, какой является для него мать-земля» (Seewald, 1991). Игры соревновательного характера дают возможность померяться собственными силами с другими ребятами.

Для практической работы по оказанию содействия гиперактивным детям с ориентацией на их развитие можно выделить три темы (по Эриксону).

1. Создание доверия.
2. Формирование автономии.
3. Развитие инициативы.

Переживания ребенка, связанные с движением, окрашены радостью: он может свободно принимать решения, как ему действовать. Доверие, автономия и инициатива играют при этом роль решающих факторов. Ребенок должен проникнуться доверием к себе и другим, принимать решения и контролировать себя (автономия), браться за выполнение новых задач (инициатива). И все это требует поддержки и уважения со стороны взрослых. Для выполнения этих задач развития, для работы по содействию развитию идентичности гиперактивных детей особое значение имеют такие категории, как движение и тело.

Современная психология развития признала значение выдвинутых Эриксоном положений о кризисах и типичных жизненных задачах. Однако генетически детерминированную универсальную смену кризисов в течение жизни человека следует оспорить. Индивидуальные действия и способы поведения, в том числе странности в поведении детей, можно понять только «с учетом уровня общественной опосредованности» (Passolt, 1989), внимание должно быть обращено как к самому ребенку, так и к условиям окружающей его среды.

3.2. Роль окружающей среды, или экологический аспект в работе по оказанию помощи ребенку

Экологический подход восходит отчасти к понятию «жизненное пространство», введенному Левином в контекст психологии развития (Lewin, 1936). Такой подход прослеживается также у Баркера и Райта (Barker, Wright, 1954), оперировавших в своих исследованиях «экологических сред» понятием Setting (окружение, обрамление).

Понятие «жизненное пространство» обозначает субъективную интерпретацию индивидом своего окружения. По Левину, содержание этого понятия составляет «выраженное в умственных категориях знание о своем бытии и действия человека на основе продиктованной субъекту окружающим миром смысловой структуры» (по: Oerter, 1987, с. 91). Если понятие «жизненное пространство» включает прежде всего субъективные компоненты, то понятие «окружение» больше касается объективных реалий среды обитания.

Развитие человека протекает в пределах различных жизненных пространств, в которых индивид приобретает многообразный жизненный опыт. Жизненные пространства влияют на индивидуальное развитие, в свою очередь сам индивид воздействует на них, поскольку он является частью их.

По аналогии с биологическими экосистемами Бронфенбреннер (Bronfenbrenner, 1981) предпринимает попытку описывать развитие человека в экологических системах. Он представляет себе окружающую среду в виде входящих друг в друга концентрических

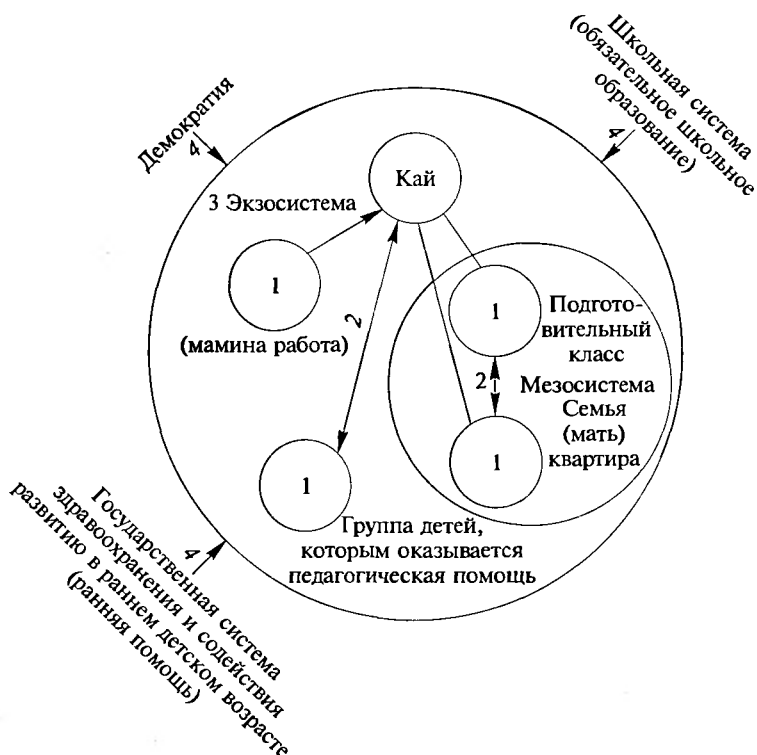


Рис. 2. Экологическая система (по Бронфенбреннеру, 1981):

1 — микросистема; 2 — мезосистема; 3 — экзосистема; 4 — макросистема

структур, называемых микро-, мезо-, экзо- и макросистемами. На рис. 2 на примере экологической системы Кая представлено взаимодействие систем различных уровней.

Кай, мальчик, которому исполнилось 6 лет и 6 мес, посещает одну из групп психомоторного развития Общества содействия развитию. Общение с ним протекает не всегда просто, так как его поведение подвержено сильным колебаниям. Его необузданность и безрассудность держат педагога по развитию моторики в напряжении, он опасается, что Кай сорвется со снаряда в гимнастическом зале. Кай нервозен и порой взрывается, если другой ребенок случайно к нему прикоснется.

На Кая обратили внимание врачи во время медосмотра перед зачислением его в школу. Его состояние было определено как «общее отставание в развитии». Отправка в школу была отложена на год. Кай начал посещать подготовительный класс интегративной начальной школы и, по рекомендации врача, группу по оказанию содействия психомоторному развитию. Вот уже четыре месяца Кай с восторгом ходит в эту группу.

Мельчайшей единицей экологической системы, по Бронфенбреннеру, является микросистема. К этому уровню относятся все те системы, которые непосредственно окружают развивающегося индивида.

Микросистема — это «модель различных видов деятельности и активности, ролей и отношений между людьми, которые развивающаяся личность переживает в конкретной жизненной сфере с присущими ей физическими и материальными признаками» (Bronfenbrenner, 1981). Микросистема наименьшая из возможных систем, в которых существует индивид. Примерами могут служить семья, детский сад или, как в случае с Каем, подготовительный класс и группа содействия развитию. При анализе условий развития на микроуровне учитываются жилищные условия семьи (например, размеры квартиры), материальный достаток в семье (в том числе и тяжелое материальное положение), а также отношения между членами семьи.

Мезосистема охватывает «взаимодействия между жизненными сферами, в которых активно участвует развивающаяся личность» (для Кая это отношения между семьей, подготовительным классом и группой товарищей по играм; для взрослого это отношения между семьей, местом работы и кругом знакомых). Таким образом, мезосистема образуется в результате взаимоотношений между микросистемами. Всякий раз, как ребенок вступает в новую жизненную сферу, образуется новая мезосистема (для Кая это, к примеру, поступление в группу педагогической помощи).

Экосистема охватывает «все сферы жизни, в которых индивид не является действующим лицом, но которые оказывают косвенное влияние на индивида и в свою очередь испытывают на себе его влияние». Так, например, место работы матери или отца (режим их работы) оказывает косвенное влияние на Кая. В то же время и сам Кай оказывает влияние на место работы (условия работы) родителей (например, в случае своей болезни).

Понятие макросистемы относится к «принципиально формальным и субстанциональным подобиям вышеназванных систем в пределах определенной культуры или общественного сегмента, включая базовые мировоззренческие условия». Макросистема охватывает не только культурные нормы и ценностные категории общества, но и их реальные структурные воплощения. Сюда могут быть отнесены, например, такие вопросы, как: имеется ли право на место в детском саду? Имеется ли обязательное школьное образование? Существует ли признанная система содействия развитию в рамках системы воспитания или медицинского обслуживания, оказывающая содействие развитию детей путем раннего обнаружения у них нарушений и их коррекции?

Отдельные элементы экосистемы не следует представлять себе как застывшие структуры. Они находятся в процессе постоянных изменений и воздействуют друг на друга. Изменение одного эле-

мента внутри системы в большинстве случаев влечет за собой также изменения других элементов этой же системы и других систем (Oerter, 1987). (Так, в детском саду, куда ходил Тим, перешли к открытой концепции воспитания, вследствие чего дети стали пользоваться большей свободой.)

Согласно Бронфенбреннеру, индивидуальное развитие может происходить всегда только в связи с деятельностью, т. е. в связи с действием в том или ином социальном контексте. Центральным моментом экологического подхода является поэтому создание сети социальных отношений индивида в как можно большем числе сфер жизни, с одной стороны, и в формировании взаимодействия между этими сферами, в установлении договорных отношений между участвующими лицами, с другой.

Давайте вспомним, что говорилось выше: односторонних подходов к оценке детского поведения, в том числе его необычности, не должно быть. Мы сможем помочь гиперактивному ребенку только в том случае, если нам удастся включить в поле нашего зрения все условия его окружения (семья, детский сад, круг друзей, школа, кружки и общества и т. д.). Но и этого мало: необходимо также по возможности оказывать воздействие на эти условия (путем консультаций, организации скоординированных мер содействия развитию).

Главный исходный пункт — это само действие, действие самого ребенка и всех, кто находится в его окружении. Даже представляющиеся на первый взгляд незыблемыми структуры на макроуровне, в частности условия оказания содействия в развитии в рамках общественной системы, возникают на основе договоренностей и взаимодействия между участвующими общественными группами.

Центральной категорией представляемой нами парадигмы развития детей является действие. В отношении самого ребенка речь идет о том, чтобы создать ему необходимые исходные условия для поиска своей идентичности, дающие ему возможность действовать и таким образом познавать себя, а также благоприятствующий развитию материальный и социальный окружающий мир. Действовать — значит изменять. Действовать — значит изменять себя и тем самым развиваться. Поскольку процессы развития связаны с социокультурным контекстом, перспектива активного изменения относится не только к самому ребенку, но и ко всем связанным с ним жизненно важным внешним средовым факторам.

II. ПОМОЩЬ ГИПЕРАКТИВНОМУ РЕБЕНКУ СРЕДСТВАМИ КИНЕЗИОТЕРАПИИ

ПРОТИВ ЧЕРТЕНКА, КОТОРЫЙ СИДИТ В ГОЛОВЕ КОРРЕКЦИЯ ПСИХОМОТОРИКИ СПОСОБНА УСПОКОИТЬ ГИПЕРАКТИВНЫХ ДЕТЕЙ

Как будто подгоняемые неведомой силой, они непрерывно вертятся, раскачиваются, прыгают, скатываются откуда-нибудь, кувыркаются. Гиперактивные дети могут довести своих родителей и учителей до отчаяния, но и им самим тоже жить нелегко. Беспомощность перед лицом внутреннего беспокойства один мальчик описал так: «Я хотел бы спокойно сидеть, быть послушным и учиться, но в моей голове сидит чертенок, который все переворачивает вверх дном. И я ничего не могу поделать с этим чертенком».

Часто такие дети мучимы чувством вины перед взрослыми, расположение которых они очень хотели бы завоевать своим дисциплинированным поведением. И так как у них это не получается, они снижают, теряют доверие к самим себе, что еще более усугубляет их нервозность.

Поэтому в соответствии с концепцией коррекции психомоторики гиперактивные мальчики и девочки на первой ее фазе должны получить возможность «выпустить пары». Только унявшись после этого, они готовы шаг за шагом обучаться владению собой: «К дисциплине и послушанию нельзя приучить извне, они должны вырасти изнутри». Таковы наблюдения основателя этой коррекционной системы франкфуртского ученого Э. Кипхарда, который представил пока еще мало известный в Германии метод в мюнхенском Институте кинезиотерапии и психомоторики.

Гиперактивные дети любят такие виды движения, как бег, раскачива-

ние, вращение вокруг своей оси. На эти элементарные проявления активности отвечают возбуждением определенные участки головного мозга. Многие современные исследователи придерживаются мнения, что гиперактивность, собственно говоря, представляет собой отчаянную попытку взбудорить хронически пассивную нервную систему. По их мнению, это объясняет кратковременное умиротворяющее действие такого стимулятора, как кофе, или фармакологических психостимуляторов типа риталин. Если же маленькие сорванцы — на 90 % это мальчики — застревают на этой фазе компенсации, то они лишены возможности приобретать важные навыки: они не могут сосредоточиться на слушании или внимательном восприятии зрительной информации. Они явно неловки в воспроизведении мелких и тонких движений. Они поглощают зрительную, слуховую и тактильную информацию, чтобы утолить свой сенсорный голод, не умеряя при этом своей двигательной активности.

Как сообщает Кипхард, лишь после того, как дети накатаются на роликовых досках по залу, напрыгаются на трамплинах, налазаются на гимнастических лестницах и накувыркаются на матах (для этого требуется примерно полгода при одном занятии в неделю), большинство из них готовы приступить ко второй части программы — коррекции психомоторики. При этом они учатся гасить избыток своей энергии непринужденным способом. Хорошо подходит для

этого игра в укрощение дикого мустанга на краю ущелья. Внешние стимулы к укрощению активности и внутренние побуждения могут оказывать свое действие лишь постепенно и понемногу, говорит Кипхард. Он предлагает детям соответствующие упражнения лишь время от времени, во время всеобщей беготни и гама, причем никому ничего не навязывая.

Концентрация внимания дается гиперактивным детям с трудом, потому что они постоянно реагируют на зрительно воспринимаемые впечатления. Поэтому в качестве одного из упражнений Кипхард дает им задание исследовать помещение с закрытыми глазами, опираясь только на свой слух и осязание. Или он рассказывает им историю, сидя в пещере, построенной из матов, — «тут они вдруг наводят уши и начинают слушать». Зрительные восприятия используются в процессе занятий только после того, как дети явно успокоились. В начале этого труднейшего периода работы детям предлагается, к примеру, опознать предметы, которые показываются им лишь на несколько секунд. Только после этого в программу коррекции включается фиксация зрительного внимания на движении, когда, например, по знаку руки следует принять определенное положение.

Постепенно внешнее управление поведением сменяется внутренним.

В концепции психомоторики эта ступень называется контролированием импульсов с помощью мышления. Ребенок учится включать сознание в промежуток между чувственным восприятием раздражителя и своей реакцией на него. Кипхард использует для этого запоминающуюся формулу: «Стоп! — Посмотри! — Послушай! — Подумай!» Он упражняет своих подопечных, давая им задание, решение которого он нащептывает им в ухо. Если дети овладели собой в достаточной степени, они нередко бывают в состоянии тренироваться в исполнении и достаточно сложных спортивных движений, например совершать небольшие трюки на роликовых коньках или ходить на ходулях. Им удается даже жонглирование. По мере овладения своим телом появляется также умение владеть собой.

«Воздействие на психомоторику ребенка — это не панацея против гиперактивности, но оно может помочь значительно улучшить самочувствие ребенка», — подчеркивает основатель этой коррекционной системы работы и указывает на то, что она как нельзя лучше отвечает потребностям детей разного возраста — начиная с дошкольного вплоть до пубертатного. Позднее синдром непоседливости часто проходит, но ждать годами, пока это произойдет само собой, для окружающих невыносимо.

ГИПЕРАКТИВНОСТЬ КАК ПРОБЛЕМА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ

Э. Й. Кипхард

1. Гиперактивность как педагогическая проблема

Все мы знаем их, этих неутомонных непосед, вездесущих сорванцов, которым ни секунды не сидится на месте и которые, похоже, находятся в плену своей ненасытной жажды движения. Родители и педагоги делают, кажется, все возможное, чтобы чрезмерно активный ребенок хотя бы на время прекратил свои бесцельные телодвижения. Но такое впечатление, что у этих детей «шило в одном месте» или они «наглоotalись муравьев», настолько они вертлявы и необузданны. У них просто нет тормозов, они постоянно «на взводе», «на старте», готовы в любую секунду сорваться с места. Все увещевания и даже наказания недействительны. Рано или поздно некоторые родители и воспитатели сдаются и обращаются за советом к медикам, психологам, специалистам-дефектологам и кинезиотерапевтам.

Знать-то мы этих детей знаем, но любим ли мы их? Наверняка, взрослым с трудом удастся пересилить свое негодование и принять этих непосед со всеми особенностями их поведения. Солидный мир взрослых не терпит кипучей активности гиперактивных детей, нервно реагируя на их эскапады. И все же не следует забывать, что у этих Степок-растрепок нет недостатка в доброй воле. Они хотели бы, но им просто не удастся контролировать свои бесцельные движения или хотя бы на короткое время прервать их. Они словно подчиняются какому-то року. Они не свободны в принятии своих решений, не суверенны в своих действиях, ими будто движет какая-то неведомая сила. При всем старании они не могут укротить свою неистовость и реагируют рефлекторно-импульсивно на каждое новое зрительное раздражение.

2. Чувства неполноценности и вины

Из вышесказанного мы можем заключить, что гиперактивность не просто внешне малопривлекательное поведение. Речь идет о комплексном нарушении, которое затрагивает целостное развитие личности этих очень нуждающихся в помощи детей. Разрыв между постоянными попытками детей изменить свое поведение и ежедневными неудачами питает чувства вины и неполноценности.

Все нарастающая тяжесть страдания часто является причиной вторичной невротизации, которая наблюдается прежде всего у чувствительных детей. Лишь единицам удастся на своей беде что-то выиграть: благодаря непоседливости они превращаются для своих товарищей в клоунов, и если им удастся вызвать смех окружающих, то это хотя бы отчасти вознаграждает их подорванное самолюбие. Другие дети, к сожалению, становятся нарушителями спокойствия и подстрекателями во всевозможных шалостях. Аффективная лабильность и раздражительность приводят к неконтролируемым эмоциональным разрядам и агрессивным аффективным действиям.

3. Нарушения восприятия и затруднения в учении

Чрезмерная активность и импульсивность поведения, к сожалению, часто негативно сказываются на обучаемости. Поскольку гиперактивным детям плохо удается подавлять свои двигательные импульсы, они не способны сосредоточить свое внимание на учебной информации. Тот, кто постоянно находится в движении, не может сосредоточенно воспринимать зрительные и акустические стимулы. У них страдают перцептивная ориентация и планирование действий, отсутствуют столь необходимые паузы между мышлением и действием. Все у них должно происходить быстро. Движения гиперактивных детей хаотичны и резки, часто избыточно энергичны. Запас сил расходуется настолько интенсивно, что уже через короткое время они все в поту. Все у них отмечено печатью неумеренности и неистовства, они слишком суетливы, слишком шумны.

4. Отставание гиперактивных детей в моторном развитии

Существует опасность того, что эти дети могут застрять на уровне повторяющихся шаблонных движений — так называемых примитивно-архаичных двигательных стереотипов, и это будет препятствовать освоению важных видов моторики. В сравнении со сверстниками у гиперактивных детей значительно меньший запас двигательного опыта в пределах больших и малых пространств. Шайд (Scheid, 1989) показал в своей диссертации, посвященной развитию двигательной активности в раннем детском возрасте, что для оптимального содействия развитию общей моторики необходимы два основных условия. Во-первых, должно быть достаточное игровое пространство, которое бы имитировало сильно пересеченную местность. И во-вторых, детям нужно по возможности создать условия для свободного, без вмешательства воспитателей,

обращения с оснащением такого пространства. Все это является условием беспрепятственного развития инициативы и самоопределения.

Помимо этого, не менее важно уже с малых лет предоставлять детям кроме вышеупомянутых ландшафтных пространств ограниченное пространство для игр и экспериментов, оснащенное разнообразными игровыми средствами. Естественно, здесь возникают наибольшие трудности с гиперактивными детьми, не способными контролировать свои движения. Это касается как совсем маленьких детей, так и дошкольников и школьников. Ненасытность в поиске новых впечатлений заставляет их стремительно перемещаться от одного источника раздражения к другому, что мешает им сосредоточить свое внимание на одном предмете — предлагается ли им умственный вид деятельности, или это освоение моторных навыков, требующих особой точности движений, как, например, при балансировании на тонком бревне.

Дункель (Dunkel, 1987) провел во Франкфурте исследование 30 восьмилетних детей, которым оказывалась помощь по поводу гиперактивности. Проверялась их координационная способность. Тестирование показало, что их двигательные умения соответствовали нижней планке нормы. Для того чтобы проверить предположение о том, что слабая координационная способность обусловлена повышенной двигательной активностью, десяти из них была назначена особая диета, снижающая гиперактивность, после чего опыт был проведен вторично. Показатели экспериментальной группы детей улучшились на 13,2 %. В контрольной группе было выявлено улучшение только на 0,1 %. Исследование позволило сделать вывод, что гиперактивное поведение отрицательно влияет на способность детей координировать движения.

5. Как гиперактивность зависит от темперамента?

Наблюдения за маленькими детьми показывают, что уже в этом возрасте дают о себе знать различия в темпераментах (Scheid, Prohl, 1986). Эти различия обуславливают разные типы моторного поведения в тех или иных ситуациях. В сущности выделяются две диаметрально противоположные тенденции двигательной активности. Некоторые дети ведут себя сдержанно-выжидающе, скорее осторожно, чем активно. Дети, представляющие другую крайность поведения, напротив, живы, подвижны, целеустремленны, ловки и выносливы. Ни то ни другое поведение не характерно для детей с гиперактивностью. Они не испытывают радости от того, что делают, их действия лишены целенаправленности и ловкости. Постоянная смена двигательных импульсов производит впечатление какой-то мучительности и навязчивости. У них нет той жизнерадост-

ности и уверенности в себе, которую можно видеть у растущего, хорошо развивающегося ребенка.

У гиперактивных детей могут наблюдаться кризисные периоды в области моторики, характеризующиеся нервным беспокойством, которое проявляется тем отчетливее, чем больше ограничивается свобода движения ребенка. Именно в первые дни школьных занятий вынужденная неподвижность вызывает нервную реакцию у некоторых детей. В этом возрасте дети еще не могут как следует контролировать свои двигательные импульсы. Процессы возбуждения в мозгу у большинства из них еще преобладают над процессами торможения. Этот дисбаланс тем более характерен для детей с повышенной моторной импульсивностью, с их бьющей через край витальностью.

6. Экскурс в историю гиперкинетического синдрома

В конце XIX в. проблематикой детского беспокойного поведения и гиперкинетичностью занимались, в частности, невролог Чаркот (Charcot, годы жизни 1825—1893) и педиатр Хенох (Henoch, годы жизни 1820—1908). В 1885 г. ученик Чаркота Туре (Tourett) описал так называемый синдром Туре. Эти встречающиеся у взрослых проявления гиперкинетичности выступают в форме навязчивых двигательных, большей частью тикообразных импульсных разрядов. В настоящее время предполагают, что эти явления связаны с неврологической дисфункцией, вызываемой избытком медиаторов возбуждения — дофамина (Saks, 1990) в таламусе, гипоталамусе и в лимбической системе.

В начале XX столетия Циен (Ziehen, 1902) отличал естественную детскую тягу к двигательной активности от болезненной моторной активности с ее ненаправленностью и импульсивностью. В 1904 г. клиницист Хеллер (Heller) в своей книге «Очерк лечебной педагогики» описал картину детского двигательного беспокойства, ненаправленной импульсивности, отвлекаемости и недостаточной способности к длительной концентрации внимания. Примечательными для того времени являются его советы. Он рекомендует воспитание самообладания и занятия спортом.

Берлинский педиатр Черни (Czerny) в своем труде о трудновоспитуемом ребенке (1917) также описал симптоматику гиперактивных детей. Подобно Хеллеру, он предлагал, в частности, упражнения по развитию сил торможения. Крамер и Полльнов (Kramer, Pollnow, 1932) дали широкоизвестное описание симптоматики и ограничения гиперактивности в детском возрасте, которую они назвали термином «дрангэретизм». По их мнению, которое отчасти опиралось на анатомические данные, с большой степенью вероятности это явление вызывается орга-

ническими церебральными изменениями. Согласно Хайнце (Heinze, 1932), любой вид гипермоторики связан с повреждениями мозга.

Одну из форм эретизма без участия органической патологии мозга представляет собой выявленный Ледерером (Lederer) и Эдерером (Ederer) в 1934 г., а также Ледерером и Кёнигом (König) в 1938 г. гиперкинетический невроз. При этом упоминаются также нарушения двигательной координации и регулирования тонуса как следствия двигательного беспокойства. Лемке (Lehmke, 1953) отмечает, что среди гипермоторных детей нередко встречается легкое хореоформное нарушение моторики, включая нарушения мимики, иногда выражающиеся в произвольном гримасничанье, но он не относит эти проявления к болезненным. Эти нейровегетативные явления возбуждения обычно проходят сами после пубертатного периода. В подобном же ключе высказывается Гёльниц (Göllnitz, 1954) в связи с «импульсивным, ненаправленным двигательным беспокойством», которое он рассматривает как явление, типичное для раннего детского возраста, имеющее, однако, различные степени выраженности.

7. Гипотеза недостаточной активности мозга

В противоположность гипотезе, которая усматривает причину гиперактивности в чрезмерном повышении возбудимости центральной нервной системы, в настоящее время некоторые исследователи, скорее, склонны видеть эту причину в незрелости и функциональной недоразвитости мозга у гиперактивных детей (Sprecht, 1986). Гипотеза недостаточной активности мозга опирается на ряд исследований. Так, картина электрической активности мозга у гиперактивного ребенка обнаруживает медленную, со значительной амплитудой кривую, которая свойственна детям в гораздо более младшем возрасте. Лоу и другие (Lou et al., 1984) установили у гиперактивных детей пониженную степень кровоснабжения мозга, что свидетельствует о сниженном обмене веществ во фронтальных его отделах. Эти отделы контролируют, с одной стороны, процессы двигательного возбуждения, а с другой — они оказывают влияние на регулирование эмоциональной сферы и внимания. Роль нейромедиаторов, в частности допамина, который действует на нервную систему как возбуждающе, так и тормозяще, пока еще далеко не изучена.

В пользу гипотезы о недостаточной активности свидетельствует также тот факт, что такой стимулятор, как риталин, действует на гиперактивных детей успокаивающе. То же самое относится, в сущности, и к сильным, ярким внешним раздражителям визуального, и прежде всего вестибулярного, плана.

Этим объясняется тот факт, что у гиперактивных детей излюбленными являются такие простые виды двигательной активности, как покачивание, раскачивание, соскальзывание по наклонной плоскости, катание на карусели и вращение вокруг собственной оси.

Ремшмидт и Шмидт (Renschmidt, Schmidt, 1986) усматривают в гиперактивности отчаянную попытку ребенка привести свой мозг в необходимое состояние активации должного уровня. Особенно положительно реагирует на все виды примитивно-моторной деятельности, которые применяются, согласно Эйру (Ayres), в *сенсорной интеграции*, недостимулированная и слабореагирующая вестибулярная система. То же самое относится и к стимуляции кожного покрова.

Слишком слабореагирующая вестибулярная система нуждается в большом количестве примитивных тактильных и вестибулярных раздражителей в целях ее постепенной сенсбилизации, чтобы она соответственно реагировала на раздражители. В поисковом поведении гиперактивных детей можно наблюдать их стимульный голод, их физиологические и психологические потребности. Наряду с вестибулярным и визуальным сенсорным голодом у гиперактивного ребенка имеется еще и неутолимый эмоциональный голод, жизненная потребность в соответствующих сверхраздражителях. Здесь перед кинезиопедагогикой открываются возможности организации ярких, эмоциональных переживаний и «приключений». Но сначала нужно заложить для этого основу.

Прежде чем я расскажу о практических упражнениях для гиперактивных детей, я хотел бы подчеркнуть, что применение моторно-педагогических методик представляет собой хотя и очень важное, но лишь одно из мероприятий по содействию развитию детей. Однако ввиду своего основополагающего значения и, кроме того, ввиду их доступности для детей эти методики занимают первое место в общем комплексе медико-психолого-педагогических мероприятий.

Воздействие только с помощью стимулирующих медикаментов, как это, к сожалению, все еще достаточно часто происходит, представляет собой, по мнению Альтхерра (Altherr, 1989), профессиональную ошибку врача.

Мероприятия по содействию двигательной активности хотя и не могут сами по себе обеспечить длительного избавления от гиперактивности, но в любом случае они приносят улучшение состояния и тем самым облегчают положение ребенка. Со временем наступает улучшение уже потому, что отступает чувство бессилия перед проявлением мощных подкорковых импульсов, равно как и чувство вины из-за неспособности контролировать моторные импульсы и шокирующие эмоциональные всплески.

8. Общие методические принципы системы коррекции психомоторики

В соответствии с нашей программой тренировки поведения и моторики гиперактивные дети проходят шесть ступеней, что позволяет им в течение года все лучше овладевать контролем за своим поведением. При этом мы учитываем старый принцип специальной педагогики, гласящий, что неадекватная форма поведения детей должна ложиться в основу методического подхода при проведении мероприятий педагогической поддержки. Как и любое так называемое неадекватное поведение, двигательная буря гиперактивных детей вызывается действием вполне целесообразных механизмов компенсации.

Программы, рассчитанные специально на гиперактивных детей, требуют тщательного планирования. Они учитывают формы и интенсивность проявления индивидуальных нарушений. Поэтому не может быть единственной, пригодной для всех детей системы занятий. Любое действие со стороны педагога требует от него большой чуткости, фантазии, творческого подхода и гибкости. Он должен быть готов к постоянному пересмотру и адаптации первоначальных концепций, как это характерно вообще для работы с психомоторикой.

Кроме того, имеется ряд методических принципов, которые обязательны в кинезиотерапии с гиперактивными детьми. Ни в коем случае не следует допускать наступления эмоционально бедных ситуаций, например, ожидания, когда ничего не происходит. Следует избегать также ограничения активности и сильной регламентации поведения детей. Требования к соблюдению порядка и дисциплины не могут исходить только извне, в виде чего-то навязанного детям; все это должно произрастать изнутри, а для этого требуется время.

Система открытых занятий, как показывает опыт, снижает степень гиперактивности в поведении детей. Тем не менее следует остерегаться перекармливания детей внешними стимулами. Направленные действия лучше воспитывать, применяя немногие отдельные виды тренировочного материала, который создает сильный изначальный импульс. При всей свободе действий, предоставляемой детям, нельзя обойтись без определенной структуризации движения детей. Это касается выбора уже упомянутого тренировочного материала и снарядов, а также их расположения и четкой ориентации в пространстве.

9. Программа тренировки движения и поведения

Ниже мы представляем программу занятий по снижению гиперактивности, разработанную в рамках мотопедагогики. Она состоит из шести фаз, или последовательных этапов. Продолжительность той или иной фазы зависит от потребностей конкретного ребенка

и не имеет строгих временных ограничений. Лучше дать детям возможность вволю подвигаться, чтобы они испытали полное насыщение движением. Это касается прежде всего первой фазы, характеризующейся деятельностью на примитивно-моторном уровне. Согласно Пиаже, примерно с четырех лет у ребенка можно отметить тактильно-кинестетически управляемую активность с постепенным переходом управления в визуальную сферу. У гиперактивных детей такое поведение вырабатывается только в течение длительного времени.

Фаза 1. Активизация вестибулярно-моторной активности (фаза предоставления свободы)

Как уже было сказано, на этом этапе речь идет прежде всего о предоставлении гиперактивным детям возможности свободно действовать, выполняя простейшие движения, которые стимулируют их обычно недогруженную вестибулярную систему. Эйр (1979, 1984) называет этот род тактильных и кинестетических стимуляций сенсорной интеграцией, причем эти процессы ощущений и восприятий являются базовыми и интегрирующими по отношению к более высоким уровням сенсорной модальности, таким, как зрение и речевая активность. Таким путем происходит координированное образование сенсомоторно-неврологических структурных связей в центральной нервной системе.

Уникальность подобных моторных упражнений, с их многочисленными возможностями совершения вращений, с возникающим ощущением действия центробежной силы, заключается в том, что они самым непосредственным образом отвечают потребности гиперактивных детей в удовлетворении их вестибулярного сенсорного голода. Если исходить из того, что центральной нервной системе и особенно вестибулярной системе гиперактивных детей свойственно состояние гипофункции, то вестибулярная стимуляция означает начало постепенного повышения общей активности. В свою очередь — подобно медикаментозной стимуляции — она ведет к снижению гиперактивности и повышению степени активности ума и внимательности.

Во всех нижеприводимых упражнениях в мозг постоянно передаются витальные, жизненно необходимые для гиперактивных детей проприоцептивные информационные сигналы. Это происходит прежде всего при быстрых перемещениях тела в пространстве. Для этого необходимы соответствующие снаряды: роликовые доски, лечебные центрифуги, всевозможные качели, трамплины, надувные маты, а также вращающиеся и качающиеся ручные приспособления.

Имея все это в своем распоряжении, дети могут передвигаться, выбирая движения по вертикали или по горизонтали. Перемещения по вертикали вверх и вниз возможны на всех пружинящих

снарядах — от батута до трамплина; это и свисающие эспандеры, а также разного рода качели. Кроме того, простое спрыгивание вниз на мягкие маты или прыжки в воду, соскальзывание вниз по разного рода наклонным плоскостям обеспечивают почти вертикальные прямолинейные перемещения (рис. 3, 4). Двигаясь на самокатах, роликовых досках, дети то внезапно трогаются с места,



Рис. 3. Подготовка к соскальзыванию



Рис. 4. Соскальзывание, прыжки, падения

то также внезапно останавливаются, и это, похоже, стимулирующе действует на вестибулярный аппарат. Играя в одиночку, вдвоем или целой группой, дети, взяв роликовые доски, могут построить «лодку», а положив на них небольшие гимнастические маты, сделать «плот».

Следующая группа упражнений связана с использованием качелей и каруселей. Катание на качелях относится к числу излюбленных детских удовольствий; маятниковые возвратно-поступательные движения обеспечивают вестибулярному аппарату важные активационные и развивающие стимулы. Катание на качелях наряду с вращательными движениями, о которых речь пойдет ниже, следует использовать как средство для насыщения вестибулярного сенсорного голода. Для этого годятся обычные качели с дощатым сиденьем, кольца, трапеции, подвешенные автомобильные шины, гамаки. На этих снарядах движение может быть как в прямолинейном, так и в круговом направлениях. Вращение, при котором дети испытывают действие центробежной силы, вызывает у них особый восторг.

Вращения тела в разных плоскостях дополняет комплекс упражнений по моторной стимуляции. Чаще всего это вращение вокруг своей продольной оси, что, например, происходит во время танцев под музыку. Вращаясь вокруг собственной оси, дети, сгруппировавшись, скатываются вниз по склону. Еще одно упражнение с вращением вокруг своей продольной оси, которое делают все дети, выполняется с помощью колец (кольца должны висеть на достигаемой высоте). То же самое можно проделывать, используя качели. Можно применять также прыжки на месте с поворотом в полоборота, позднее — на полный оборот вокруг своей оси. Эти прыжки можно разучивать и на трамплине. Более ловкие дети могут овладеть пируэтами, выполняя их на роликовых коньках.

Кувырки или перевероты вперед на перекладине относятся к упражнениям на вращение и раскачивание вокруг поперечной оси. Их можно делать также, находясь в воде по грудь. Взрослый приподнимает ребенка за руки, с тем чтобы он мог делать кувырки, вращаясь вокруг своей поперечной оси. При поддержке опытного инструктора ребенок может выполнять сальто и перевероты как на полу, так и на трамплине.

Более старшим и более ловким детям можно упражняться и во вращении вокруг «глубокой» оси, проходящей через пупок до спины. Для этого нужна роликовая доска (рис. 5), годится также лечебная центрифуга или вращающееся кресло.

С методической точки зрения важно, чтобы дети по возможности сами выбирали способы проявления своей активности. Но при этом не должно быть проявлений неудовольствия, тем более страха. Настоятельно рекомендуется во время упражнений на качелях, карусели или при вращательных движениях пристально следить за



Рис. 5. Вращение вокруг «глубокой» оси

выражением лица детей, своевременно замечая вегетативные реакции в виде появления бледности, пота или головокружения, чтобы сразу же остановить ребенка. В целом чувство головокружения у гиперактивных детей появляется не скоро. Оно является первым признаком вестибулярной активации.

Уже говорилось о том, что первая фаза упражнений в рамках всей программы кинезиотерапии имеет огромное значение. Ее роль заключается в разгрузке психики ребенка, в освобождении от напряжения, которого требуют от него попытки соблюдать обычные нормы поведения. Вместо адаптации к нормам взрослых, что им плохо удается, детям предоставляется право свободно двигаться в пространстве, проявлять свою физическую активность, не испытывая при этом чувства вины. Это укрепляет их подорванное самосознание, возвращая им чувство самоценного члена детского сообщества.

Фростиг и Малов (Frostig, Malow, 1978) описали поведение гиперактивного ребенка, который пытался умерить свою бьющую через край энергию в школе импульсивным рисованием каракулей. Вместо запрещения, казалось бы, бессмысленной и ненаправленной деятельности учитель дал этому мальчику большой блокнот, в котором он мог чертить что угодно. Поведение мальчика было встречено пониманием со стороны взрослого, и школьнику не надо было больше чувствовать себя виноватым.

Вышеупомянутая свобода действий в рамках выбора тех или иных видов вестибулярно-моторной активности со временем выходит за пределы удовлетворения чисто функциональной потребности, приобретая характер самостоятельно планируемой деятельности, которая утоляет любопытство ребенка, служащее движущей пружиной его развития. «Воспитание, — говорит Фростиг, — должно

удовлетворять присущую детям потребность в познании и освоении окружающего их пространства путем предоставления им возможности для игр и труда в атмосфере, которая поощряет поиск... Креативность основывается на поиске. И то и другое представляет собой формы исследования; и то и другое требует изобретательности, воображения и творческого духа; и то и другое ведет к открытиям».

Фаза 2. Развитие умения управлять своими движениями

Во вторую фазу нашего поведенческого тренинга путем обучения двигательной активности ребенок постепенно вступает после некоторого насыщения примитивными видами моторики, когда произошло уже знакомство детей друг с другом и с новой для них окружающей обстановкой. Задача второй фазы состоит в переживании детьми внутренних сил торможения и управления своими действиями. Эти переживания должны приносить им удовольствие и радость. Упражнения, используемые в это время, носят постоянно меняющийся игровой характер. Структурирование и направление в нужное русло до сих пор несдержанной и неизбирательной подвижности требуют от педагога чуткости. Тут не следует проявлять поспешности и нельзя форсировать события. Необходимо уметь определять момент, когда дети не справляются с собой. Умение сдерживать себя и говорить себе «стоп» воспитывается у детей шаг за шагом.

Полезна, например, такая игра, когда детям в конце занятия разрешается под музыку носиться по кругу, изображая диких, необъезженных лошадей. По условию, «лошади», как только смолкнет музыка, должны не спеша возвращаться в «конюшню» (ложиться на маты). Тот, кто сделает это, получает похвалу или поощрение в виде конфеты и т. п. («корм для лошадки»). Существует множество вариаций подобных упражнений на торможение (рис. 6). Важно, чтобы дети приняли правила игры и умели самостоятельно останавливаться. Изображая всадников, которые по сигналу умеют внезапно остановить скакуна, или играя в индейцев, которые в бешеном темпе мчатся на своих диких лошадях к краю «ущелья» (обозначается толстым канатом или меловой чертой), чтобы резко обуздать «над краем пропасти» своих лошадей, гиперактивные дети неизменно переживают счастье оттого, что им удается изобразить умелого наездника.

Упражнения в торможении, которые не следует начинать слишком рано, т. е. не ранее чем в начале второй фазы нашей программы, должны обязательно сопровождаться переживанием успеха у детей. Эти игры дополняются упражнениями в управлении своим телом при передвижении в пространстве. Дети учатся передвигаться под контролем зрения, не наталкиваясь на предметы или лю-



Рис. 6. Бег и торможение

дей, сначала медленно, а потом все быстрее и наконец бегом. Поначалу дети учатся обходить лишь несколько препятствий. Создается небольшая группа играющих. Дети, движущиеся в самых разных направлениях, представляют друг для друга «препятствия». Перемещаясь, дети стараются не натолкнуться на товарища.

Есть множество игровых и спортивных упражнений, с помощью которых дети могут осваивать управление своими движениями. На полу зала можно, например, выложить скакалками или «волшебными шнурами» более или менее узкие проходы с поворотами и перекрестками и предложить передвигаться по ним вперед или назад, шагом, бегом или на роликовых досках. Для координации зрения и движения прекрасно подходят «слалом» по трассе, обозначенной кеглями, или движение по полосе препятствий, где приходится пролезать сквозь ящики, открытые с двух сторон, или перебираться через них. Позднее, если ребенок достаточно ловок, можно давать задание проехать на самокате или на роликовых коньках через узкие ворота, обозначенные двумя кеглями.

Фаза 3. Упражнения для улучшения концентрации внимания

Следует постепенно снижать зависимость гиперактивных детей от визуальных раздражителей, которую они постоянно испытывают. К этому можно переходить после определенного насыщения их двигательной жажды (после «стихания двигательной бури») и после того, как появились признаки структурирования их двигательной активности. На этом этапе необходимо побуждать их к кратковре-

менному добровольному закрыванию глаз. Таким образом они смогут научиться сначала непродолжительному, а затем все более долгому сосредоточению внимания на сигналах, воспринимаемых с помощью слуха и осязания. Можно заметить, как поведение гиперактивных детей меняется к лучшему, когда на короткое время удастся исключить источники зрительного раздражения. В этих условиях они начинают понимать, что есть еще и другие источники получения чувственной информации. Им удастся удивительно быстро ориентироваться в различных ситуациях, опираясь на осязание и слух. Чем проще на первых порах структурирована окружающая среда, тем быстрее дети учатся мобилизовывать внимание на требуемый промежуток времени.

Сначала следует предоставить ведущую роль в ориентировании осязанию. Помещение и находящиеся в нем препятствия дети сначала внимательно осматривают, а затем исследуют и опознают с закрытыми глазами, только с помощью рук. Впоследствии можно давать задание и без предварительного визуального приготовления; ощупывая предметы, определять их положение в помещении. Кроме описанных упражнений необходимо предлагать детям сначала приблизиться к изучаемым предметам шагом или ползком. Если при этом надо найти источник звука, они стараются напрячь слух. Можно дать задание определить материал, из которого сделан предмет (дерево, металл, поролон), находящийся перед ребенком в данный момент. Он узнает это по звуку, ударяя гимнастической палкой по предмету.

Сначала задание включает движение и простые задачи на восприятие, а затем упор делается на участие тактильных и слуховых анализаторов. При этом элемент движения временно, но лишь на короткое время, опускается, например, при ощупывании «вслепую» фигур, букв, определении свойств материалов, веса и т.д. или при опознавании всевозможных звуковых сигналов (звуки, шорохи). При выполнении таких заданий дети сами должны выбирать, каким способом они на время выключают зрение: то ли замурив глаза, то ли закрыв их ладонями, то ли наложив на глаза повязку. Любая форма принуждения исключается. Педагогам придется сталкиваться с тем, что у некоторых детей при отсутствии зрительного контроля на первых порах наблюдаются полная беспомощность и дезориентация, сопровождаемые сильным чувством страха. Избавиться от этих неприятных ощущений им помогает разрешение вначале немного подглядывать. Любая попытка добровольно закрыть глаза, естественно, поощряется похвалой, пока дети не начнут прилагать максимум старания как можно дольше держать глаза закрытыми.

Подобный опыт восприятия, приобретаемый в игровой форме, систематически, на протяжении длительного времени, положительно сказывается на выработке у гиперактивных детей умения

контролировать свое поведение. Они становятся заметно спокойнее и внимательнее. В практике работы хорошо зарекомендовал себя такой прием, когда после фазы интенсивного движения дети расслабляются, некоторое время лежат на спине с закрытыми глазами. Эти периоды расслабления удобно использовать для повышения слухового внимания, например, можно рассказывать коротенькие занимательные истории с продолжением. При проведении игр подходящим является и такой прием, как использование слов-сигналов, на которые дети должны ответить определенным образом: подпрыгнуть и дотронуться до стены руками и т.д.

Фаза 4. Тренировка зрительного внимания

Только после того, как гиперактивные дети успокоятся и покажут значительное удлинение периода акустического внимания, на что нередко уходит несколько недель, а то и месяцев, может иметь смысл тренировать зрительное внимание при помощи прямых и сильных раздражителей, а также опираясь на внутреннюю мотивацию детей. В арсенале кинезиотерапии имеется множество увлекательных задач, при выполнении которых каждый ребенок будет изо всех сил стараться первым что-либо идентифицировать или дифференцировать. Такие занятия на концентрацию внимания можно проводить, только когда дети находятся в спокойном состоянии, например, после расслабления, так как собственные движения ребенка будут сильно мешать целенаправленному визуальному восприятию.

Одна из занимательных задач может, в частности, заключаться в том, чтобы узнать предметы (их может быть несколько), которые демонстрируются в течение всего лишь нескольких секунд. Названия узнаваемых предметов дети могут по памяти записывать на доске или на листе бумаги или же шепотом сообщать на ухо педагогу. В одном случае педагог объясняет детям содержание задачи с помощью пантомимы. Например, он показывает, что нужно делать с мячом: принести его, катать, бросать его вверх, стучать по нему или пытаться попасть им в цель. Воспринимая этот «язык жестов», дети проявляют часто удивительное внимание. Разумеется, задачи могут касаться и живых объектов. Например, надо уловить, как изменилась поза «модели». На эту тему может быть множество предложений и идей.

При условии успешного выполнения в состоянии покоя самых разных заданий на концентрацию визуального внимания можно постепенно переходить к решению тех же задач в движении. Если, скажем, до сих пор дети стояли или сидели, выполняя задание на узнавание объектов, то на следующем этапе им предлагается сделать это, двигаясь вокруг объектов, которые на короткое время будут им открыты для обозрения. Еще сложнее выполнить это за-

дание во время бега. Роль визуально воспринимаемого объекта может играть и сам педагог. Например, он подает руками сигнал, по которому дети должны остановиться, или принимает различные позы, которые дети должны как можно быстрее скопировать.

Фаза 5. Преодоление импульсивности

Майхенбаум (Meichenbaum, 1979) разработал когнитивно-поведенческие программы, которые можно предложить недисциплинированным детям для улучшения контроля за своим поведением. Дети дают себе самопредписания или команды, которые вначале произносят вслух, а затем вводят в память молча, проговаривая монолог «внутренне» (последний способ со временем закрепляется). Если при этом ребенку удастся сдержать свои спонтанные импульсы, то он должен каждый раз похвалить себя: «Это я сделал хорошо!» Такое психотерапевтическое подкрепление поведенческого акта со временем улучшает самоконтроль.

Аналогичным образом предлагает действовать и Фростиг (1974), которая, подобно Дуглас (1972), между актом восприятия стимула и двигательной реакцией считает необходимым включить небольшую паузу для обдумывания. Соответствующий сигнал звучит так: «Стоп!» Во время этой паузы импульсивные дети приводят себя в состояние неподвижности. Второй сигнал, согласно формуле Дуглас, — «Смотри!» Это сигнал, по которому дети должны учиться зрительно оценивать новую ситуацию. Затем идет сигнал «Слушай!», за которым следуют, если они необходимы, указания педагога. Последняя команда «Думай!» дает детям возможность для продумывания и планирования своих действий.

«Стоп! — Смотри! — Слушай! — Думай!» — эту формулу следует закреплять в памяти гиперактивных детей всеми способами. Мы использовали для этого разнообразные визуальные образы. Например, сигнал «Стоп!» — это нарисованная на листе картона рука, подающая сигнал остановки, или макет светофора со встроенными световыми сигналами. Дети сами выбирали тот или иной знак. Большой глаз, нарисованный на листе белого картона, обозначал команду «Смотри!», изображение уха — команду «Слушай!». Эмблему для команды «Думай!» дети предлагали сами, причем обычно это была человеческая голова с изображением молнии, что должно было символизировать острый ум. Зрительный образ мы дополняли словами: «Включить черепок!» После некоторого периода адаптации оказалось, что подобные словесные комментарии усваивались настолько, что приобрели форму мысли.

Применявшееся вначале проговаривание зарекомендовало себя как отличное средство структурирования и осознания собственных стратегий действия. То, что во многих случаях живет в сознании на уровне довольно расплывчатых и темных представлений,

после словесно сформулированного плана действий обретает форму четко очерченной структуры. Мы ставили, к примеру, задачу достать из открытого ящика мяч или воздушный шарик, не прибегая к помощи рук. Ребенок, у которого блеснула догадка или созрел план, как это сделать, сообщал об этом шепотом взрослому на ухо. Можно действовать и наоборот, т. е. сначала методом проб и ошибок дети выполняют саму задачу и лишь потом педагог просит рассказать, как была решена проблема.

Предварительное проговаривание плана действий вслух или шепотом применяется длительное время, и только позже детям предлагают проговаривать ход выполнения задачи про себя. Так протекает переход к мышлению как интериоризированному «говорению с самим собой».

Фаза 6. Спортивные занятия как средство самодисциплины

Когда дети достигли некоторого умения сдерживать собственную импульсивность и планировать действия при решении всевозможных двигательных задач, можно постепенно включать в занятия спортивные и цирковые элементы. Так, пространственно-дисциплинирующее значение имеют упражнения в прыжках на большом трамплине. При всей своей кипучей энергии и подвижности детям приходится координировать свои движения, рассчитывая их так, чтобы приземляться на полотно трамплина, а не рядом с ним. Таким образом постепенно вырабатывается регуляторная способность.

Прыжки в воду также требуют умения владеть своим телом: надо войти в воду ногами или головой, а не упасть животом или спиной. Вода вообще оказывает успокаивающее действие на избыточно темпераментных гиперактивных детей.

Успокаивающий эффект оказывает и игра в верховую езду или вольтижировку. Во время таких игр роль лошади исполняет один из партнеров, к движениям которого должен принаравливаться другой. Заметим, что поза всадника уже сама по себе требует хорошей осанки, которая становится привычной. Действительно, чтобы управлять лошадью, нужно прежде всего самому уметь держать себя в руках.

Дисциплинируют детей парные акробатические упражнения, выполняемые на полу, а также участие в таких групповых построениях, как «пирамида», когда приходится контролировать себя и одновременно следить за действиями партнера. Эти упражнения, как никакие другие, тренируют приспособляемость и острое внимание.

Позднее под соответствующим руководством можно проводить занятия по балансированию на низко натянутом тросе, учить езде на велосипеде, роликовых коньках, скейтборде, ходьбе на ходулях

и т.д. Танцевальное направление брейк-данс также развивает как физические данные, так и координацию движений. Для этой же цели — развития ловкости и координации — можно использовать и элементы йоги.

Жонглирование представляет собой великолепное средство для развития зрительного внимания. Первые успехи в освоении жонглирования проявляются довольно быстро. Например, детям удается удерживать перо павлина на руке в вертикальном положении или, подбрасывая вверх один за другим легкие платки, затем их ловить.

Во всех вышеописанных видах упражнений гиперактивные дети через некоторое время приобретают «артистические навыки», которыми они могут блеснуть перед сверстниками. Благодаря этому повышается их нередко существенно подорванное самосознание. Дети становятся интереснее для своего окружения, развиваются их способности к социальному общению. Психомоторика — та сфера, успехи в которой производят порой настоящие чудеса.

«Я ПРОСТО НЕ МОГУ ВЫКЛЮЧИТЬ СВОЙ МОТОР!»

ГИПЕРАКТИВНЫЕ ДЕТИ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОМОТОРНЫХ ИГР

Ю. Шиндлер

В своей работе с гиперактивными детьми я исхожу из того положения, что действия, поведение, *Я*-концепция и личность являются результатом сложного взаимодействия целого комплекса объективных и субъективных факторов, что движение человека всегда отражает его внутреннее ощущение жизни (Bronfenbrenner, 1981; Hölter, 1984; Mattner, 1988; Seewald, 1991).

При нашем подходе внимание сосредоточено не только на поведении человека, мы пытаемся понять его самого — и в этом состоит наша принципиальная позиция. Это отказ от линейно-монокаузального мышления, когда выстраивается цепочка: причина — симптом — воздействие — результат. Поведение человека выводится из совокупности его жизненных условий и биографических данных. Неадекватность поведения, будучи «сигналом бедствия» (Voß, Wirtz, 1990), указывает на неполадки в жизненной ситуации ребенка, когда такой способ поведения необходим ему для поддержания внутреннего психического равновесия.

Такая точка зрения на первых порах, естественно, не делает задачу выстраивания отношений с гиперактивным ребенком проще. Ввиду необозримого количества взаимодействующих факторов, процессов, систем регулирования общая ситуация не поддается охвату и пониманию с первого раза. В центре внимания оказывается не поиск виноватых, а отслеживание закономерностей, возникших взаимоотношений между всеми системами. Этот комплекс может быть выявлен лишь шаг за шагом в сотрудничестве с ребенком, его семьей, близким окружением и при участии междисциплинарной команды специалистов по моторике, медицине и психологии. И это необходимое условие для инициации изменений.

Развитие каждого ребенка протекает индивидуально, в зависимости от сочетания большого количества разнообразных факторов. Поэтому не существует гиперактивных детей как таковых, существуют конкретные дети, которых зовут Маркус, Ганс-Петер, Михаэль и Кристина, которым наряду с другими качествами свойственны также гиперактивные черты.

Лукерт показывает на многих примерах, что «социальные, политические и медицинские процессы развития... всегда играли су-

иственную роль в распространенности тех или иных физических недостатков и нарушений» (Luckert, 1988, с. 13).

Глядя на вещи под таким углом зрения, мы можем увидеть определенную связь между гиперактивным поведением и духом нашего времени.

Господствующая тенденция общественной культуры — ориентация на материальный успех. Экономический рост и повышение нормы прибыли возводятся в оптимум функциональной продуктивности. Сопутствующими явлениями на субъективном уровне становятся материальная ориентация людей, выражающаяся в фиксированности на результат, конкурентное мышление и стремление к индивидуальной материальной успешности. Спешка, стресс, неуверенность, угрозы природных катаклизмов, растущее отчуждение и накопление агрессивного потенциала (Glöckler, 1988) становятся чертами современной жизни.

Несмотря на отмеченные негативные тенденции в развитии окружающей среды, я не хотел бы распространять панические настроения. Моя цель — лишь указать на факторы окружающего мира, влияющие на детское поведение. Необходимым при этом остается исследование ребенка на предмет обнаружения у него возможных функциональных и морфологических изменений в организме, поскольку следует учитывать и эти факторы при анализе поведения.

Больны ли гиперактивные дети и, следовательно, им необходимо соответствующее лечение, или они просто слишком подвижны и невнимательны? Наладится ли их поведение само собой, или им нужна помощь со стороны?

Каковы бы ни были факты, обуславливающие нарушения поведения, гиперактивный ребенок нуждается в помощи. Он испытывает трудности с самим собой и в общении со своим окружением: в семье, детском саду, школе, на игровой площадке. Реакция окружения — поразительно, но факт — всегда одна и та же. Если вначале люди еще проявляют терпение, то в конце чаще всего от гиперкинетиков отворачиваются. Опасность их социальной изоляции велика. Связанные с этим переживания оставляют в их душе глубокий след.

Дальнейшее развитие ребенка находится под угрозой, и без изменений всей ситуации вокруг ребенка возможности раскрытия его потенциала настолько стеснены, что последствием этого может быть хроническое нарушение поведения.

1. Начало коррекционной работы с гиперактивными детьми

Гиперактивный ребенок часто бывает невыносим, однако в его беспокойном поведении есть определенный смысл. Ребенок как бы говорит окружающим: «Я хочу, чтобы на меня обратили вни-

мание, чтобы меня любили. Я заставлю вас меня заметить!» Ребенок посылает вновь и вновь сигналы, усиливая их в надежде, что кто-то на них отреагирует. Смысл этих эскапад не понятен окружающим, и между ожиданиями ребенка (хочет завоевать внимание и любовь) и действительностью (окружающие видят только назойливую суетливость, шумность, неловкость) образуется пропасть. Диалог нарушен, а это ведет только к усилению нарушения поведения. Так может возникнуть порочный круг.

На наших занятиях можно наблюдать, как налаживается этот диалог: дети шумят, носятся сломя голову и буянят, не опасаясь, что будут наказаны. Здесь можно быть другим и тебя признают, несмотря на все твои чудачества и причуды. К тебе проявляют внимание, в котором ты нуждаешься, оно выражается в ходе активного взаимодействия, оно подкрепляется пристальными, направленными на тебя взглядами. Методика коррекции, таким образом, состоит не в поисках кнопки, которая бы позволила выключить мотор, напротив, для начала создаются условия, в которых гиперактивный ребенок в полной мере может проявить свою активность. Напомним строки Б. Брехта о насилии: «Ревущий поток называют насилием, / но русло, которое держит его взаперти, / насилием не называют». Что касается гиперактивных детей (не имеющих органических изменений мозга), то, если продолжить метафору, неисправность надо искать не в работающем непрерывно двигателе, а в условиях, в которых он работает: не годится узкая улица, тормозящая движение. Отсюда вытекает важное правило: следует сначала предложить ребенку гоночную трассу в качестве двигательного пространства!

Необходимо разорвать порочный круг, который так или иначе создается поведенческими стереотипами и реакциями как гиперактивных детей, так и их окружения.

Укажем на ряд возможностей, которые для этого следует использовать:

- выяснение факторов, обуславливающих гиперактивность, и причин нарушения диалога между ребенком и окружением,

- предоставление ребенку свободы действий, снятие у него напряжения ожидания,

- создание условий для переживания успеха и формирования положительной Я-концепции в процессе игры, где степень трудности решаемой задачи выбирается самими детьми,

- формирование положительного отношения к собственному телу путем приобретения телесного опыта,

- усвоение и закрепление новых форм социального поведения в небольшой группе,

- игровые упражнения на преодоление конфликтных ситуаций и негативного социального опыта,

- наверстывание отставаний и ликвидация дефицитов в проблемных областях,

– осторожное стимулирование усидчивости и работоспособности,

– просвещение родителей, педагогов и других представителей окружения относительно особенностей гиперактивного ребенка с целью изменения отношений и создания единой концепции воспитания, решения вопросов школьного обучения, свободного времяпрепровождения и т. д.

2. Базовые условия для практической работы, структура занятий

В процессе работы с гиперактивными детьми в Институте кинезиотерапии и психомоторики в Мюнхене были выявлены оптимальные численность и состав группы: в ней должно быть не более 5 детей одного уровня развития (в возрасте 6—8 или 9—12 лет), из которых двое — гиперактивные; хорошо, если в той же группе присутствуют также боязливые или заторможенные дети. Благодаря такому составу можно привести в действие интегративные силы.

Определены требования к помещению и его оснащению.

Желательно иметь зал площадью не менее 100 кв. м при высоте 4—5 м. В нем необходимо иметь такое оборудование, как качающиеся и вращающиеся снаряды, громоздкие предметы: длинные скамьи, ящики, шведские стенки, канаты, разнообразные средства для психомоторных упражнений.

Необходимая для занятий среда создается при соблюдении некоторых условий. Не должно быть лишних раздражителей, таких, как яркий свет, яркая окраска стен или находящиеся вблизи детей отвлекающие их внимание предметы и снаряды.

Речь педагога должна быть простой, четкой, лаконичной и спокойной; следует избегать повторений.

Детям необходимо постоянно чувствовать контакт с педагогом — зрительный, эмоциональный, при необходимости и телесный.

Педагог и дети устанавливают свои «ритуалы»: улаиваются о месте для встреч, обсуждений и окончания занятий; уговариваются о непременном соблюдении некоторых правил, например устанавливается запрет на применение насилия; согласуются с детьми последствия нарушения правил. Допустим, устанавливаются такие меры: предупреждение, когда указывается на допущенное нарушение; вручение «желтой карточки» (как в футболе) и выяснение отношений с участием сторон; «удаление», когда ребенок на 2 мин лишается права участия в игре.

Педагогу-мотологу необходимо иметь ясную позицию, вести себя честно, предсказуемо и последовательно, быть открытым.

Занятие по коррекции психомоторики с гиперактивными детьми строится по следующему плану:

- краткое приветствие,
- достаточно продолжительные и интенсивные игры, включающие бег (например, салочки),
- игровые эпизоды: полет на луну, авторалли, аэропорт и т.д.,
- расслабление,
- завершение, строящееся с учетом использованной на уроке ситуации.

В процессе занятий возможны проявления детьми собственной активности и изобретательности, они ищут и находят свою тему. Индивидуально и каждый в своем ритме обучается тем или иным видам движения и способам поведения, которые постепенно доводятся до автоматизма. В поведении гиперактивных детей особенно бросается в глаза их тяга к телесному переживанию таких ощущений, которые им дают скорость, ускорение и замедление, вращение и возникающие при этом центробежные силы.

3. Возможные варианты игр

Тематически ориентированное содержание игр — хорошая основа для психомоторной практики. Двигательный акт может быть связан с внутренними мотивационными структурами и биографически значимыми фактами. Он дает возможность поставить в контекст биографии ребенка до сих пор непонятые и неадекватные моменты в его поведении и придать им смысловое значение. Внимание педагога все более направлено на переживания и самоопределение ребенка, им отводится все более значительное место по сравнению с развитием отдельных каналов восприятия и программ координации. Развитие происходит в ситуациях, важных для детей. Дети имеют чутье на это, и в условиях свободного выбора игровых ситуаций они находят темы, которые для них важны и интересны.

Поэтому я придаю особое значение первой фазе в концепции Кипхарда, поскольку двигательная активность детей имеет тематическую направленность. По характеру движений ребенка можно судить о внутренних механизмах регуляции, о внутренних потребностях и субъективных смысловых связях. Казалось бы, бессмысленное, мешающее окружающим, нерегулируемое поведение в действительности является единственной возможностью найти ключ к пониманию состояния ребенка, к выстраиванию с ним диалога.

Основой для этого может служить в соответствии с концепцией Кипхарда какой-нибудь сюжет, например: «полет на луну», «экспедиция в джунгли», «праздник в зале для подвижных игр» и т.д. Главное заключается в том, чтобы предложить игру, которой бы соответствовали потребности детей в движении. Так, качели могут на время превратиться в пиратский корабль, на котором можно проплыть через семь бурных морей и пережить массу опасных при-

ключений; на вертикальном канате можно проделывать захваты-вающие дух номера; можно попасть в страну загадок и прекрасных тайн, для чего придется пройти над ущельем по висячему мосту.

В таких тематически ориентированных игровых ситуациях действуют другие условия, чем при проделывании простых упражнений для улучшения сенсорной интеграции, развития чувства равновесия, приспособляемости и координации движений. Проигрывая ситуацию на заданную тему («пираты захватывают сокровища на таинственном острове»), дети осваивают и одновременно разыгрывают определенное содержание. Улучшение моторики наступает при этом в качестве «побочного эффекта». Дети принимают в этом процессе деятельное участие. Они сами активно действуют и управляют собственной программой действий.

Рекомендуется во время интенсивных игр делать коротенькие паузы, с тем чтобы дети могли почувствовать переход от физического напряжения к ощущению расслабленности.

Выключают музыку, уменьшают свет и предлагают выполнить, например, такие задания:

- дети напрягают только правый кулак, только левую ногу и т.д. или все мышцы, изображая силача (Liebisch, Dannhauer, 1989);

- мотопедагог договаривается с ребенком, что какая-то часть его тела будет служить «выключателем» (например, правая коленная чашечка). Ребенок движется, изображая робота. Его движения скованны и напряжены. Дети идут за ним и прикасаются то к его плечу, то к руке и т.д., отыскивая «выключатель». Когда он найден, робот выключается, его движения становятся вялыми, голова опускается, руки повисают и слегка покачиваются;

- дети изображают надувной матрац;

- дети изображают, как из надутого пакета выпускают воздух.

Важно, чтобы дети чувствовали свое тело и научились произвольно управлять той или иной его частью. Для этого подходят прежде всего такие переживания, которые «ощущаешь буквально кожей»:

- «Сэндвич». Часть детей лежат на мягком мате, разостланном на полу, их накрывают другим матом, получается «сэндвич». Другая часть детей ходят, осторожно ползают сверху, изображая «приправу» к сэндвичу;

- «Я твоя погода». Ребенок лежит в расслабленном состоянии на животе. Другой ребенок описывает различные состояния природы («Светит солнце; надвигаются тучи, падают капли дождя; начинается гроза с громом и молнией»), сопровождая рассказ то поглаживанием, то постукиванием и т.д.;

- «Автомойка». Две длинные скамейки ставятся параллельно, так что они образуют коридор. Дети проезжают по нему лежа животом на роликовых досках, в то время как на этих скамейках стоят на коленях другие дети. Ребенок на входе в «автомойку» сообщает,

какая машина заезжает, как с ней следует обращаться. В зависимости от этого машина «моется» или осторожно, или во всю мочь;

– массаж, который делают ребенку «ежилом» или теннисным мячом;

– обкладывание ребенка мешочками с песком.

Практика показывает, что выключение зрительного восприятия может способствовать концентрации внимания гиперактивных детей и восприятию ими информации через другие каналы. Так, рассказывая какую-нибудь историю, очень полезно стимулировать при этом вестибулярную систему. Для этого можно, например, использовать качели или гимнастический мат, под который подкладываются теннисные мячи или роликовые доски.

Можно удивляться тому, как внимательно слушают гиперактивные дети фантастическую историю о «самой быстрой улитке в мире» (Friedrich, Friebe, 1991), когда они покачиваются на качелях с закрытыми глазами.

Автору удавалось также получать хорошие результаты, используя в качестве средства расслабления классическую музыку.

4. Характер отношений между ребенком и мотопедагогом

Для проведения работы нужен определенный психологический климат. Манера поведения педагога играет определяющую роль в появлении у ребенка готовности открыться и быть «пластичным». Сначала царит непонимание. Лишь желание педагога понять ребенка открывает возможность начать диалог-знакомство. Чтобы этот диалог имел развитие, необходимо установить взаимное доверие и уважение, взаимное участие, равноправие в выражении своих желаний, аутентичность, прозрачность, предсказуемость действий.

В процессе работы в центре внимания педагога находится не поведение ребенка и не его собственное поведение, а отношения между ним и ребенком!

Педагог всем своим существом участвует в диалоге с детьми, вживаясь в процесс изменений, шаг за шагом понимая состояние того или иного своего подопечного.

Установление точек контакта между ребенком и педагогом — взаимный процесс. Часто дети идут на диалог после ряда разыгранных сюжетов, при этом ни оглушительно громкие крики, ни беготня на бешеной скорости не осуждаются и не наказываются. Напротив, ребенку дают место, где он может с ревом носиться по залу, как самолет-штурмовик или гоночный автомобиль; агрессивность не наказывается наложением запрета или выдворением с места игр, наоборот, предлагается выплеснуть агрессию, орудуя, например, мечами из поролона.

После этого в большинстве случаев становится возможным разговор о причинах агрессивной вспышки. Педагог говорит, что он многое может понять в состоянии ребенка, однако никак не может допустить проявления насилия, нанесения кому бы то ни было телесных повреждений. Педагог выражает уверенность в способности ребенка самому преодолевать агрессивность. Можно предложить ему в качестве объектов таких выплесков агрессивной энергии альтернативные варианты в виде «бития какого-нибудь фантома».

В таких ситуациях может завязаться ниточка контакта. У ребенка возникает чувство, что его принимают таким, каков он есть, что имеются точки соприкосновения с окружением. Переживание этого пробуждает интерес к другому человеку и мотивацию к совместному времяпрепровождению.

Этот момент наиболее важен в процессе созидания отношений мотопедагога с ребенком. Так открывается доступ к детской душе. Раз открывшись, ребенок постепенно расскажет и о том, что его дразнят в школе, и о том, как неудобно и безутешно бывает его жизнь и какие раны она успела ему нанести.

5. Многоплановый подход к коррекции психомоторики

Нельзя ограничить работу с гиперактивным ребенком только занятиями с ним. Это может облегчить его положение, укрепить его силы в противостоянии окружению. Однако такой подход односторонен, и гиперактивность как продукт социального контекста лишь цементируется. Необходимо помнить, что причины наблюдаемого состояния следует искать и в окружающей среде, с тем чтобы попытаться исправить положение, изменить отношения между системами, находящимися друг с другом в диалоге. Проблема требует мультимодального подхода, для осуществления которого необходимо участие целого коллектива. При таком подходе ребенок, родители, воспитатели, учителя и специалисты — мотопедагоги, дефектологи, врачи и психологи — находятся в процессе постоянного общения друг с другом с целью создания климата, который позволил бы сделать жизнь не только более сносной, но и приятной.

В данной работе изложен многолетний опыт работы с группами гиперактивных детей и подростков. В основу системы положено использование такого средства, каким является движение, притом что занятия движением представляют собой только часть целостной коррекционной концепции. Работая в команде, мы пытаемся найти индивидуальный смысл в поведении ребенка. При этом мы стараемся определить связь между внешними проявлениями ребенка и влиянием окружающей его среды, фактами его биографии. Успех зависит от степени доверия к нам ребенка и его родителей, только оно может открыть нам доступ в интересующие нас сферы жизни.

НЕКОТОРЫЕ КИНЕЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ГИПЕРАКТИВНЫХ ДЕТЕЙ

УПРАЖНЕНИЯ С ВОЗДУШНЫМ ШАРИКОМ И МУХОБОЙКОЙ

М. Пассольт

У воздушных шариков своя прелесть. Они послушны, с ними можно упражняться в балансировании на пальце, ноге или носу, их можно подбрасывать, наносить по ним удары рукой и т.д. Своей невесомостью они прямо-таки побуждают к различным манипуляциям, в целом же это хорошее средство для развития координации между зрением и движениями рук, ног, тела. Играя с воздушными шарами самостоятельно или с товарищами, можно вволю набегаться и напрыгаться.

Игры с шарами увлекают и детей, и подростков, и взрослых, хотя есть и немногие неприятные моменты: образование статического электричества на поверхности шара, возможность внезапного хлопка и, как следствие, реакция испуга у окружающих. В комбинации с мухобойкой — этим бытовым предметом, который мы используем в игровых целях, можно создавать целую серию новых, увлекательных занятий, требующих подвижности и смекалки. К тому же воздушные шарики и мухобойки дешевы, их покупка незаметна.

Ниже мы приводим целый перечень игровых идей с использованием воздушных шаров и мухобоек. Эти идеи несложно осуществить в индивидуальной и групповой практической работе с гиперактивными детьми. Иногда их хорошо использовать и просто для поддержания эмоционального тонуса.

Мы сгруппировали игры с воздушными шарами в соответствии с шестью фазами кинезиотерапии по ослаблению гиперактивного поведения, разработанными Кипхардом.

Фаза 1. Развитие вестибулярно-моторной активности (фаза предоставления свободы)

1. Свободный бег в помещении. Дети могут:

- бегать по залу, ударяя мухобойкой по воздушному шару (рис. 7);
- делать то же самое, подпрыгивая вверх;
- стараться ударом послать воздушный шарик как можно дальше и как можно выше;
- сбегать по наклонной плоскости, стараясь ударить как можно по большему количеству летающих вокруг шариков.



Рис. 7

2. Свободная езда в помещении. Можно предложить:

- быстро ездить по залу на роликовой доске, роликовых коньках и других средствах передвижения;
- лежа на роликовой доске (на животе или на спине), а также сидя или стоя на коленях, стараться попасть рукой по воздушному шару.

3. Передвижение в зале с использованием снарядов, дающее ощущение свободы:

- лежа на спине на роликовой доске, перемещаться по залу, ведя перед собой с помощью мухобойки воздушный шарик;
- качаясь на качелях, стараться попасть по летающим вокруг воздушным шарикам;
- прыгая на трамплине, стараться попасть по летающим в помещении воздушным шарикам.

*Фаза 2. Развитие умения управлять своими движениями**

1. Двигаться по улицам города, выстроенного на полу зала с помощью ящиков и канатов (ящики — это дома, а канатами выкладываются улицы):

- как можно быстрее ходить по улицам, ведя перед собой воздушные шары;
- ходить, не позволяя воздушным шарикам перелетать за левую и правую сторону улицы;

– стараться избегать столкновений с автомобилями на перекрестках и при обгонах (автомобили — это роликовые доски, управляемые детьми).

2. Ударять мухобойкой по воздушному шарiku, соотнося силу удара с задачей:

- ударить с такой силой, чтобы шарик коснулся стены;
- ударить так, чтобы воздушный шарик опустился в баскетбольную корзину;



Рис. 8



Рис. 9

– ударить по воздушному шарiku, перепасовав его товарищу по игре;

– ударить по воздушному шарiku, отправив его вверх на такую высоту, чтобы другой ребенок успел трижды коснуться мухобойкой пола, прежде чем воздушный шарик опустится.

3. Управлять движением:

– играть с воздушным шариком сидя, стоя или лежа, ударяя по нему мухобойкой (можно для этого использовать и ее рукоятку) (рис. 8, 9);

– играть с помощью воздушных шариков в теннис или бадминтон в темпе замедленной киносъемки;

– воздушный шарик с помощью ударов в соответствии с командой доставить в угол, к двери, к боковой стене, к другому ребенку;

– по команде, не теряя шарики, как можно быстрее образовать группы по два-три человека;

– в игре «старт—стоп» вести перед собой воздушные шарики с помощью мухобойки, варьируя скорость от нуля до самой большой: то ускоряя движение, то замедляя его, то совсем останавливаясь.

Фаза 3. Упражнения для улучшения концентрации внимания

1. Ударять по воздушному шарiku определенным образом:

– стараться попасть мухобойкой по возможности в середину воздушного шарика;

– попасть по воздушному шарiku с возможно большим шумом;

– ударить по воздушному шарiku так, чтобы он лопнул;

– ударить по воздушному шарiku так, чтобы он поднялся как можно выше;

– ударить по воздушному шарiku так, чтобы он ударился о пол;

– подпрыгнуть и ударить по воздушному шарiku, когда он находится в наивысшей точке полета;

– попасть по воздушному шарiku мухобойкой с закрытыми глазами (рис. 10).

2. Балансировать воздушным шариком:

– удерживать воздушный шарик в равновесии с помощью одной или двух мухобоек, слегка ударяя по нему;

– удерживать воздушный шарик в равновесии в воздухе, не ударяя по нему;

– удерживать воздушный шарик, зажав его между двумя мухобойками или их рукоятками;

– взять в каждую руку по мухобойке и стараться попеременно вести воздушный шарик то в одну сторону, то в другую;

– взять две мухобойки за рукоятки в одну руку и перебрасывать воздушный шарик с одной хлопушки на другую;

– как можно быстрее вращать воздушный шарик вокруг оси, используя при этом как хлопушку, так и рукоятку мухобойки;



Рис. 10

— подбросить воздушный шарик вверх с помощью мухобойки и снова мягко поймать его мухобойкой.

3. Двигаться вместе с воздушным шариком:

— лежа удерживать воздушный шарик на весу с помощью мухобойки;

— попеременно ударять по воздушному шарiku то мухобойкой, то какой-нибудь частью тела;

— при громком назывании какого-нибудь цвета производить соответствующее движение (например, голубой означает лежать, красный — стоять на коленях, желтый — подпрыгивать, зеленый — сидеть), удерживая при этом шарик на весу;

— по команде собираться вместе, жонглируя воздушными шариками, бежать в угол зала, образовать круг, квадрат, прямоугольник и т.д.;

— закрыть глаза; мотопедагог, руководящий игрой, касанием определяет ребенка, который должен, ритмично постукивая по воздушному шарiku, послать сигнал.

Дети совершают следующие действия:

указывают направление, в котором находится источник звука,

указывают направление и сами идут туда,

пытаются воспроизвести услышанный звук (ритмическое чередование звуков),

сидя зажимают воздушный шарик между ногами, как барабан, берут две мухобойки в руки, как барабанные палочки, и выбивают на воздушном шарике заданный ритм (рис. 11).



Рис. 11

4. Определить предмет на ощупь:

- покрывалом накрыть воздушные шарики разных размеров; дети щупают шарики, сравнивают их размер с открыто лежащими рядом воздушными шарами и сортируют их по размерам;
- из мухобоек выложить какую-нибудь фигуру, например четырехугольник, и накрыть покрывалом; дети нащупывают эту фигуру и выкладывают такую же рядом.

5. Мысленно путешествовать вместе с воздушным шариком:

- детям предлагается лечь на пол и закрыть глаза; им рассказывают историю о воздушном шарике, который летит вокруг света, убегая от мухобойки, которая его преследует;
- предложить детям продолжить эту историю.

Фаза 4. Тренировка зрительного внимания

1. Детям предлагают понаблюдать за воздушными шариками (рис. 12):

- какого цвета воздушные шарики у других детей?
- у кого самый маленький и у кого самый большой воздушный шарик?
- у скольких детей голубой шарик? желтый? красный? Как зовут этих детей?
- следить за траекторией полета воздушного шарика. Как только шарик коснется пола, дети садятся на пол;
- следить за полетом воздушного шарика в темноте с помощью карманного фонарика.



Рис. 12

2. Все воздушные шарики кладутся под покрывало. Покрывало быстро приподнимается и снова опускается:

- сколько воздушных шариков под покрывалом?
- какого цвета эти воздушные шарики?
- сколько вообще цветов представлено?
- сколько воздушных шариков одного цвета?
- какого цвета самый маленький, самый большой воздушный шарик?

Фаза 5. Преодоление импульсивности

1. Не касаясь воздушного шарика, нужно сказать, как и куда следует ударить по нему мухобойкой, чтобы он пришел в движение.

2. Устроить с помощью мухобоек воздушный вихрь над шариком. Можно ли произвести такой ветер, чтобы воздушный шарик на полу пришел в движение? Можно ли им так же управлять?

3. Ударами мухобойкой рядом с воздушным шариком создать движение воздуха. Как создать такой воздушный вихрь, чтобы шарик улетел?

4. Попытаться сделать так, чтобы воздушный шарик, лежащий на полу, начал подпрыгивать. Можно ли сделать так, чтобы он подпрыгивал высоко?

5. Попробовать, стуча мухобойкой по полу, устроить такую воздушную бурю, чтобы шарик устремился вверх так быстро, как будто



Рис. 13

его пнули ногой. Решить, сколько же мухобоек нужно использовать, чтобы создать такой вихрь.

6. Перегонять воздушные шарики с одного места на другое. Кто сможет перегнать 3 воздушных шарика с одного места зала на другое? Сколько может быть вариантов выполнения такого задания?

Фаза 6. Спортивные занятия как средство самодисциплины

1. «Воздушный шарик через веревочку». Над площадкой натягивается веревочка (или сетка), и дети перебрасывают воздушный шарик мухобойками с одной половины площадки на другую (рис. 13).

2. «Игра в теннис воздушным шариком на трамплине». Два игрока, подпрыгивая на трамплине, играют в теннис воздушным шариком, стараясь с помощью мухобоек перекинуть его через натянутую веревку.

3. «Подстегивание воздушного шарика». Дети делятся на две команды. Каждая команда, пользуясь мухобойками, пытается перегнать шарик на сторону противника, чтобы он коснулся противоположной стены зала. За это дается очко.

4. «Воздушный шарик в цель». Играют две команды. Игроки стараются загнать воздушный шарик в цель, находящуюся на стороне противника, например в баскетбольную корзину. За попадание — очко.

5. «Игра в воздушный шарик сидя». Играть в воздушный шарик, пользуясь мухобойками, можно только сидя. Вариант: игра возможна также в положении сидя на роликовых досках (рис. 14).



Рис. 14

6. «Жонглирование воздушными шариками». Дети жонглируют двумя или тремя воздушными шариками с помощью мухобойки. Вариант: дети бьют по воздушным шарикам так, что они подпрыгивают, ударяясь о пол.

7. «Летающие воздушные шарiki». Воздушные шарiki все время должны находиться в воздухе. Дети стучат по ним, стараясь не допустить, чтобы они коснулись пола.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПРАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ КОРРЕКЦИОННОГО КУРСА ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В ПОВЕДЕНИИ И ГИПЕРАКТИВНЫХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА: УПРАЖНЕНИЯ С ПАЛКОЙ И БАРАБАНОМ

А. Вёльфль, П. Уффельманн

Представляемая читателю система занятий прошла в своем становлении множество этапов и модификаций, долгое время апробировалась и наконец заняла прочное место в коррекционных программах психиатрической клиники для детей и юношества. Этот проект требует от 8 до 14 сдвоенных часов и рассчитан на участие юных пациентов с различными психопатологическими отклонениями. В ходе работы мы следили за тем, чтобы дети, составляющие группу, имели приблизительно одинаковый уровень концентрации внимания, восприятия и выносливости. Желательно, чтобы в группе, с которой занимаются два мототерапевта, было не более четырех гиперактивных подростков при общей численности группы 8—12 человек. Далее мы излагаем примерное содержание курса занятий, состоящего из 4 сдвоенных часов, отмечая особенности работы с гиперактивными подростками.

1. Основная идея коррекционного курса

Общение с гиперактивными подростками показывает, что у них не ладятся отношения со временем и пространством. Они суетливы, непоседливы, их движения произвольны. Все у них должно происходить быстро, они не знают покоя и раздумья, не могут сосредоточиться на задаче. Хотя они часто находятся в центре внимания группы, но их собственное внимание никак не сфокусировано на своем Я. Движения их дезориентированы и не имеют четкой направленности. Пространство при этом не структурируется.

Наши наблюдения заставили нас обратиться к попыткам улучшить способность детей более осмысленно обращаться с пространством и временем. В качестве подручных средств, пригодных для этой цели, нам показались подходящими ударные инструменты и палочки.

Работая над системой упражнений, мы сгруппировали по определенным критериям танцевальные движения, элементы ритуальных танцев, элементы движений, принятых в театре масок, а также используемых при игре на барабанах и на различных других

ударных инструментах. Кроме того, мы разработали ряд собственных упражнений.

Чтобы приблизиться к решению нашей задачи, мы считали необходимым:

- развить у детей чувство ритма;
- воспитать уверенность в себе;
- развить контактность и общительность;
- выработать способность концентрировать внимание;
- развить невербальную выразительность;
- подготовить выступление перед публикой.

Мы решили сосредоточиться прежде всего на выработке нескольких основных навыков. На те или иные нарушения порядка мы договорились отвечать предложением упражнений, которые могли бы разрешить инцидент. Нам было ясно — об этом мы сказали также подросткам, — что работа в рамках проекта потребует высокой степени дисциплинированности. Проект должен был завершиться представлением спектакля. Авторами его, как предполагалось, будут сами дети, которые используют для этого материал, усвоенный ими в ходе учебы.

То, что должно было начаться как процесс, управляемый извне, по мере реализации проекта планировалось переводить в русло инициативы и самостоятельных действий детей. Задача руководителей проекта должна была все более приобретать направляющий характер и концентрироваться на предоставлении и обеспечении детям условий, необходимых для выполнения задуманного.

2. Воспитание чувства ритма

При обучении детей игре на барабане и ударных инструментах главная задача — добиться той сплоченности группы, которая позволяет соблюдать определенный размер и такт при совместной игре. Тут могут возникнуть различные трудности: у кого-то отсутствует чувство ритма, некоторые не слышат своих товарищей, у других возникает осознанное или неосознанное нежелание участвовать в общем действии. Процесс интеграции индивида в группу требует длительного времени. Способность группы выдерживать единый ритм в стабильном темпе дает отдельному ее участнику возможность на время выбывать из ансамбля и вновь в него встраиваться. На фоне стабильно удерживаемого ритма выполняющий роль солиста может проявлять свою свободу. В ходе импровизации он определяет, насколько возможно отойти от ритмического фона, насколько при этом он сам будет слышен.

Сольная игра требует преодоления неуверенности и страхов. В центре внимания педагога при этом стоит задача воспитания в

членах группы взаимного уважения, готовности участвовать в обеспечении ритмического фона и уверенности в том, что тебя поддержит группа, если ты отважишься участвовать в сольном эксперименте. Мы хотели, чтобы каждый участник нашел свое место в общем музыкальном действе, мог на время выделиться своей игрой на общем ритмическом фоне и снова слиться с ним. Этой цели служили разнообразные эксперименты, участие в которых помогало нашим пациентам развить и укрепить в себе чувство принадлежности к группе, а также найти свой личный стиль.

3. Освоение структурированных действий

Понятие «движение» предполагает такие измерения, как сила, пространство, время и способы их структурирования (Dropsy, 1982). На нарушенные отношения в вышеназванных аспектах указывает возникновение таких психосоциальных проблем, как:

- расстроенное отношение к самому себе как физическому организму и к своей внутренней жизни,
- нарушенное отношение к физической реальности пространства (трудности в ориентации, проблемы с пониманием ситуации) и времени (ритмические трудности),
- нарушенные отношения с другими людьми.

Дисгармония проявляется во всех названных измерениях. Точный анализ двигательной активности выявляет либо неконтролируемое расходование силы, либо недостаточную координацию во времени, либо дезориентированное обращение с пространством. Двигательные упражнения призваны улучшить отношения с физической и социальной средой. Им придается характер ритуала, они ориентированы на пространственные геометрические структуры. Условие двигаться по контуру четырехугольника, треугольника или круга накладывает определенные ограничения, но вместе с тем дает возможность четкого структурирования пространства. Вводятся ритмические элементы: обращается внимание на то, чтобы каждый проходил по контуру геометрической фигуры в одном темпе со всеми и укладывался в заданное количество шагов.

Отрабатываются навыки выполнения движений по «своему» контуру, который сливается с путями передвижения других, и, если это возможно, — переносятся на повседневные ситуации. Эти «феномены слияния» принадлежат к числу ценных данных, полученных опытным путем. Участники курса часто немало удивляются тому, как быстро они теряют ориентировку при выполнении простых структур. У некоторых это вызывает недовольство, которое снимается путем предложения более простого учебного материала и оказания помощи в его освоении. При всех трудностях отрадн

бывает видеть, как растет мотивация подростков, когда они добиваются успеха. Действительно, только то, что достигается путем собственных сознательных усилий, обретает вид реального жизненного опыта, являясь в полном смысле слова завоеванием. Вначале освоение структурированных действий вызывает большое сопротивление, так как многим подросткам этот процесс напоминает военную муштру. Требуется немало времени и терпения, чтобы они поняли, что выстраивание действий в данном случае означает не подавление их воли, но ее дисциплинирование.

Движения выполняются в определенном ритме, который задается и поддерживается ударами палки о пол. В процессе такого совместного отбивания ритма устанавливается контакт между участниками движения.

Такие упражнения с палкой, как подбрасывание ее и ловля, балансирование ею на пальце, требуют высокой степени концентрации внимания и контроля за своими движениями. Для некоторых гиперактивных детей эта нагрузка оказывается предельной, у других же пациентов при этом повышается психическая выносливость. Внешний мир — пространство и время — для участников занятий становится до некоторой степени управляемым — переживание, которое пациенты вряд ли испытывали до сих пор.

4. Практическое выполнение упражнений

Ниже следует примерное описание реализации проекта на основе избранных упражнений.

Первое занятие

В начале занятия каждый участник выбирает себе инструмент и занимает свое место в круте. После краткого введения каждый может поиграть на своем инструменте 15 с как ему заблагорассудится. Можно заметить, что возникающий при этом невообразимый шум приводит некоторых участников занятия в замешательство. После короткого обсуждения — отклика на такое начало — педагог дает задание сыграть определенную ритмическую фигуру и просит выдерживать ее. Один из участников решается начать и постепенно к нему присоединяются остальные. При помощи условных знаков варьируется динамика совместной игры, чередуются громкость и темп. Затем меняются инструменты и ритмические фигуры.

Игра прерывается для того, чтобы обсудить возникшие трудности. Гиперактивные дети, которые вообще отличаются большой экспрессивностью, выполняя это упражнение, стремятся играть как можно громче, ведут себя шумно и довольно бестактно по

отношению к товарищам. Педагог обращает их внимание на то, что совместная ритмичная игра — а она требует известной самодисциплины — намного приятнее, чем беспорядочное извлечение звуков.

По ходу занятия каждый участник может выбрать себе собственную ритмическую фигуру, сыграть ее, а все остальные, как слаженный ансамбль, должны повторить ее. Такое упражнение дает каждому подростку возможность занять прочное место в группе. Процесс усвоения ритма состоит из трех элементов: «слышать — понимать — повторять». Чтобы ритмическую фразу могли скопировать другие, она должна быть четкой. Педагог обращается к участникам с просьбой выразаться на своем инструменте понятно, исполняя простые ритмические фигуры. Затем, беседуя с детьми, он проводит параллели с повседневными ситуациями: иногда дети не умеют выразить свою мысль достаточно четко и вразумительно. В большинстве случаев подростки считают, что затруднять себя попытками говорить яснее не стоит, поскольку окружающие и так их поймут. Это мнение приходится оспаривать.

Вторая часть урока проходит следующим образом. Каждому пациенту вручается палка, педагог предупреждает, что ее нельзя использовать во вред другим. При несоблюдении этого работа тут же прерывается, чтобы найти способ разрешения конфликта.

В целях повышения сплоченности группы мы проводим ритуал «я — мы». Дети образуют круг. Каждый должен, держа палку обеими руками, крепко ударить ею о пол и громко крикнуть: «Я!» Затем, держа свою палку в левой руке, подросток берется правой за палку своего соседа, тот, в свою очередь, за палку своего соседа и т.д. Таким образом круг участников игры замыкается. Теперь все вместе, ударив палками о пол, кричат: «Мы!» После этого каждый берет палку у своего соседа справа и, держа ее обеими руками, стучит по полу: «Я!» Движения постепенно становятся все ритмичнее и быстрее. Чередование позиций «я — мы» подчеркивает равноправие каждого как участника коллектива и как индивида и дает всем вместе чувство защищенности и ощущение коллективной энергии. В конце упражнения каждый выбивает палкой заданную ритмическую структуру и удаляется от группы, двигаясь шагом назад.

Второе занятие

Вышеописанные упражнения повторяются в различных вариациях. Когда в группе установились стабильные отношения, начинается исследование пространства зала с помощью звуков и слуха. Первое задание выполняется в парах. Каждая пара выбирает себе какой-нибудь инструмент и решает, кто из них будет ведущим, а кто — ведомым. Один закрывает глаза и следует за другим, кото-

рый идет по залу, выбивая определенный ритм на барабане. Сначала каждая пара движется отдельно, чтобы привыкнуть к звуку своего инструмента и выработать свой, отличный от других ритм, на который должен по слуху ориентироваться партнер с закрытыми глазами. Таким образом включаются в игру все пары и движутся одновременно, но каждая — на своем участке зала. В конце упражнения эти ограничения снимаются, и партнеры могут передвигаться по залу в любом направлении.

В работе с робким подростком педагог поначалу сам проводит его по залу. Рекомендуется также сыграть педагогу роль ведомого, в то время как подросток выступает в качестве ведущего. Это повысит его уверенность в себе и в своих лидерских способностях.

Вторая часть урока начинается с повторения ритуала «я — мы», после чего участники распределяются по залу и каждый пытается балансировать палкой, поставив ее на ладонь, а затем — на палец. Дети учатся «управлять палкой». Эти упражнения требуют большой концентрации внимания, и дети скоро устают, поэтому такие задания рекомендуется предлагать в разных вариантах через короткие интервалы времени.

Затем дети начинают упражняться в подбрасывании и ловле палок: надо подбросить палку вертикально вверх и поймать ее рукой. Кстати, упражнение, выполняемое по очереди то одной, то другой рукой, очень хорошо помогает развивать двурукость.

После этого образуются пары, и партнеры бросают друг другу свои палки. Здесь можно дать волю фантазии, и каждая пара придумывает для себя свою маленькую хореографическую вариацию. При выполнении этого упражнения необходимо следить за тем, чтобы подростки не слишком увлеклись игрой (с гиперактивными детьми это часто случается) и чтобы перекидывание палок не стало слишком рискованным.

Третье занятие

Каждое последующее занятие мы начинаем с повторения элементов предыдущего. В начале третьего занятия дети выполняют упражнение с подбрасыванием и ловлей палок, но далее к перебрасывающим друг другу палки партнерам присоединяется третий участник, который игрой на барабане создает ритмическое сопровождение «диалогу жонглеров», а затем и определяет ритм движений.

На некоторое время (на 3—4 мин) центр тяжести работы смещается на ориентирование в пространстве. Дети, передвигаясь по залу с произвольной скоростью, выполняют команды инструктора: «Ходить, делая повороты только под прямым углом; двигаться спиной назад, стараясь не толкаться; пройти четыре шага, а потом сменить направление и т.д.».

Далее педагог очерчивает большой квадрат, по углам которого парами становятся дети. Путь каждого заранее определен. Каждый участник тандема ходит по периметру своего квадрата со стороны не более четырех шагов, так, что сделав 12 шагов, он возвращается на свое исходное место. Первый делает два шага, за ним следует второй. Инструктор задает ритм хлопками в ладоши или с помощью небольшого барабана. Дети повторяют потом это движение с закрытыми глазами, идя друг за другом, задний при этом держится за переднего. Здесь также возможны самые разные вариации (ходить по тругольнику; двигаться назад; повороты совершать только влево или только вправо; ходить с палками, ударяя ими о пол на улах и т.д.).

Важно, чтобы каждый участвующий точно знал, что от него требуется, и не ориентировался на движения других. Часто бывает так, что участник игры не может выполнить своего задания и «выпадает из структуры». В таких случаях мы прерываем упражнение и сообща ищем выход, чтобы успешно довести игру до конца. Практика показывает, что при ясной и четкой постановке учебных задач именно гиперактивные дети способны высказывать весьма конструктивные соображения и бывают очень изобретательны в поиске решения проблем.

Четвертое занятие

На этом занятии мы начинаем разучивать приемы извлечения звуков из ударных инструментов. На заданном ритмическом фоне каждый игрок выступает со своим коротеньким приветственным соло на тему «Вот какой я сегодня молодец!». После этих сольных выступлений на общем ритмическом фоне могут разворачиваться различные музыкальные диалоги, пока все не «выговорятся». При этом к барабанщикам обращаются с просьбой свою мысль выражать коротко и ясно. Долгое сохранение однообразного фонового ритма может оказаться некоторым не по силам, превысив их способность к концентрации внимания. Поэтому во время короткого перерыва мы обсуждаем введение двух новых элементов: динамики и паузы. Вслед за Хеги (Hegi, 1986) под термином «динамика» мы понимаем смену громкой и тихой, быстрой и медленной музыки.

Группа выстраивается в круг, у каждого в руках ударный инструмент. В полной тишине дети осторожно начинают игру. Бой становится все громче и громче, доходя до крещендо. Затем постепенно громкость звучания снижается. Во время этого упражнения мы пытаемся сохранить начальный ритм и темп. Это дается непросто. По мере нарастания силы звука произвольно возрастает темп игры, и, наоборот, при затихании звука темп невольно замедляется. Гиперактивные дети обычно нервно реагируют на указание инструктора следить за сохранением темпа, поскольку это им дается

с трудом. Тем не менее нам представляется, что предлагаемые упражнения имеют смысл, так как при этом вырабатывается умение внимательно слушать и управлять своими движениями: ритм требует выполнения определенного количества движений в заданный отрезок времени.

На следующей стадии подросткам дается возможность самим выступить в роли дирижера оркестра, управляющего сменой динамики игры (громко — тихо и быстро — медленно). Для этого дети должны договориться между собой о значении тех или иных жестов, с помощью которых дирижер будет управлять оркестром.

5. Выступление на публике

Проект завершается выступлением группы перед публикой. Такое представление — конечная, целевая точка проекта, венчающая собой учебный процесс. Оно же является и существенным стимулом для проявления необходимого упорства и выдержки подростков. При этом наряду с мотивирующими все больше начинает сказываться действие тормозящих факторов, рождающихся из страха провала. Работе со страхами и скованностью должно уделяться большое внимание, ибо их преодоление определяет конечный успех программы. Если подростки способны в течение 10 мин воспроизводить на сцене сложный комплекс движений, то это следует расценивать как достижение в развитии самоконтроля и самоопределения. «Поддерживающая» роль проекта раскрывается здесь полностью, ибо подростки освобождаются от неизбежного на уроке регламента и создают для сцены свою собственную хореографию и ритмику. Они обретают чувство ответственности и раскрывают свою индивидуальность в обращении с такими реалиями, как движение и ритм.

III. ГИПЕРАКТИВНЫЕ ДЕТИ И ПОДРОСТКИ В СЕМЬЕ, ШКОЛЕ И ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ

ЧТО НЕ ТАК У РЕБЕНКА-НЕПОСЕДЫ? ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В СЕМЬЕ И ШКОЛЕ. ОБУЧЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ

К. Нойхаус

Термин «гиперактивность» обязан своим возникновением наиболее бросающемуся в глаза симптому — беспокойному поведению. Отсюда и наибольший интерес специалистов к тому, как «успокоить» ребенка, гармонизировать его часто ненправленные, бесцельные движения. Ниже приводится запись наблюдений учителя, в которой помимо непоседливости ребенка обнаруживаются и такие черты поведения, как отвлекаемость, инертность в выполнении заданий, вербальная неадекватность.

Бастиану, о котором идет речь, 11 лет.

7 ч 50 мин. Бастиан опаздывает, пришел и оказался единственным, кто сидит в классе не на своем месте.

7 ч 55 мин. Он ест крендель и объявляет, что «сегодня еще ничего не ел».

8 ч 00 мин. Подвигает стул сидящего перед ним ученика вместе с учеником к себе — возникает ссора.

8 ч 05 мин. Класс сосредоточенно решает задачу, Бастиан громко, на весь класс, спрашивает: «А где Кристоф и Тим?»

8 ч 10 мин. Подходит к учителю и просит у него лист бумаги, так как забыл дома свою тетрадь.

8 ч 15 мин. Грызет ногти, громко, на весь класс, свистит.

8 ч 20 мин. Громко, на весь класс, зевает, тянет себя за нос кверху.

8 ч 25 мин. Показывает, что он успел сделать за время урока (одна треть того, что следовало сделать).

8 ч 30 мин. Громко издает неприличные звуки.

8 ч 35 мин. Перемена. Бастиан ссорится с Томасом, не дает покоя Кристиану.

8 ч 40 мин. Бастиан хочет в туалет (перемена только что закончилась).

8 ч 45 мин. Громко комментирует ответ ученика: «Я бы тоже ответил».

8 ч 50 мин. Постоянно вертится, отрывает.

8 ч 55 мин. У одного ученика (сидит в первом ряду) закончились чернила. Бастиан кричит: «Осторожно, чернила летят!», швыряет запасной патрон с чернилами вперед, патрон падает на пол и ломается. И т.д.

Бастиан должен как можно скорее покинуть школу, «он более невыносим» — таков вердикт педсовета.

В этой ситуации родители одиннадцатилетнего Бастиана чувствуют себя беспомощными. Они любят своего ребенка, знают его милые плутоватые повадки, ценят его большой интерес к технике, в которой он неплохо разбирается. Родители не могут понять, почему Бастиану не удастся придерживаться простейших правил. Такие повседневные действия, как одевание — раздевание, чистка зубов и т. д., он крайне растягивает, «долго копается». Он неаккуратен, притом еще, что все вещи любит сваливать в кучу, создавая этим настоящие проблемы. Он слишком разговорчив, дает волю своему плохому настроению, обижается на критику, вспыльчив и агрессивен и все еще любит тихо поплакать.

Бастиану надо обязательно добиться того, что он вбил себе в голову, он нетерпелив, постоянно стремится к новым впечатлениям. Мальчику незнакомо чувство страха, он с трудом оценивает степень опасности, так что невольно возникает мысль: а подумал ли он, прежде чем действовать? Если к нему обращаются с просьбой или требованием, Бастиан может проявлять тупое упорство.

Он очень забывчив и ненадежен. При всем этом он способен воспринимать очень многое из того, что происходит вокруг. В щекотливых ситуациях он иногда быстро и хорошо реагирует. Родители также озадачены тем, что Бастиан, с легкостью устанавливающий контакты с одним человеком и не испытывающий при этом никаких трудностей в общении, становится невыносим, попав в группу. Родителей беспокоит, что Бастиан более прочные отношения завязывает только с теми, кто склонен к совершению асоциальных поступков, и очень подвержен влиянию таких лиц.

Мальчик всегда был «трудным». В раннем детстве он отличался тем, что легко приходил в ярость, в детском саду мог грубо вмешаться в игру, начинал командовать детьми, постоянно хотел быть на виду.

Теперь, в школьном возрасте, он с трудом засыпает и иногда встает среди ночи. Его почерк ужасен, он делает много ошибок по рассеянности. Сочинения пишет очень короткие, хотя может прекрасно рассказывать. Его затрудняют задания по математике, если они даны в виде текста. В математике он больше дает советов другим, нежели решает задачи сам.

Родители озабочены тем, что в последнее время у Бастиана чаще стали появляться головные боли, и особенно тем, что временами он стал говорить о желании покончить с собой, так как ему ничего не удастся. Из-за его необычного поведения постоянно возникают неприятности в классе. Бастиана уже дважды исключали из школы, и это грозит ему уже в третий раз.

Родители пытались добиться от своего сына соблюдения правил поведения в школе и дома, прибегая для этого к уговорам, уступкам, то стараясь не замечать его выходок, то проявляя строгость и даже жесткость. Им не понятно, почему младшая сестра Бастиана (разница в два года) при том же воспитании развивается совсем по-другому. Из-за постоянных трудностей с сыном, непрекращающихся упреков, которые в связи с его поведением приходится выслушивать от посторонних лиц, семейная жизнь супружеской пары подвергается серьезнейшему испытанию, а мать уже просто выбилась из сил. Отец все больше теряет терпение и раздражается при каждой мелочи, что начинает сказываться также и на его работе.

Родители обращались за консультациями в различные учреждения (консультационный пункт по вопросам воспитания, консультационный пункт по вопросам образования), но там трактовали трудности с сыном преимущественно как следствие личных взаимоотношений родителей.

1. Современный подход к феномену гиперактивности

К феномену гиперактивного поведения и нарушений внимания применялись разные подходы, по-разному расставлялись акценты, указывавшие на условия возникновения этого явления.

В «Диагностическом и статистическом справочнике психических нарушений» (DSM III, в редакции 1989 г.) гиперактивность отнесена к категории экспансивных нарушений поведения. Характерным признаком этого подвида нарушений поведения является то, что асоциальные моменты в поведении людей, имеющих такие нарушения, скорее вредят окружающим, нежели им самим.

К данному подвиду нарушений относятся расстройства внимания, чрезмерная активность, оппозиционное упрямство и нарушения социального поведения. Часто эти симптомы проявляются как комплекс. Согласно DSM III-R, нормально развивающийся ребенок, с учетом его возрастного умственного развития, может проявлять признаки нарушения памяти, а также неадекватные импульсивность и гиперактивность.

В DSM III, в редакции 1980 г., употреблялся термин «Attention Deficit Disorder Syndrom», который указывал на нарушение внимания как на главный признак симптомокомплекса. Проводилось различие между нарушениями внимания, сопряженными с гиперактивностью и не сопровождаемыми ею. Тем самым подчеркивалось, что двигательная беспокойность необязательно должна сочетаться с нарушениями внимания. (Этой части детей, не проявляющих признаков гиперактивности, исследователи, к сожалению, уделя-

ют еще слишком мало внимания. Эти дети значительно меньше обращают на себя внимание окружающих: они не суетливы, не выходят из себя, для них не характерна чрезмерная медлительность. Однако в остальном у них проявляются те же самые симптомы: они так же непредсказуемы, шаловливы, забывчивы, реагируют на неожиданно предъявляемые к ним требования неповиновением и слезами или дают после мучительной паузы абсолютно «глупый» или «наивный» ответ. Как и гиперактивные дети, они не могут с пользой распорядиться своим потенциалом работоспособности и часто страдают от выраженной неспособности к социальной интеграции.)

DSM III-R вводит в оборот понятие, объединяющее оба признака — «нарушение внимания и гиперактивность», и называет 14 критериев, из которых как минимум 8 должны постоянно заявлять о себе на протяжении полугода наблюдений. Кроме того, obligated еще один критерий: наблюдаемый способ поведения должен проявляться у обследуемого значительно чаще, чем у большинства людей того же возраста. В контексте трех главных симптомов — невнимательность, импульсивность и гиперактивность — называются следующие проявления:

- часто болтает руками или ногами или крутится на своем стуле (в подростковом и юношеском возрасте это может быть выражено субъективным ощущением внутреннего беспокойства);

- с трудом сидит на месте, если этого от него требуют другие;
- легко отвлекается на внешние раздражители;

- во время игр и групповых занятий с трудом может дожидаться, пока до него дойдет очередь;

- выпаливает невпопад ответ еще до того, как полностью выслушан вопрос;

- с трудом выполняет полученные задания (это не обусловлено оппозиционным поведением или несообразительностью), например не заканчивает выполнение домашних заданий;

- при выполнении заданий или во время игр не может долгое время удерживать внимание;

- часто перескакивает с одного недоведенного до конца дела на другое;

- практически не может спокойно играть;

- часто говорит чрезмерно много;

- часто прерывает других или пристает к ним, например бесцеремонно вмешивается в игру других детей;

- производит впечатление неслушающего, когда с ним говорят другие;

- часто теряет предметы, которые нужны ему для школьных и домашних занятий (карандаши, игрушки, книги, задания);

- часто предпринимает физически рискованные действия без учета возможных последствий (но не из желания приключений), например не глядя выбегает на проезжую часть улицы.

Различают легкую, среднюю и тяжелую формы нарушения, которое должно проявляться до исполнения ребенку семи лет, не подпадая при этом под критерии глубокого нарушения развития. Острые психотические, а также острые и тяжелые невротические нарушения должны тщательно отделяться в процессе дифференциальной диагностики. Необходимо также проводить различие между гиперактивностью и обусловленной возрастом сверхактивностью, нарушениями внимания и гиперактивностью в тяжелых и (или) неструктурированных условиях, беспокойством в форме эретизма (болезненной возбудимости) и тяжелыми нарушениями внимания при некоторых формах психических заболеваний.

2. Тренинг родителей

Концепция тренинга родителей была разработана автором с использованием модели тренинга П. Иннерхофера (P. Innerhofer) в рамках мультимодального подхода к решению проблемы.

Многолетняя работа с детьми, страдающими синдромом дефицита внимания, сочетающегося с гиперактивностью и без нее, показала, что предпосылкой успеха является воспитательская компетенция родителей.

В семье ребенка с синдромом дефицита внимания неизменно наблюдается тяжелое нарушение отношений между родителями и ребенком.

Непредсказуемость, неадекватность поведения таких детей и его тяжелые последствия, в частности школьная неуспеваемость, становятся поводом для непрекращающихся бессистемных попыток родителей принять жесткие меры и наказанием принудить к послушанию. Окружение не принимает детей, они страдают из-за невозможности обрести самостоятельность, четко идентифицировать себя во взаимоотношениях со сверстниками. В результате одни все чаще впадают в дурное настроение и депрессию, другие, соответственно своему темпераменту, реагируют агрессивно, иногда к их поведению примешиваются элементы клоунизма. Испытываемый детьми стресс часто вызывает у них головные боли, иногда тики и заикание.

При этом дети хотят быть принятыми в обществе, найти друзей, иметь хорошие отношения с родителями и учителями. Благодаря в целом сохраненным интеллекту и эмоциям им часто удается уже с 8—9 лет вполне внятно выражать это свое желание. В ходе индивидуальных бесед с такими детьми также выясняется, что они достаточно рано чувствуют и осознают свои недостатки. Дети переживают свою неспособность адекватно обстоятельствам регулировать свое поведение. Так, Тобиас, ребенок 8 лет, говорит: «Ах, знаешь, другие дети не любят меня, потому что я никогда не могу сделать так, как они этого от меня хотят». Поскольку такой ребен-

нок легко теряет самообладание, впадает в ярость, своими поступками или резкими словами провоцирует на грубые выходки других, — возникают конфликты.

Родительский тренинг проводится в группах, состоящих из 5—8 родительских пар, дети которых примерно одного и того же возраста. Методика групповой работы хорошо зарекомендовала себя. Занимаясь вместе, родители убеждаются, что они не одиноки в своей беде, создается основа для обмена опытом, в их душевном состоянии наступает облегчение.

Особенности детей и ожидания родителей

Занятия начинаются с того, что родители рассказывают о трудностях, которые доставляют им дети, о возникающих в семье конфликтах. Как правило, это повествования о том, как сложно, тяжело наладить в доме спокойную жизнь, когда ребенок постоянно и во что бы то ни стало хочет настоять на своем, портит вещи, вмешивается в разговоры и требует постоянного внимания.

У дошкольников большие трудности со сном, они чрезмерно шумны во время семейных праздников и любых общественных мероприятий, им свойственны непредсказуемые приступы ярости, они постоянно создают помехи другим детям.

В начальной школе к этому прибавляются проблемы с обучением чтению и письму, дети допускают многочисленные ошибки по невнимательности, возникают бесконечные дискуссии по поводу выполнения домашних заданий. Чтобы избавиться от обязанностей, дети прибегают ко лжи, кроме этого, происходят вечные неурядицы между братьями и сестрами.

В подростковом возрасте на первый план выходят такие феномены, как экспансивность, отсутствие усидчивости, отказ от выполнения школьных заданий и, как следствие — резкое снижение успеваемости. Отмечается и склонность к асоциальному поведению. Родители нуждаются в конкретной помощи в решении таких проблем их детей, как неорганизованность, невыполнение домашних заданий, расхлябанность, забывчивость, приступы ярости. Родители хотят обрести покой, так как они постоянно находятся во взвинченном состоянии: ребенок возбужден, ведет себя шумно, агрессивно, мать тоже нервничает, пока не грянет «гром»; при этом никому не удается вовремя остановиться.

У родителей вызывает недоумение и раздражение следующая особенность поведения их ребенка: он сожалеет, что ведет себя неправильно, и даже согласен слушаться, но тотчас же оказывается, что он забыл о своем намерении и ведет себя точно таким же непозволительным образом, как и прежде.

Очень трудно выносить общение с ребенком, который постоянно пребывает в дурном настроении, нетерпелив, упрям и не-

послушен. На желание родителей поговорить с ним ребенок не откликается, он не в состоянии рассказать, к примеру, как прошли занятия в школе или урок музыки.

Много неприятностей доставляет отношение к ребенку со стороны окружения — родственников, соседей, воспитательниц и учителей. Их резкие, недоброжелательные отзывы не могут не огорчать родителей.

Родители должны понимать, что происходит с их детьми

Родителям рассказывают о нейрофизиологической основе дефицита внимания, который может быть связан с гиперактивностью. Это нарушение объясняется недостатком в стволе головного мозга тормозящих субстанций, так называемых нейромедиаторов, и недостаточным усвоением глюкозы в передних отделах мозга (Eichsfelder, 1986; Rothenberger, 1988; Zametkin, 1990; Wender, 1991). Наглядным подтверждением этого могут служить диаграммы измерений эмиссии позитронов и чрезмерное раздражение стимульной области (Conners, Kinsbourne, 1990).

Цель этих объяснений — показать родителям, что у детей с синдромом дефицита внимания имеет место сниженная функция фильтрации внешних раздражителей при одновременном высоком пороге раздражения. Этому сопутствуют ослабленная функция импульсной регуляции и поверхностный характер восприятия, мгновенно переключающегося с объекта на объект: мозг спонтанно стремится к постоянному поиску новых раздражителей.

Процессы переработки информации сами по себе протекают без нарушений. Дети воспринимают много впечатлений, их внимание работает с большой интенсивностью. Они обладают гиперчувствительностью, в них как будто действует сейсмограф, отмечающий настроение окружающих людей, они чувствуют, любят их или нет.

Мультифакторная модель Дугласа (Douglas, 1979) основывается на обусловленности нарушения функциональными особенностями работы мозга (гипотеза конституциональной предрасположенности). Имеются в виду прежде всего следующие симптомы данного нарушения:

- ограниченная способность к напряжению внимания;
- недостаточность торможения несущественных реакций;
- затруднения с сохранением адекватного уровня возбуждения в меняющейся ситуации.

Поскольку у детей укорочен интервал длительного внимания, они испытывают трудности при заучивании правил, и особенно в процессе создания схем высшего порядка, в усвоении концепций, стратегий и учебных операций.

Указанные недостатки сказываются в тех случаях, когда повышаются объем и сложность воспринимаемой информации, возрастает скорость процессов восприятия, требуются основательность, точность и структурированность действий в процессе работы. Свойственный детям характер восприятия затрудняет им решение задач, требующих последовательного применения поисковых стратегий. Они гадают и прикидывают на глазок там, где от них, скорее, требуется систематический поиск информации, верификация всех возможных способов решения задачи, ретроспективное мышление и неуклонное продвижение к решению.

Сказанное относится также к сфере социальных взаимоотношений. У детей наблюдается недостаток мобилизации длительного внимания на таких невербальных видах информации, как мимика, жестикация и интонация, в результате чего их реакция часто бывает ошибочной и, как правило, носит импульсивный характер.

Ввиду постоянно слегка повышенного уровня возбудимости, объясняемого сниженной фильтрующей функциональной способностью, гиперактивные дети пытаются более интенсивно, чем дети с нормальной регуляторной способностью, дойти до пределов возможного и разрешенного. Такой стиль поведения часто выталкивает их на периферию общения, заставляя быть в классе то Петрушкой, то нарушителем спокойствия, то козлом отпущения. В особой степени им присуще стремление к немедленному вознаграждению. Неудачи оборачиваются у этих детей снижением мотивации к действиям. В частности, неудачи в общении приводят к подавленному настроению, доходящему до депрессии, к агрессивности или упрямству. Все больше начинает проявляться тенденция к избегающему поведению. Это выражается в нарастающей рассеянности, импульсивности, поиске все новых стимулов и в повышении уровня возбудимости, что неизбежно лишь умножает число неудач. Так возникает порочный круг. Вальтер (Walter, 1991) говорит в этой связи о «сужении канала» информационного восприятия вследствие повышения уровня возбуждения с последующим ненаправленным действием или паникой и недееспособностью. Результатом всего этого является «психическое утомление», когда дети предложенную задачу с порога оценивают как слишком трудную, непосильную для них.

Родителей следует целенаправленно обучать распознаванию и пониманию характерных симптомов у своих детей. В силу своей впечатлительности дети «слышат, как растет трава», они за всем успевают следить, быстро и спонтанно стремятся к контакту (со стороны это выглядит как отсутствие чувства дистанции), быстро во всем разбираются.

Эта впечатлительность объясняет так часто наблюдаемый феномен: дети хотели бы послушать, что им говорят, но вдруг ока-

зываются вовлеченными совсем в другие действия. Чрезвычайная открытость к внешним раздражителям ведет к тому, что учитель, объясняющий урок, для ребенка не более важен, чем сидящая на стене муха. Дети многие вещи регистрируют одновременно, не умея отделить главное от неглавного. В этом сказываются их эмоциональный голод, гиперчувствительность и эгоцентризм.

Высокой восприимчивостью к раздражителям и недостаточностью функции регуляции импульсов объясняется чрезвычайная противоречивость реакций: собственное шумное поведение и одновременно чувствительность к громким звукам, издаваемым посторонними источниками, трудности с дозировкой приложения грубой силы и одновременно чувствительность к тактильным ощущениям, неумение оценивать опасность, которая должна была бы настораживать, и импульсивность, с которой совершаются рискованные поступки.

Той же причиной (недостаточность функции регуляции импульсов вкупе с высокой восприимчивостью к раздражителям) объясняются высказывания, возникающие в результате множества поверхностных мыслительных ассоциаций, бесконечные споры, непрошенное вмешательство в разговоры, спонтанное «командирство». На уровне деятельности тем же объясняется наблюдаемая нерешительность: ни один стимул не может достаточно долго взвешиваться (он быстро и импульсивно отбрасывается), ни одно чувство хотя бы на короткое время не удерживается (неприятный раздражитель сразу же отвергается). Ребенок все время ориентирован на очередной возникающий раздражитель.

Трудности в регуляции возникающих возбуждений отражаются в том, как быстро вспыхивает и скоро утасает восхищение чем-нибудь, как быстро ребенок впадает в ярость или быстро блокируются действия, если что-нибудь не получается сразу. Часто эти неудачи сопровождаются приступообразным плачем.

Скользкий по поверхности, перепрыгивающий с одного на другое стиль восприятий отражается в ошибках, допускаемых по невнимательности, в неспособности прочесть до конца заданный текст, а также в неспособности все понять в устно поставленной задаче. Следствием этого являются импульсивное гадание, спонтанный образ действий, при котором не видно включенности мышления. (В группе двенадцатилетних дается задание записать все моменты в поведении учителей, отметив их знаком плюс или минус. На уточняющий вопрос, что он должен сделать, мальчик отвечает: «Поставить учителям плюсы».)

Родителям важно понять, что колебания настроения могут быть вызваны ассоциациями, внезапно возникающими у детей в процессе восприятия, что сила проявления нарушений у детей может иметь колеблющийся, фазовый характер.

Определенный стимул может приобретать для детей значение сверхважного раздражителя. В этом случае, очевидно, мобилизует-

ся вся их энергия, внимание их концентрируется и кажется, что они регулируют свое поведение. Но это относится только к одному раздражителю, который они субъективно воспринимают как очень важный.

Вывод: родители должны понять, что их *дети, конечно же, хотя-т, например, быть послушными, но у них не получается!*

Почему сейчас так много детей с синдромом гиперактивности?

Родителям следует рассказать о том, что этот синдром существовал всегда. Но сегодня детям с этим вариантом личности, к сожалению, приходится все хуже. Это обуславливается такими факторами, как постоянное увеличение потока раздражителей, нарастание темпа жизни, преобладание вербализма и морализма в воспитании, одновременное уменьшение терпимости к «детским ошибкам», проказам и шалостям, притом что считается, будто дети очень рано «обретают способность к сознательному учению» (Postman, 1983; Elkind, 1990, 1991).

Пищевая аллергия. В процессе обсуждения проблемы с родителями отмечается повышение возбудимости детей при аллергической реакции на определенные продукты питания. Оцениваются возможности так называемой элиминационной диеты (Egger, 1988).

Медикаментозное лечение. Подробно обсуждается также возможность фармакотерапии с использованием стимуляторов в том случае, если у ребенка, страдающего комплексным нарушением, возникают проблемы, ставящие под угрозу его личностное развитие. Родители часто выражают опасение по поводу возможного привыкания детей к этим медикаментам, задержки роста, расстройства личности под действием психотропных препаратов и т.д. Хотя вопрос о назначении медикаментов — это компетенция лечащего врача, специалист, ведущий тренинг для родителей должен иметь основательные знания относительно лекарственных препаратов, их эффективности, побочных действиях и необходимости применения — прежде всего при наличии у ребенка существенных нарушений в учебе.

Как сказать ребенку о том, что у него «не так»?

Если возникает необходимость в коррекционной или медикаментозной помощи, обязательно следует доступным ребенку языком объяснить, что с ним происходит. Сделать это нужно максимально просто и честно, используя при необходимости понятную для ребенка символику и сравнения. Так, например, маленький ребенок вполне может представить себе «тигрёнка, сидящего в его теле», или пугливого олененка Бэмби. Дети постарше могут пред-

ставить, что центр управления, который находится в голове, не знает, на что ему обращать внимание, и переключается с одного на другое. Это похоже на то, что происходит, когда нажимаешь разные кнопки телевизионного пульта (Garber S. W., Garber M. D., Spizman R. F., 1990).

Школьнику, знакомому с компьютером, можно сказать следующее: «У тебя в голове находится компьютер с очень большим жестким диском, минимум на 80 мегабайт. На нем находится оперативное запоминающееся устройство (ОЗУ), которое, к сожалению, тоже получилось великовато («великовато» детям всегда по нраву!), поэтому иногда некоторая часть информации, которая, собственно говоря, должна бы находиться на жестком диске, выпадает с ОЗУ. Мы будем тренироваться, чтобы провода между ОЗУ и жестким диском работали лучше (или: мы для этого будем давать тебе лекарства)». Такое объяснение детям понятно, и они охотно к нему прислушиваются.

Многие трудности в воспитании детей с синдромом нарушения внимания и гиперактивностью обусловлены неосведомленностью родителей относительно развития когнитивных и психических способностей их детей. Заостряя эту мысль, скажем так: на все нужна лицензия, и на воспитание тоже.

Используя модель развития интеллекта, предложенную Пиаже (Piaget, 1975), мы знакомим родителей с картиной нормального развития и вооружаем их суммой знаний о том, что должен уметь их ребенок в своем возрасте в когнитивном и эмоциональном отношении, и развитие моторики.

Что следует учитывать родителям?

У ребенка имеются особенности (высокая степень открытости к восприятию раздражителей при одновременной функциональной недостаточности их фильтрации, недостаточность импульсной регуляции, а также легкая возбудимость), которые не поддаются изменению и которые должны приниматься родителями как «ценностно нейтральный вариант личности» ребенка, т. е. ни «плохой», ни «хороший»; следует принимать ребенка таким, какой он есть.

Ввиду своей гиперчувствительности эти дети личностно ориентированы и сразу же чувствуют, нравятся ли они человеку и есть ли возможность общения с ним на равных. Кроме того, у них ярко выражено чувство справедливости, причем не только в отношении себя, но и применительно к другим: они сразу же протестуют против проявлений несправедливости.

Благодаря своей восприимчивости к раздражителям они все впитывают и понимают (часто также те вещи, которые не предназначены для их ушей), им все нужно, это «охотники» и «собиратели», им присущи высокая степень потребности в автономии и ярко вы-

раженный сенсорный голод. Дети страдают от своей эмоциональной лабильности (это свойственно и взрослым с данным синдромом в остаточной форме), их настроения меняются быстро, каждая смена настроения сопровождается импульсивными решениями, так что задним числом дети часто бывают недовольны собой. Эмоциональная лабильность и впечатлительность обуславливают их внушаемость. (Только во взрослом возрасте — и то не всегда — людям удастся лучше регулировать свои импульсы; однако им тоже требуется определенная помощь.)

Недостаточность стимульной фильтрации в комбинации с вытекающей отсюда гиперчувствительностью обуславливает, например, появление желания у детей ласкаться только тогда, когда они «на это настроены»; в целом им всегда требуется некоторое время, чтобы привыкнуть к новой для них ситуации. У детей и подростков, вплоть до достижения возраста молодости, отсутствуют внутренние побудительные мотивы к работе, поскольку они не приспособлены к длительному усилию, направленному на достижение определенной цели и предполагающему преодоление трудностей. Они ориентируются на непосредственно действующий краткосрочный сигнал и нуждаются на протяжении долгого времени во внешних мотивационных стимулах.

Рот и другие (Roth et al., 1990) говорят о так называемой неустойчивости различных функциональных систем, которая является причиной недостаточной адаптированности к внешним требованиям и соответственно сниженной работоспособности. К сказанному добавляется еще и перегруженность воспринимающих центров мозга раздражителями, в результате чего он не справляется с потоком информации, а это приводит в заметному отставанию гиперактивных детей в умственном развитии (как правило, на 1 — 2 года). Дети и подростки выглядят младше своего возраста, они надолго сохраняют шаловливость, из-за неадекватного реагирования в той или иной ситуации у них часто нарушаются контакты со сверстниками. Со значительно более старшими или младшими ребятами у них, напротив, складываются вполне приемлемые отношения.

С трудом устраняются также нарушения сна, прежде всего это касается позднего засыпания в школьном возрасте. Мозгу нужно долгое время, чтобы «отключиться».

Наш собственный опыт работы более чем с 2000 детей показывает, что склонность к гиперкинетическому синдрому, как правило, наследуется по прямой линии. (Дуглас (1984) также исходит из конституциональной предрасположенности.) Однако не следует делать поспешный вывод о том, что «хаотичное окружение создает хаотичного ребенка». Скорее, наличие похожей проблематики у одного из родителей создает возможность настроиться на общение с ребенком на основе действительного взаимопонимания. В то

же время, судя по опыту многих семей, усыновивших детей, и в так называемых «нормосообразных семьях» гиперактивные дети очень быстро как бы сами формируют себе патогенную среду своими неординарными поступками.

Но есть и светлые стороны...

Принять гиперактивного ребенка таким, каков он есть, поможет ориентация на его положительные качества. Эти дети часто бывают милы и обаятельны, они веселы и оптимистичны. У них есть чувство юмора. Они могут быть очень предупредительны, охотно помогают нуждающемуся в помощи, заботливы и отзывчивы. У многих детей прекрасное чувство ориентации и молниеносная реакция на ситуацию при хорошем обзоре происходящего вокруг. Как правило, они смыслены, любознательны, креативны, нередко обладают хорошей фантазией, расторопны и азартны, охотно выполняют физическую работу. Они не злопамятны и не застревают на обидах. У многих из них отмечаются ярко выраженная любовь к животным и большой интерес к природе.

Что происходит в душе ребенка? Метод имитационного познания

Мы предлагаем родителям участвовать в ролевых играх, при этом взрослых ставят на место детей, с тем чтобы они вжились в положение ребенка, которого без конца порицают, позорят и одергивают.

«Игра в поощрение и наказание» позволяет родителям получить представление о том, что происходит в душе ребенка при внимательном, спокойном, дружелюбном обращении и, наоборот, при негодующем, уничижительном отношении к нему. Внимание фокусируется на типичных ситуациях, начиная, например, со злосчастной проблемы выполнения домашних заданий. Проводится «игра в оказание плохой помощи»: демонстрируются предъявление явно завышенных требований, высокомерие, непонимание, «ученику» адресуются обидные шутки, настойчивое требование решить задачу, призывы «напрячь свои мозги». В конечном счете такая ситуация порождает чувство неуверенности, униженности и в конце концов отказ что-либо делать вообще. Затем в противоположность этому для достижения эффекта контраста проводится «игра в оказание хорошей помощи».

Родителям разъясняется метод имитационного научения. При этом подчеркивается, что дети именно в силу особенностей их восприятия и личностных особенностей нуждаются в ясной, предсказуемой, прозрачной, но прежде всего искренне доброй позиции воспитателя.

Наиболее важным приемом является обращение с ребенком при «выключенных эмоциях». Чем более спокойным будет в общении с ребенком его родитель, тем легче будет ребенку погасить свое возбуждение и вернуться в состояние регулируемой работоспособности. В этой связи необходимо пояснить родителям, что все люди могут управлять своими действиями только в том случае, если возбуждение, которое они испытывают, не переходит определенного порога. Это относится как к когнитивной, так и к моторной активности. За пределами среднего уровня, будь то страх или ярость, уровень работоспособности резко снижается. У гиперактивных детей исходно высокий уровень возбуждения, который очень быстро переходит верхнюю планку.

За образец спокойствия взрослые воспитатели могут взять себе, к примеру, обитателя джунглей — медведя Балу, который не склонен быстро двигаться и часто урчит про себя любимую песенку: «Спокойно и уютно, всегда спокойно и уютно». Ему нет охоты, в отличие от маленького гиперактивного карлика-шимпанзе, внезапно кидаться к пальме, взбираться по ее стволу и бросаться оттуда кокосовыми орехами. Действенность приема «выключенные эмоции» демонстрируется родителями на практике.

Представление о маленьком «суслике» помогает родителям выработать дружелюбное, окрашенное юмором отношение к ребенку и вместе с этим ту необходимую дистанцию, которая позволяет не принимать близко к сердцу поток сердитых слов. (Этот поток, кстати, мысленно можно отправлять в сточную трубу.) Иногда маленькому «суслику» следует четко указать на границы, за которые его действия не должны переходить. Тут может помочь представление о таком внушительном животном, как дикий кабан, который, недовольно хрюкнув, сразу же ставит «суслика» на свое место.

Если потребуется, следует повторить ребенку наставление, как себя нужно вести, сделав это более кратко, чем в первый раз, но сохраняя спокойный деловой тон. Призывать ребенка к соблюдению правил следует, прибегая к «технике д. я. ж.», т. е. сказать один раз «дружелюбно», второй раз «ясно» и третий раз «жестко». Требования формулируются на доступном для понимания детей языке. Вслед за словами должно идти конкретное действие, это поможет усвоить элемент правильного поведения.

Важно уметь вовремя пользоваться приемом «удаления с поля деятельности». Дело в том, что дети очень любят навязывать взрослым дискуссию, они ершятся, противятся, так что очень легко поддаться искушению ввязаться с ними в морализирующие словопрения. Чтобы сбить накал чрезмерного возбуждения у ребенка, можно на некоторое время самому покинуть комнату или выслать ребенка за дверь. После того как воспитатель успокоился и убедился, что

и с ребенком произошло то же, следует сразу же продолжить начатое дело, не предаваясь нравоучениям. Пока нет ребенка, полезно сделать несколько движений для собственного успокоения и снятия раздражения: поправить постель, открыть окно и т.д. При этом можно позволить себе сделать это более активно и резко, чем требуется.

Мы не устаем повторять, что нельзя при непослушании ребенка читать ему мораль или делать наставления. Вместо этого можно показать ребенку, что его недовольство понятно, но выполнить требование взрослого все же придется. Очень важно также не цепляться к каждой мелочи и не пытаться тут же воспитывать ребенка. Лучше прерываться такого правила: «Все видеть, но воспитывать только на самом важном».

Гиперчувствительность детей должна сдерживать воспитателя, склонного к наклеиванию ребенку «ярлыков». Эти дети не злопамятны, они могут забыть выговор, простить эмоциональный взрыв или окрик, но их очень ранят обидные формулировки: «Ты не способен», «Ты не можешь». Следует навсегда оставить ворчание.

Важно давать некоторое время на то, чтобы дети привыкли к новым обстоятельствам, поскольку они резко реагируют на неожиданные изменения ситуации и даже могут при этом испытать ступор, внезапное оцепенение.

Ориентация на проблемы ребенка

Итак, ясно, что воспитание ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью требует от родителя ориентации на его проблемы. Это означает, что нужно распрощаться со своей любовью к покою и инертностью. Личность воспитателя должна характеризоваться такими качествами, как искренность, чуткость, предсказуемость и прямота. Необходимо быть готовым к любым неожиданностям. Синдром проявляется с разной степенью выраженности, в его развитии имеются различные фазы, и было бы нереально, наблюдая хорошую фазу, считать, что все плохое позади и теперь все будет в порядке. Это время надо использовать как передышку, чтобы набраться сил для трудной фазы, которая может вскоре последовать.

Надо быть готовым к внезапной перемене в состоянии гиперактивного ребенка, принять это состояние как закономерность и действовать спокойно и как можно более эффективно.

Родителям следует еще раз напомнить, что гиперактивному ребенку свойственна недостаточность функции стимульной фильтрации при одновременно высокой чувствительности к восприятию раздражителей. Следовательно, нужно научиться с этим жить. Кроме того, дети отличаются функциональной недостаточностью импульсной регуляции. Все это чрезвычайно осложняет их жизнь в сегодняшнем социальном и культурном контексте. При этом не

надо забывать, что они абсолютно незлобивы, неагрессивны, их провокации не носят преднамеренного характера. Им необходимо научиться структурировать свое поведение, организовывать свои действия и управлять собой. Для этого им необходима помощь родителей. Они зависят от участия родителей в решении своих проблем не меньше, чем дети с заболеваниями обмена веществ, например с сахарным диабетом.

Средства психологической разгрузки родителей

В рамках родительского тренинга важное место занимает тема психической разгрузки родителей. В семье должны понимать, что матери, постоянно занятой ребенком, бывает необходимо расслабиться, пусть даже на 10 мин. Родители могут договариваться между собой и давать передышку друг другу на полдня, на выходной день. Это может быть и короткий отпуск. Рекомендуется пользоваться и услугами третьих, нейтральных, лиц, например при выполнении домашних заданий. Это необязательно должен быть профессиональный педагог, важно, что между этим человеком и ребенком устанавливается необходимая дистанция, которую родители порой утрачивают.

На родителей сыплется бесконечное множество упреков и советов со стороны. Они должны иметь возможность выбирать из числа профессионалов того, кто мог бы участвовать в организации их взаимоотношений с ребенком.

Может быть полезным совет остаться с ребенком один на один, чтобы в интимной обстановке лучше присмотреться к его хорошему проявлению. Знание этой стороны его личности поможет решению сложных вопросов воспитания.

Следует оказывать поддержку родителям также в их отношениях со школой, которая постоянно предъявляет те или иные претензии. У родителей должно быть право заявить, что их воспитательная компетенция заканчивается у порога собственного дома, а сфера воспитательной компетенции школы начинается у порога школы. Хотя отношения с учителями должны быть добрыми — именно к этому надо стремиться, — следует поддерживать родителей в том, что часть трудностей школа должна взять на себя, так как не все вопросы воспитания могут быть решены дома.

Очень может помочь посещение собраний родительских общественных организаций, где можно получить поддержку от единомышленников и товарищей по несчастью.

Возможные конфликты с братьями и сестрами и их разрешение

Братья и сестры ребенка, поведение которого отличается импульсивностью, хорошо знают, где у того находится кнопка, нажав на которую можно вызвать взрыв. Иногда достаточно малейшего

жеста или одного взгляда — и возникает ссора. В таких случаях родителям невольно приходится брать на себя роль арбитров. Однако обычно они не знают, как развивались события, и поэтому часто не могут рассудить детей справедливо. Решение не в его пользу вызывает в гиперчувствительном ребенке бурю протеста с сильным желанием отомстить, что влечет за собой бесконечную цепь конфликтов. Если отказаться от вмешательства в детские ссоры, просто разводя детей по разные стороны «баррикады», если игнорировать их постоянные мелкие стычки и вместо этого давать детям какие-то задания по дому, то в семье мира станет намного больше.

Однако братья и сестры, иногда очень страдающие от постоянных помех со стороны гиперактивного ребенка, должны иметь право сообщить свою жалобу и почувствовать внимание к себе и понимание со стороны взрослых. Во время прогулки с детьми, в которой гиперактивный ребенок не участвует, можно разъяснить им особенности обращения со своим братом или сестрой, чтобы попытаться хотя бы на короткое время наладить их взаимоотношения. Заметим, что делать это приходится часто.

Последовательность и единство действий в воспитании

Воспитание гиперактивных детей следует строить на основе любовного к ним отношения при четком понимании их трудностей. Родители должны учитывать уровень развития ребенка, не требуя от него невозможного, соблюдать в воспитательной стратегии определенную направленность и последовательность. Ребенка следует принять таким, каков он есть, не мучаясь постоянными ожиданиями, что из него в конце концов получится ребенок с «нормосообразным» поведением. Отношения должны строиться таким образом, чтобы ребенок понимал, почему родители ведут себя с ним так, а не иначе; он знает, что есть границы дозволенного и есть правила, которые необходимо соблюдать в совместной жизни. Он должен быть осведомлен о последствиях нарушения правил. Отметим, что родителям следует соблюдать единый подход к воспитанию.

Последовательный стиль воспитания нуждается в четкой проработке; последовательность — это не синоним строгости, твердолобости, жесткости и авторитарности. Между этими понятиями существует грань. Последовательность означает, что родители верны своему слову, и ребенок знает, что объявленные последствия не подлежат оспариванию. Нельзя давать детям возможности с помощью той или иной уловки вывернуться из неприятного положения. Дети должны понимать, что слово воспитателей — вещь незыблемая. При этом следует исключить из обращения импульсивность и спонтанные угрозы наказания. Имея нарушения в области саморегулирования, дети нуждаются в предсказуемости и по-

следовательности воспитательного воздействия. Установленные правила помогают им учиться регулировать свое поведение; при этом сокращается число поводов для постоянного возникновения тренировок и конфликтов, климат в семье может улучшиться.

Установление и соблюдение режима дня также помогают в выработке навыков регулирования поведения: ребенок нуждается в спокойной обстановке без лишних внешних раздражителей; следует позаботиться о том, чтобы никто без надобности не приходил в дом и не звонил во входную дверь, чтобы никто не звонил ребенку по телефону, когда он занят делом, чтобы на письменном столе не было ничего лишнего. При известных обстоятельствах очень полезной может оказаться такая мера, как четкое определение времени, отведенного для выполнения того или иного задания. Идет на пользу также выполнение «рутинных» повседневных действий, соблюдение ритуалов и следование установившимся в семье обычаям. Дети привязываются к заведенному порядку и в дальнейшем стремятся его выполнять.

«Планирование» воспитательных требований к ребенку

Операционализация поведения. На последнем этапе тренинга родителей обсуждается и составляется подробный план регулирования поведения ребенка. Вырабатывается шкала, согласно которой ребенок получает определенное количество баллов, если он усвоил и правильно воспроизвел ожидаемый от него образ действий. За набранные баллы ребенок может получить вознаграждение, и это оправданно, так как выполнение программы поведения стоит ему больших усилий. Программа может разрабатываться совместно родителями и ребенком, если это ему по силам. В программе необходимо совершенно точно описать целевые установки, т.е. ожидаемые формы (способы) поведения, указать количество баллов, которое полагается за достижение цели, а также последствия невыполнения поставленной задачи. Точно оговаривается также регламент подведения итогов.

Родители выделяют те моменты в жизни ребенка, которые вызывают особые затруднения (например, совершение утренних процедур в течение 15 мин), причем от ребенка ожидается точная формулировка совершаемых действий (умылся, причесался, пришел завтракать и т.п.). Затрудняющие ребенка действия фиксируются письменно и обсуждаются с ним в спокойной обстановке. Ребенок имеет право оценить действие тем или иным количеством баллов в зависимости от того, насколько трудным оно ему представляется. Время подведения итогов выбирается таким образом, чтобы это происходило ежедневно в тот момент, когда можно еще успеть вознаградить ребенка (прежде всего это касается детей до 10 лет) или выполнить дополнительные задания.

Стимулирование и дополнительные задания. В дошкольном и младшем школьном возрасте поощрительным стимулом для достижения максимального количества баллов может быть разрешение поиграть, чтение любимой книжки вслух. Для большинства детей с десятилетнего возраста это уже не является привлекательным стимулом, поэтому следует переходить к материальному поощрению.

Дополнительное задание должно быть сходно с основным, вызвавшим трудности. Прежняя неудача компенсируется выполнением дополнительного задания. На него следует отводить не более 10 мин.

Следование принятой программе. Твердое следование избранной программе и установленному порядку ее выполнения — необходимое условие работы с ребенком. Принятая программа должна выполняться каждый день, родители следят за соблюдением регламента, отпущенного на то или иное задание, и оценивают его выполнение. Выдается награда или предлагается дополнительное задание всегда в одно и то же время дня, тут желательно проявлять педантичность.

Если дети забывают о плане, родители спокойно и дружелюбно напоминают о нем. Баллы начисляются сразу же после выполнения задания, данному правилу родителям надо следовать неукоснительно, со временем это принесет положительные результаты.

Выполнение заданий по программе с начислением баллов служит хорошим средством выработки привычки к саморегулированию. Рекомендуются начинать с небольшого количества целевых заданий, постепенно расширяя их круг. Это лучше, чем, перегрузив ребенка, потом отступать от задуманного. Программа занятий ребенка должна быть согласована с распорядком дня родителей.

Опыт работы с детьми говорит, что они, вначале упорно противясь введению программы регулирования, скоро сами начинают просить родителей начислять им баллы. Со временем становится возможным отказаться от помощи третьих лиц, ребенок заметно прибавляет в самостоятельности, что чувствуется и им самим.

Ворчание ребенка, сопровождающее иногда выполнение той или иной задачи, не должно смущать, важно при этом только одно — чтобы он придерживался плана.

3. Чем может помочь школа?

Желательно, чтобы учителя принимали во внимание специфику нарушений у детей с гиперактивным поведением и дефицитом внимания. Такой ребенок непреднамеренно мешает вести урок, он с трудом может регулировать свое поведение, его постоянно что-то отвлекает, он всегда более возбужден, чем другие дети.

Поднимать руку или ждать, пока его вызовут, такой ребенок может только с V или VI класса. Замечания и одергивания ничего не дают, они лишь еще более возбуждают ребенка. Рекомендуется активно привлекать такого школьника к участию в уроке, игнорируя его выкрики во время занятий. Если они уж слишком мешают проведению урока, следует быстро подойти к нарушителю дисциплины, коснуться его плеча и немногими спокойными словами унять его («Стоп», «Мне кажется, это начинается снова»). Чем спокойнее и четче прозвучат слова учителя, тем быстрее успокоится ребенок.

Употребление таким учеником бранных уличных выражений часто доставляет педагогам немало неприятностей. Учащиеся прибегают к ним как к средству регуляции, помогающему выдержать долгое сидение на уроке. Тут надо понимать, что такая вербализация не имеет персональной адресации и не носит сознательного характера. В первую очередь она выполняет роль канала для выражения гиперактивным школьником своего недовольства. Учитель в полной мере сохранит свой престиж, если в подобной ситуации будет вести себя уверенно, директивно, останется невозмутим и таким образом покажет классу, что он владеет ситуацией.

Морализаторство и угрозы не могут помочь гиперактивному ребенку справиться с собой. Постоянные одергивания действуют лишь раздражающе. Наказания, наложение «штрафов» не оказывают воспитательного воздействия, скорее — наоборот. Более всего страдает при этом мать провинившегося. Проблема, разрастаясь, переносится из школы в семью.

Телефонные звонки домой, сделанные в пылу гнева, жалобы на ребенка способны лишь еще больше травмировать и без того задерганных родителей. Они хорошо знают трудности своих гиперактивных детей, но они не могут из дома руководить их поведением в школе. Применение навыков поведения, приобретенных дома, в школе часто не представляется возможным, так как такие дети всегда в новой для них обстановке исследуют границы своих возможностей и пределы допустимого. Надо иметь в виду, что частые жалобы на ребенка его родителям лишь обостряют ситуацию, уровень нервного возбуждения всех вовлеченных в конфликт людей, неуклонно повышаясь, может дойти до предела.

Разговор с родителями учитель обязательно должен начинать, рассказав что-нибудь позитивное о ребенке, и только потом переходить к обсуждению возникших трудностей.

Происшедший во время урока конфликт следует тотчас погасить, и если виновник его через 3—4 мин успокоился, то можно продолжить занятия без каких либо моральных проповедей, так как они могут вызвать лишь новый прилив возбуждения, обусловленный теперь уже состоянием нечистой совести у виновного. В очень трудных ситуациях можно перевести гиперактивного ребенка на время в другой класс, занятый выполнением какого-нибудь тихого

задания. Такая перемена обстановки сыграет для нарушителя спокойствия роль «сверхраздражителя», и он сможет взять себя в руки.

Учителю в школе, как и родителям дома, не следует брать на себя роль судьи в ребячьих спорах. Рекомендуются разнять детей и продолжить урок, пошутить, может быть, сообразно возникшей ситуации, словом, повести себя так, чтобы дети, чувствуя к себе доброе отношение, ощутили все же, кто «в доме хозяин».

Гиперактивным детям нравятся воспитатели, которые излучают авторитет, не будучи авторитарными, которые строги, но и понимают шутку, которые никого не разоблачают, но зато помогают в учебе, лучше всего в форме подсказок (наводящих вопросов). Ребенку с нарушением внимания помогают такие педагогические приемы, как подача четких сигналов, спокойное обращение, постоянное стимулирование не столько достижения высоких результатов, сколько готовности прилагать усилия и быть прилежным. Об изменении учебной ситуации ребенок должен узнать своевременно, чтобы суметь подготовиться к этому.

Учитель окажет помощь ребенку, если проследит за тем, чтобы тот переписал для себя с доски задание на дом (иногда полезно завизировать эту запись).

Для ученика надо выбирать такое место в классе, где меньше отвлекающих моментов. Лучше ему сидеть одному, но эта мера не должна иметь вид наказания. Не стоит также постоянно пересаживать учащегося с места на место. Чем четче правила, действующие на уроке, тем легче приходится ребенку с нарушенным вниманием.

Особое значение следует придавать подготовке учебных пособий и материалов: чем понятнее, систематичнее, структурированнее учебные материалы, тем лучше сможет учиться гиперактивный ребенок. Желательно также, чтобы обучение было направлено на достижение прочной автоматизации основных навыков, не следует перегружать ребенка множеством деталей знаний, надо учить его учиться.

Ребенку с нарушением внимания и гиперактивностью желательно оставаться в обычной школьной среде. Ведь он хочет успевать так же хорошо, как и другие дети. При легком или среднем нарушении он, как правило, способен к этому, надо только, чтобы окружение приняло его. Это, конечно, не относится к случаям тяжелых нарушений, сопровождаемых существенным расстройством социального поведения или хронической тяжелой неуспеваемостью по ряду предметов.

ДОЛГОВРЕМЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ПОМОЩЬ В РЕШЕНИИ ИХ ПОВСЕДНЕВНЫХ ПРОБЛЕМ

К. Скроцки

Комплекс отклонений в поведении ребенка, который сегодня принято называть термином «гиперкинетический синдром», был подробно описан немецкими и французскими врачами еще в XIX в. Так, в 1881 г. фон Шерпф (Scherpf) назвал этот феномен «импульсивным безумием» и относил его к числу «наиболее распространенных психических нарушений в детском возрасте». Черни (Czerny) в 1917 г. говорил о таких детях как о «трудновоспитуемых». Стали разрабатываться советы педагогам и воспитателям, а в 1937 г. Брэдли (Bradley) впервые описал медикаментозное лечение психостимуляторами. С тех пор этой проблемой занимаются многие авторы, возник целый ряд концепций относительно причин данного явления, а также методов лечения. Каждое направление заявляло о своем монопольном праве на истину, что, естественно, рождало жаркие споры. Однако каждому, кто занимается такими детьми, независимо от того, какую концепцию он разделяет, очевидно, что детям нужна помощь: страдают и они сами, и их родители.

Как частный практикующий педиатр, автор настоящего сообщения уже более 10 лет занимается такими детьми разных возрастных групп. Большинство из них находятся в поле нашего зрения в течение нескольких лет.

Уже в раннем грудном возрасте, и особенно в раннем детском возрасте, могут возникать определенные трудности, заставляющие задуматься о наличии у детей отклонений. Однако следует проявлять чрезвычайную осторожность в постановке диагноза «гиперкинетический синдром», так как у детей этого возраста очень трудно провести грань между нарушением и физиологической активностью, которая не выходит за рамки представлений о норме.

Нельзя не сказать и о том, что иногда родители с излишним волнением воспринимают нормальные проявления жизнедеятельности своих детей — беспокойность, плач, просыпание ночью — всего лишь потому, что естественные требования маленького человека вступают в противоречие со стремлением его родителей сохранить привычный распорядок жизни. Другие придают преувеличенное значение своим наблюдениям, особенно если это первый ребенок. Наконец, есть родители, которые все свое время посвяща-

ют ребенку, балуя его, ухаживая за ним, лишая его всякой свободы и этим вызывая у ребенка протестную реакцию.

Тем не менее следует прислушиваться к жалобам родителей и обсуждать с ними их тревоги, с тем чтобы они, опираясь на свою интуицию, могли оказать помощь детям на ранней стадии их развития (Pároušek, Pároušek, 1990).

Игнорировать бросающиеся в глаза особенности в поведении детей не следует, в особенности если отмечаются нарушения в восприятии внешних раздражителей. Раннее обнаружение этих отклонений позволит своевременно принять меры по содействию детскому развитию.

Далее мы остановимся на проблемах гиперактивности у детей разных возрастных групп и возможных мерах по оказанию им помощи. Сразу оговоримся, что автор не претендует на полноту освещения проблемы.

На наш взгляд, имело бы смысл отказаться от термина «гиперкинетический синдром» и говорить лучше о «нарушении внимания с гиперактивностью» (следуя английскому термину Attention Deficit Disorder Syndrom, ADDS), как оно описано в DSM IV, 1995.

1. Грудной возраст

В грудном возрасте эти дети чрезмерно крикливы: их крик необычно долговат и резок. Новорожденные непрерывно двигаются, они капризны, плаксивы и раздражительны, быстро приходят в ярость. Они редко бывают расслаблены, чаще всего у них плохое настроение, ночью они плохо спят, доставляя много беспокойства родителям. Ласку такой ребенок не принимает, отстраняясь от матери. Поведение ребенка приводит родителей в недоумение, они начинают ощущать психический дискомфорт. В семье может возникнуть напряженность, нервозность, нередко приводящие к разладу между родителями. Постоянные недосыпания усиливают раздражительность. В семьях с нарушенным психологическим климатом существует опасность нанесения ребенку телесных повреждений (типичным является травмирование в результате сотрясения тела ребенка).

Не требующие особого к себе внимания послушные дети, которые целый день спокойно лежат в своей кроватке и много спят, встречаются редко. Для них, скорее, характерно раннее замедленное развитие, на котором сказывается дефицит общения и недостаток внимания со стороны родителей.

Помощь

Консультирование. Родителям необходимо помочь понять потребности, физиологические особенности их ребенка. Им надо знать, как идет развитие маленьких детей, поскольку они могут не иметь

опыта воспитания: часто ребенок в семье бывает единственным. Естественно, они испытывают большую неуверенность со своим первенцем, толком не зная, что и как с ним делать. Дополнительным источником их неуверенности и даже страхов является поток медицинской и псевдомедицинской информации, к тому же часто подаваемой сенсационно.

При нарушениях сна нужно объяснить родителям, что прежде всего речь идет о нарушении их сна, а не ребенка, так как ребенок компенсирует дефицит сна сам, если только ему не мешать. Следует объяснить, какие фазы сна существуют у грудных детей, каков у них ритм сна.

При нарушениях питания часто достаточно показать родителям диаграмму веса и роста для доказательства того, что ребенок нормально развит. Бывает полезно попросить родителей вспомнить о том, какие трудности с кормлением были у них самих в детстве, привести и тот довод, что питание — вещь добровольная, а не принудительная. На причуды и капризы малышей во время кормления надо обращать внимание лишь в том случае, если эти трудности длятся уже несколько недель. Тогда следует вместе с педиатром выработать необходимые меры и последовательно их применять.

Нужно *исключить органические заболевания*. Следует выявлять у ребенка и лечить нарушения зрения, слуха, координации и движения, заболевания мускулатуры и центральной нервной системы, так как они могут вызывать или усиливать гиперактивное поведение. При необходимости в этом возрасте ребенку может быть рекомендована лечебная гимнастика. При нарушениях зрения и слуха проводится соответствующая медицинская терапия.

Распределение обязанностей. Есть такие маленькие крикуны, которые способны довести до отчаяния и самых терпеливых родителей. Положение особенно осложняется, если к этому добавляются еще и нарушения питания и телесного контакта. И все-таки самое главное в таких случаях — терпение и выдержка. Распределение обязанностей между родителями по договоренности (при кормлении, при укачивании ночью, во время прогулок) помогает снять нервное напряжение, получить хотя бы небольшую передышку. Отца следует привлекать к выполнению родительских обязанностей, а не снимать с него всякую ответственность по той причине, что он занят работой, ему надо рано вставать и т. п. Если родители будут вести себя в деле воспитания как партнеры, смеяная друг друга, отец будет дежурить ночами, по крайней мере, в выходные дни (если в иные для него это совершенно невозможно), то обстановка в семье будет гораздо более спокойной. В неполных семьях следует позаботиться о привлечении посторонней помощи (няня и т. д.).

Распорядок дня. Режим должен соблюдаться, и это особенно важно. Любое изменение в распорядке дня становится для ребенка

причиной беспокойства, ибо такие дети плохо привыкают к новым ситуациям.

Телесный контакт. Несмотря на то что гиперактивный младенец избегает телесного контакта, он имеет для него важное значение. Часто крепкое объятие для него приятнее нежного прикосновения. Во время игр нужно стараться почаще сажать его на колени, совершать движения его ручками, ножками и ступнями, крепко нажимать на ладони и нижнюю поверхность ступней. Ребенку можно позволять спать в родительской постели или, по крайней мере, находиться в спальне. (Представление о том, что у ребенка как можно раньше должна быть собственная спальня, ни на чем не основано. Большая часть пятилетних здоровых (!) детей каждую ночь приходят к родителям в постель, присутствие родителей дает им, очевидно, ощущение покоя и защищенности.)

Аллергия и диета. Непереносимость некоторых продуктов питания, особенно в сочетании с нейродермитом, может вызывать у ребенка беспокойное поведение. Консультации по вопросам питания имеют важное значение, хотя не следует думать, что диета может избавить от всех неприятностей. Следовать ей имеет смысл только под врачебным контролем, лишь в этом случае она может улучшить как физическое, так и психическое состояние пациента.

Ранняя педагогическая помощь. Такая помощь может оказаться полезной, и, если родители имеют возможность получить необходимые консультации по уходу за ребенком и обучиться играм с ним, надо прибегнуть к ней.

Педагогу, к которому мать обратилась за советом, необходимо проявить понимание, терпение и доброжелательность. Воспитание во всех случаях представляется сложной задачей; не все, что родители делают, является ошибкой, как это они часто слышат от своих родных и знакомых. Их ребенок более трудный, чем остальные, но это не значит, что он плохой или неправильно воспитывается. Поскольку задачи воспитания в этом случае более сложные, приходится прилагать и больше усилий. Именно этому ребенку требуется больше родительской любви и внимания.

2. Дошкольный возраст

Среди детей в так называемых ползунковых группах встречаются дети, приносящие чрезвычайно много беспокойства: они дерутся, царапаются, кусаются. Мать и дитя скоро попадают под обстрел родительских упреков и становятся не желанными в этой группе. Такой ребенок упрям, без видимых причин им овладевают приступы ярости, он все разрушает, иногда наносит самому себе травмы, проявляет агрессивность по отношению к другим детям, а иногда и к взрослым, становясь просто невыносимым.

Физическое развитие этих детей протекает по-разному: есть такие, кто уже в 9—10 мес может ходить, а в 15 мес они хорошо говорят. Другие, напротив, развиваются медленно, начинают ходить с 14—16 мес и учатся говорить только к двум-трем годам. Но как только они пошли, близкие лишаются спокойной жизни. Все, что попадает в руки этих детей, разбирается на части, бросается, раскидывается. Созидательная, конструктивная игра у таких детей практически отсутствует. Деструкция и хаос характеризуют их игровое поведение. Ребенок выбегает из дома на улицу, лазает через заборы, подвергает себя опасности, его приходится постоянно искать, словом, он доставляет родителям бесконечное беспокойство.

Родители перестают ходить в гости и стараются не принимать гостей у себя, им стыдно за свое буйное дитя, к тому же они устали от постоянных советов. В конце концов семья все более попадает в изоляцию.

В детском саду ребенок не занимается конструированием или строительством домиков и башенок. Об этих занятиях он говорит: «Мне так скучно». Он опрокидывает строительные сооружения других детей, пристаёт к ним, не может играть один, не может играть долго. Ни одна игрушка не задерживается в его руках больше одной минуты, да и то она используется не по назначению. Такие дети не могут играть в коллективные игры, они не знают покоя, постоянно дергаются, ерзают, перебегают с места на место. Стоит им только где-то появиться, как тотчас возникает ссора. Родителям делают замечания: ребенок их невоспитан, плохо себя ведет. Дают совет: «Надо быть к нему строже».

У родителей обычно бывают жалобы на нарушения питания: «Он ничего не ест, а если ест, то только сладости». Есть жалобы и на нарушения сна: «Он долго не засыпает, ведет себя так беспокойно, что мы тоже не можем спать», «Находясь в своей кровати, он так ее раскачивает, что она ходит ходуном». Беспокоит и то, что ребенок не может одеваться самостоятельно, «все надевает как попало, никогда не застегивает пуговицы». Кроме того, ребенка трудно приучить содержать себя в чистоте.

Тот, кто имеет дело с такими детьми лишь изредка или случайно, не видит причин для недовольства. Дело в том, что если ребенок остается на полдня со своей бабушкой, он вполне может быть милым существом, а его родители слышат: «Вот видите, ребенок послушный. Нужно быть только последовательным и строгим».

Помощь

Концепция воспитания. Проблемы с поведением ребенка и следующие один за другим «добрые» советы окружения приводят родителей в крайнее замешательство. Их взгляды на воспитание, и

без того достаточно сумбурные ввиду всех выпавших на их долю испытаний, становятся еще более шаткими. Уставших и изнервничавшихся родителей нужно успокоить и помочь им найти свою собственную концепцию воспитания. Родителям следует сообща выработать четкую линию поведения, определить правила и последовательно их придерживаться. Не должно быть так, чтобы отец, усталый, приходил домой и выслушивал от супруги уже надоевшие ему жалобы. Это неизбежно приведет к взрыву: «Ты сидишь целый день дома и не можешь справиться с одним ребенком!» Рекомендуется каждый вечер, после того как ребенка уложили в постель, отвести 10 мин для беседы о событиях прошедшего дня. Мать (поскольку на ее долю в основном выпадают все неприятности) может рассказать о своих волнениях, и супруги сообща решают, как им быть дальше.

Семейные консультации. Совет психотерапевта или семейного консультанта часто бывает необходим родителям «трудного» ребенка. Специалист помогает супругам найти взаимопонимание, которое порой бывает утрачено, участвует в составлении семейного распорядка, в упорядочении ритма жизни. Нужно приучить ребенка следовать заведенному порядку, в этих условиях в известной мере он лишается возможности проявлять упрямство и своеволие.

Родители лучше поймут терапевта, если почувствуют, что он проникся их трудностями и что он тоже не знает ответа на все вопросы.

Прием торможения и «тайм-аут». В случае острого приступа ярости у ребенка помогает так называемое торможение, а с детьми постарше может быть применен прием «тайм-аута»: ребенка отводят в другую комнату и говорят: «Давай-ка успокоимся и потом приходи снова». Телесное наказание как метод воспитания не годится. Родители могут рассчитывать на понимание, но не на поддержку со стороны терапевта, если иногда поднимут руку на ребенка. Однако им следует усвоить ту истину, что даже шлепок по пальцам или губам приносит вред, так как провоцирует агрессивное поведение.

Приемы из области поведенческой терапии. Хорошо, если каждый день в определенное время с ребенком проводится игра. Ребенок достает и раскладывает настольную игру, взрослый играет вместе с ним, затем ребенок убирает игру сам, причем всегда на одно и то же место. Каждый день игра понемногу продлевается, ребенок учится быть усидчивым. Если он намочил штанишки, то надо проявить терпение и помнить, что до пятилетнего возраста это может повторяться. Не надо принимать никаких мер, если за этим не скрывается органических причин, кроме проведения простого поведенческого тренинга. И никаких наказаний!

Условия воспитания в детском саду. В детском саду должны соблюдаться следующие правила: порядок, режим, спокойствие, структурированные помещения и игры. Очень плохо, если в дет-

ском саду шумно, дети беспорядочно играют, хватая то одну, то другую игрушку. Строгая, но любящая детей воспитательница наилучшим образом справится со своими обязанностями, если возьмет расхажившего ребенка на руки и прижмет его к себе, вместо того чтобы многословно увещевать его.

Коррекция сенсомоторики. Часто лишь в младшем детском возрасте обращают на себя внимание нарушения восприятий: зрительных (ребенок никогда не смотрит туда, где его руки, смотрит мимо предмета); слуховых (не слушает, что ему говорят; понимает сказанное совсем по-другому; не понимает смысла требования со стороны взрослого); нарушения координации тела (на шведской стенке передвигается вверх только с помощью рук, перехватывая перекладины, и лишь после этого переступает ногами; нарушение ощущения тела (спотыкается о собственные ноги, постоянно на что-либо наталкивается). Многие из этих детей неуклюжи, движения их резки, угловаты, лишены плавности: им не хватает базального двигательного опыта, приобретаемого в грудном и раннем детском возрасте. В данных ситуациях хорошие результаты приносят упражнения для улучшения сенсомоторной интеграции. Дети начинают лучше управлять собой и своими импульсами. Можно наблюдать, как многие из них успокаиваются уже в процессе этих занятий.

Движение, игра, спорт. Движение и подвижные игры имеют большое значение в младшем детском возрасте. Родителям важно понять, что шумная возня, которая нам, взрослым, часто действует на нервы, — необходимое условие развития ребенка, ведь он таким образом ощущает себя, изучает пространство, в котором находится, физические законы и в конце концов просто радуется, испытывая возможности своего тела. Для подвижных игр в условиях города у детей почти не осталось места. И кроме того, компьютер, телевидение, видеоигры вытеснили такие занятия, как катание обруча, прыжки через скакалку, ходьба на ходулях, кружение в хороводе, требующие ловкости, координации, быстроты. Вместо этого — пассивное сидение в кресле перед экраном и нажимание кнопок. Беспокойные дети испытывают потребность в движении, и она должна быть удовлетворена не в беспорядочной возне и суете, а с помощью организованной игры. В небольших группах по занятиям психомоторикой, где участвуют и родители, они могут научиться умению управлять энергией ребенка. Можно сначала давать ей выплеснуться, но затем необходимо упражнять ребенка в торможении импульсов и владении собой (Kiphard, 1991).

Диета. Определенная диета, которая составлена с учетом индивидуальных показателей, может уменьшить проявление нарушений у некоторого числа гиперкинетичных детей. Подобные наблюдения были сделаны многими родителями и практикующими врачами, но в научных публикациях мы не находим пока таких дан-

ных. Однако есть серьезные исследования в области «бедного аллергенами» питания (Egger, 1991; Karch, 1988). Бросается в глаза упоминание названий вредных субстанций, которые встречаются в самых разных видах диеты (Feingold, 1975; Hafer, 1986; Egger, 1991). Составление индивидуальной диеты затруднено большим разбросом предположительно вредных для пациента веществ.

Заметим, что иногда родители находят возможным извинять гиперактивное поведение ребенка «ошибками в диетическом питании», что вряд ли правомерно.

3. Школьный возраст

С поступлением ребенка в школу требования к нему существенно возрастают. Он должен вписаться в коллектив класса, а это требует подчинения определенным условиям. Если ребенку в отношениях с одним-двумя партнерами еще как-то удастся следовать простым правилам, то в большой группе детей, например во время коллективной игры, данная задача оказывается ему не по силам. Он пытается по-своему изменить правила, и если другие его не поддерживают, то возникает ссора. Уже очень скоро товарищи отказываются следовать требованиям своего гиперактивного сверстника, тем более что сами они принимают действующие условия. Беда в том, что этому ребенку попытки соблюдать правила не удаются. В отчаянии он начинает плакать, за что товарищи его высмеивают. *Аффективная лабильность и неустойчивость к фрустрации* сохранились у школьника со времени раннего детства: он плачет по пустякам, моментально приходит в ярость, его настроение внезапно меняется, изливаясь в потоке непристойных, провокационных, агрессивных слов.

Ребенком овладевает хроническое недовольство на фоне ощущения себя несчастным. Это фоновое настроение скрывается за наигранной беззаботностью.

Проявляемая им *агрессивность* обостряет положение ребенка в социальной среде. Из-за недостаточной внимательности мимика и жестикуляция сверстников остаются для него вне поля зрения или превратно истолковываются. Это влечет за собой ошибочные реакции, часто сопровождаемые ругательствами или рукоприкладством. Такое поведение, естественно, лишь усугубляет социальную изоляцию.

Чувство страха у такого ребенка часто отсутствует. Будучи трехлетним, не умея плавать, Людвиг прыгнул в самую глубину; в 4 года он спрыгнул с четырехметровой вышки. Езда на велосипеде неоднократно приводила к несчастным случаям, так как он воображал себя гонщиком. Однажды он разбил себе голову, потому что, представив себя каскадером, хотел проехать сквозь стенку — головой вперед!

Импульсивность обострена настолько, что школьник поднимает руку еще до того, как учитель договорил, задавая свой вопрос. При этом детям свойственно стремление дать любой ответ, пусть даже неправильный. Если учитель их не вызывает, то они просто выкрикивают ответ. Удержать на чем-то внимание, сосредоточиться им чрезвычайно трудно. Если в дошкольном возрасте им не удавалось достроить до конца ни одну фигуру из конструктора, то и сейчас бросается на половине любой рисунок или поделка. Они очень предприимчивы: готовы начать все — но ничего не заканчивают. Кругом лежат десятки начатых моделей судов, самолетов и т.д., но ни одна из них так и не плавает и не летает.

То же самое относится и к выполнению домашних заданий. Поскольку внимание рассеянно, ребенку все время приходит в голову что-нибудь новое: он то почешет себе ногу, то должен поднять упавшую на пол линейку, то надо положить на другое место ластик, поточить карандаш, выглянуть в окно («ласточка пролетела»), распрямить загнутую страницу в книжке или загнуть другую, посмотреть, какое задание было вчера, и покормить хомячка. В результате домашнее задание не продвигается или выполняется из рук вон плохо, отнимая массу времени.

Похожая ситуация и в школе: не будучи способным концентрироваться на одном, ребенок предпринимает все время что-нибудь новое. Поэтому он не схватывает самые важные вещи на уроке, воспринимает материал лишь частично. Почерк и ведение тетрадей просто ужасны, а выполнение домашних заданий для школьника и его родителей — это многочасовая пытка. Матери рассказывают, что после домашних заданий они бывают совершенно измотаны и находятся в полном отчаянии. Успеваемость в школе становится все хуже, на голову ребенка постоянно сыплются предупреждения и выговоры. Самооценка его от этого становится все ниже.

Не все дети, относящиеся к этой группе, действительно демонстрируют гиперактивное поведение. Бывает и совсем наоборот: дети ведут себя спокойно и производят впечатление, скорее, апатичных. Хотя они и не обращают на себя внимания своей гиперактивностью, но у них есть все остальные симптомы: нарушения концентрации внимания, асоциальное поведение, они грубы и вспыльчивы, внешне производят впечатление неспособных, плохо успевающих, социально изолированных и часто депрессивных. Эта другая форма чаще встречается у девочек, но ее реже относят к формам отклонений, нуждающихся в лечении.

Накопление трудностей дома и в школе создает постоянные поводы для возникновения споров о воспитании. Часто разлад между матерью и отцом настолько серьезен, что они склонны считать его собственно причиной отклоняющегося поведения ребенка. Споры между родителями не утихают, даже когда ребенка нет дома, ког-

да, например, он уехал на каникулы. Это говорит о том, что эти дети — настоящий динамит, взрывающий семьи!

У очень многих детей с нарушениями внимания дополнительно отмечаются *частичные затруднения в обучении*. Можно назвать наиболее распространенные: на первом месте стоят трудности в овладении чтением и письмом; у девочек, кроме того, чаще — нарушение овладения счетом. Эти затруднения сильно сказываются на общей успеваемости в школе и мешают в дальнейшем. Отмечаются долгие колебания в определении ведущей руки, наблюдаются нарушения речи и нервные тики, у этих детей можно наблюдать проявления клоунизма в поведении.

Характерны *постоянные проблемы с успеваемостью*. Некоторых детей направляют в диагностические классы. Хотя уровень их интеллекта вполне позволяет находиться в обычной начальной школе, их успеваемость все время ниже ожидаемой. Перевод из начальной школы в следующей класс проблематичен: несмотря на приемлемые оценки, посещение школы следующего уровня не представляется возможным, так как отношение детей к учебе и их поведение не отвечают существующим требованиям. Кроме того, многие учителя гимназий отказываются работать с этими детьми.

Для выбора правильного подхода к лечению комплексного нарушения в этом возрасте необходим врачебный диагноз. Обращающиеся ко мне родители заполняют подробную анкету, где должны быть отражены их биографические данные и данные их ребенка. Кроме того, я располагаю анкетами (см. с. 123—125), которые по моей просьбе заполняют учителя, обучающие ребенка. Я прошу родителей принести мне дневники, тетради по разным предметам и рисунки.

Первая беседа с родителями проводится мною вечером после приемных часов, но без ребенка. Сначала родителям предоставляется возможность свободно высказаться, рассказав обо всех трудностях и проблемах. После этого мы вместе просматриваем принесенные родителями документы и обсуждаем заполненные ранее анкеты. На этой стадии часто возникает необходимость в уточнениях. Если по данным анамнеза создается впечатление вероятности гиперкинетического синдрома, я представляю родителям свое видение нарушения: врожденная особенность восприятия, передачи и переработки информации, которая под воздействием внешних влияний может быть либо улучшена, либо еще более ухудшена. После этого я называю те терапевтические средства, которые считаю целесообразными и которые возможны в данных условиях. На такую беседу отводится приблизительно два часа.

Однако часто уже после окончания встречи родители сообщают вещи, о которых они не решались рассказать раньше. Это становится возможным только после того, как установилось доверие. Родители рассказывают о том, в каком отчаянии они пребывают,

о том, что их посещают суицидальные мысли, что бывают состояния, направленные против собственного ребенка («Мы часто его били, потому что просто уже не знали, что нам делать», «Мне приходится стискивать зубы, чтобы держать себя в руках и не прибить или не придушить его, когда он доводит нас до белого каления, — но после этого он опять очень милый!»).

Длительная беседа успокаивает родителей, они убеждаются в том, что они поняты, что помощь возможна. Это хорошая основа для принятия в дальнейшем предложений по коррекционной работе. Далее проводится терапевтический и неврологический осмотр ребенка, изучается его моторное развитие, дополнительно устраивается проективное тестирование. Нет тестов, которые бы доказывали существование гиперкинетического синдрома; диагноз возможен только на основе анамнеза, собственных наблюдений, а также обследования.

Констатация нарушения у ребенка ничего не имеет общего с неоднократно упоминавшимся наклеиванием ярлыков. Она лишь открывает доступ к получению помощи. Медицинский диагноз уменьшает чувство вины родителей за ошибки в воспитании (большинство родителей считают, что они «все делали неправильно!») и в то же время помогает занять активную позицию, способствующую решению проблемы. Депрессивность уступает место деятельности, ориентированной на определенную цель (Schneider, 1991).

Уважаемая учительница (учитель)!

Родители этой школьницы (этого школьника) дали Вам эту анкету, так как у них имеются трудности со своим ребенком. Для оценки проблем, существующих в школе, нам нужна Ваша помощь. Пожалуйста, внимательно заполните эту анкету. Мы будем благодарны Вам и за дополнительную информацию, более детальные наблюдения и замечания. Мы с удовольствием ответим на Ваши вопросы по телефону.

**Анкета для учителей по Коннерсу (1973),
переработанная Скродски (1995)**

Имя ученика (ученицы) _____

Дата _____ Школа _____ Класс _____

Имя учителя (учительницы) _____ Тел. _____

1. Как долго Вы знаете этого
ученика (ученицу)? _____

Какие предметы Вы преподаете ему (ей)? _____

2. В каких ситуациях проявляются особые трудности с поведением? _____

3. Каковы оценки успеваемости?

Укажите, пожалуйста, основные предметы и оценки (если ставятся оценки).

4. Отметьте, пожалуйста, крестиком признак, который, по Вашему мнению, характеризует поведение ученика (ученицы). Укажите степень его проявления.

Оценка поведения

Характеристика поведения	Признак не характерен	Признак проявляется в степени			В каких ситуациях проявляется признак
		легкой	довольно сильной	очень сильной	
1. Невнимателен, легко отвлекается	0	1	2	3	
2. Не доводит начатое дело до конца, низкая устойчивость внимания	0	1	2	3	
3. Дневные фантазии	0	1	2	3	
4. Постоянно суетится, беспокойный, чрезмерно активный	0	1	2	3	
5. Что-то бормочет про себя, постоянно издает звуки, все время говорит	0	1	2	3	
6. Возбудим, импульсивен	0	1	2	3	
7. Приступы ярости, непредсказуемость поведения	0	1	2	3	
8. Быстрая и явная смена настроения	0	1	2	3	
9. Легко может расплакаться и часто плачет	0	1	2	3	
10. Настаивает на немедленном исполнении своих желаний, быстро приходит в состояние фрустрации	0	1	2	3	

Характеристика поведения	Признак не характерен	Признак проявляется в степени			В каких ситуациях проявляется признак
		легкой	довольно сильной	очень сильной	
11. Производит впечатление удрученности, упрямства, недовольства	0	1	2	3	
12. Часто лжет	0	1	2	3	
13. Мешает детям, дразнит их, сердит	0	1	2	3	
14. Изолируется от других детей	0	1	2	3	
15. Не находит признания у других детей	0	1	2	3	
16. Легко поддается влиянию других	0	1	2	3	
17. Не может играть по правилам	0	1	2	3	
18. Не способен работать в группе	0	1	2	3	
19. Поведение, отличающееся от поведения одноклассников	0	1	2	3	
20. Требует к себе чрезмерного внимания со стороны педагога	0	1	2	3	

Какие меры Вы уже опробовали? _____

На что учащийся отреагировал? _____

В каких ситуациях ребенок кажется незаметным? _____

Какими положительными качествами и проявлениями в поведении, на Ваш взгляд, обладает ребенок? _____

Пожалуйста, заполните анкету в течение следующих трех недель и пришлите ее прямо мне или передайте через родителей.

Большое спасибо за оказанное содействие!

Воспитание. Рекомендации для родителей.

1. Упорядочить режим дня и недели (особенно трудными представляются вторая половина дня пятницы и субботние вечера, а также первый и последний дни каникул) и приурочить выполнение того или иного задания к определенному часу.

2. Установить четкие правила поведения для всех членов семьи.

3. Воздерживаться от брани (для воспитателя это означает: думать, прежде чем сказать; действовать, вместо того чтобы говорить). Не обращать внимания на небольшие прегрешения ребенка.

4. Избегать бесполезных дискуссий.

5. Договариваться с ребенком о том, что необходимо делать, и неотступно выполнять это. Заранее условиться о мерах поощрения и наказания.

6. Наказание применять непосредственно после произошедшего и так, чтобы ребенку было понятно, чем оно вызвано, но лучше, если ребенок ощутит естественные последствия своего неправильного поведения.

7. Хвалить! Отмечать хорошие поступки, даже если они незначительны. Похвала не должна содержать в себе скрытого порицания: «Чудесно! Если ты хочешь, значит, ты можешь!»

8. Упражнять ребенка в самоконтроле, для чего служит проговаривание вслух или так называемое «внутреннее проговаривание» своих действий.

9. Давать возможность много двигаться и играть. Родители должны участвовать в играх!

Рекомендации учителям.

1. Строго, но доброжелательно руководить ребенком. Проявлять необходимую последовательность в проведении определенной педагогической линии. В то же время быть готовым к снисходительности там, где это возможно. Если ребенок чувствует, что к нему относятся хорошо, знают о его трудностях и хотят помочь, то он преодолеет многие безрадостные для себя ситуации.

2. Проявлять постоянное внимание к ребенку и хвалить его. Эксперименты доказывают, что все дети при похвалах улучшают свои показатели, а при отсутствии похвалы их результаты ухудшаются. Гиперактивные дети к похвале особенно чувствительны и нуждаются в регулярном поощрении.

3. Исключать лишние раздражители. Если посадить ребенка как можно ближе к учителю, рядом со спокойным одноклассником и следить за тем, чтобы в данный момент на его парте было только самое необходимое, то он лучше будет справляться с работой. Если он при этом сотрет за день целый ластик или израсходует целый карандаш, участвуя в занятиях, то порицать его за это не следует.

4. Использовать прямой телесный и зрительный контакт. Учитель, который во время урока часто поглядывает на ученика или, проходя мимо, останавливается около него, кладя ему руку на плечо, оказывает ему тем самым поддержку и помогает добиваться лучших результатов.

5. Разбивать задания на короткие этапы, структурируя учебный процесс. При выполнении коротких заданий, не требующих длительного умственного напряжения, ребенок сможет лучше показать, на что он способен.

6. Снижать боязнь ребенка не справиться с заданием, как можно чаще приходя ему на помощь.

7. Разрешать ребенку двигаться, например: стирать с доски, раздавать одноклассникам тетради. (Черчиллю в детстве разрешалось во время урока обежать вокруг школы.)

8. Терпимо относиться к медлительности и учитывать эту особенность. Например, сокращать задания, выполняемые в классе или дома; несколько раз четко перечитывать вслух условия задачи (математика), чтобы дети, испытывающие трудности в чтении, поняли ее условия.

9. И, наконец, проявлять терпение, бесконечное терпение. Ни один ребенок не стремится к неудачам, наказаниям, неприятию со стороны других. Ни один ребенок не хочет быть плохим. Учителю не следует говорить: «Ты же можешь, если хочешь!» Техника адекватного и адаптированного поведения усваивается этими детьми значительно позже и дается им с гораздо большим трудом, чем остальным. Необходимое терпение педагог может проявить, вероятно, только тогда, когда знает, насколько тяжело страдают от своего нарушения сами дети.

Медикаменты. К медикаментозной терапии обязательно следует прибегнуть в том случае, если состояние ребенка соответствует диагностическим критериям DSM-IV, применявшиеся меры не дали никакого результата, а тяжесть страдания ребенка и его родителей высока. Стимуляторы (риталин и DL-амфетамин) применяются чаще всего. После медикаментозного лечения нередко становится возможным использование других видов помощи, которые до сих пор не приносили успеха. До начала приема стимуляторов родители должны быть подробно проинформированы об их действии, возможных побочных явлениях и целях медикаментозной терапии. Следует объяснить родителям, что не существует таблеток, повышающих интеллект, — это заблуждение! Прием таблеток не избавляет также от необходимости работать с ребенком. Медикаменты лишь увеличивают возможности ребенка сосредоточиться, быть более внимательным, лучше воспринимать информацию и лучше перерабатывать ее.

Прежде чем начать лекарственную терапию, следует дать родителям некоторое время (неделю) для разрешения всех вопросов и

принятия окончательного решения. Затем предлагается четкий режим приема медикаментов с медленным повышением их дозировки каждую неделю — всегда после совета с родителями и выяснения происходящих с ребенком перемен. Каждые две недели родители должны встречаться с учителем, о его наблюдениях они сообщают лечащему врачу. Таким образом удастся регистрировать все происходящие с ребенком изменения и находить минимальную, эффективно действующую дозу. Следует также обсуждать опасения, сомнения родителей, возникающие, например, в связи с признаками побочного действия лекарств. Родителей следует предупредить о том, что они будут слышать и читать множество дилетантских отзывов о медикаментозном лечении, которые способны посеять в душе неуверенность. Однако у них всегда есть возможность разрешить свои сомнения у специалиста.

Примерно в течение трех месяцев ребенок принимает медикаменты без перерыва, затем можно делать перерывы на выходные дни и в каникулы. При продолжительном лечении требуется некоторый период адаптации к дозам, причем при внимательном отношении к делу родителей общую дозировку лекарства можно держать на очень низком уровне. После многолетней терапии может наступить снижение действия медикамента, которое устраняется сменой лекарства на 2—3 мес.

Наркомания и привыкание в таком случае до сих пор нигде не описаны. Опасения, что прием лекарств приводит к общему привыканию к медикаментам как средству решения жизненных проблем, также не находят своего подтверждения. Напротив, создается впечатление, что пациенты начинают относиться к лечебным препаратам намного критичнее и сдержаннее. Ни один ребенок, которого я до сих пор лечил, не принимал свои лекарства с удовольствием, более старшие дети понимают их необходимость.

Консультации по вопросам семьи и воспитания. Психологические и педагогические консультации бывают необходимы, когда возникают проблемы в семье, школе, а также в контактах с окружением. Родителям предоставляется консультационная помощь в решении множества затруднений, будь то вопрос выстраивания новой стратегии поведения или избавления от агрессивности, накопившейся против ребенка и супруга, который часто выступает в роли обвинителя или противника тех или иных методов воспитания. Родители должны опираться на содействие опытного профессионала — психотерапевта, которому они могут свободно изложить свои трудности. (Классическая семейная психотерапия проводится очень редко ввиду недостатка персонала и времени.)

Поведенческая терапия и тренинг. В целях устранения особенно тяжелых случаев нарушений с социально дискриминирующими последствиями психологи применяют специальные тренинговоч-

ные программы. В них могут принимать участие и родители. Эти программы помогают детям повысить свою самостоятельность и самооценку, лучше справляться с трудными ситуациями.

Методы глубинной психологии. Наша практика использования названных методов пока не дала существенных результатов в лечении гиперкинетического синдрома.

Программы Фростига (Frostig, 1974). Работа по программам помогает добиться некоторого улучшения в состоянии, особенно при частичных трудностях в обучении, но они почти не воздействуют на гиперкинетический синдром.

Психомоторика. Подвижные игры, прыжки на батуте, цирковые упражнения, фокусы, акробатика помогают детям лучше познать себя и свое тело. Освоение новых навыков связано также с ростом самосознания и уверенности в себе. По такой программе идут занятия в игровых группах и группах психомоторики («Дети в движении»). Эти группы действуют на базе консультационных пунктов, а также частной практики. Могут подойти и обычные спортивные секции, если работа в них ориентирована на содействие развитию детей, не обладающих особыми спортивными качествами. Особенно хороши для детей борцовские виды спорта, например дзюдо или карате. Они содержат в себе элементы «движения и остановки» и способствуют развитию саморегуляции. Дети с удовольствием занимаются рыбной ловлей (как это ни парадоксально звучит в отношении гиперактивных детей) и верховой ездой. Эти занятия также помогают им обрести радость и чувство принадлежности к группе.

Диета. Попытки ввести диету в этом возрасте часто обречены на провал, так как дети не хотят ее соблюдать, и они всегда воспользуются возможностью съесть то, в чем им отказывают родители. Совсем немногие дети, из тех, кто на себе замечает улучшения, на удивление последовательно придерживаются диеты.

Гомеопатия, цветочная терапия Баха не дали результатов.

Эдукинезиология. Фрагменты этой терапии, применяемые в качестве упражнений перед выполнением домашних заданий или для настройки на работу в классе, иногда дают положительный эффект, но в целом эта терапия не приносит пользы.

Контакты и разъяснительная работа. Специалист всегда должен быть готов к беседе с учителями и школьными руководителями. Разговор, проводимый, с согласия родителей, с целью разъяснить трудности, имеющиеся у ребенка, часто приносит хорошие результаты. Большинство учителей рады получить помощь и разъяснения врача относительно беспокоящего их ученика и после этого проявляют в отношении его гораздо больше терпения и снисходительности. Возникшее взаимопонимание с ребенком и его родителями способствует повышению успеваемости ученика. Школы обычно с готовностью используют возможность получить информацию

на эту тему. Взаимодействие специалистов, родителей и школы хорошо сказывается на всех «проблемных» учащихся.

Специальная школа Е (для детей с трудностями в поведении). Иногда при всем желании школьным педагогам не удастся изменить поведение ребенка. В таком случае остается возможность направить ученика в спецшколу Е («специальная школа по оказанию содействия в воспитании»). В этих школах наполняемость классов невелика, есть ответственные учитель и воспитатель, оказывается педагогическая помощь в работе с группой и при выполнении домашних заданий, а также дополнительная психологическая помощь, осуществляемая в тесном взаимодействии с учителями. К сожалению, таких школ не хватает, существует также дефицит специалистов для работы в них.

Специальная школа Л (аналог российской школы для детей с ЗПР. — *Прим. пер.*). Если у ребенка помимо проблем с поведением существуют серьезные трудности с успеваемостью, то следует, не колеблясь, отдать его в спецшколу Л (новое название — «школа индивидуального содействия обучению»). Там в классах с меньшей наполняемостью под руководством специально подготовленных педагогов дети смогут получать гораздо более эффективную поддержку в своем развитии.

Интернат. Такое учреждение может оказаться полезным в случаях неразрешимых семейных конфликтов. Особенность интернатов — строгое соблюдение распорядка дня. Однако для многих родителей они очень дороги, к тому же дети обычно сильно страдают от разлуки с домом.

4. Подростковый возраст

У гиперактивных детей наблюдается более позднее психическое созревание, и несколько позже своих сверстников они вступают в пубертатный возраст. Зато все проблемы предпубертатного периода явно дают о себе знать. Это и отчуждение от социальной среды в результате значительно сниженного чувства самооценности, и трудности взаимоотношений с родителями, ссоры с ними, попытки отмежевания от семьи, дух противоречия. Все это принимает такие формы, что общение с ребенком становится невыносимым. Часто имеет место угроза личному существованию подростка: возникают депрессивные состояния, мысли о самоубийстве, проявляется склонность к асоциальному поведению, криминальности и наркомании. В это же время наблюдаются рецидивы детского поведения, например: 14-летний подросток из узора занавески в ванной комнате вырезает темные четырехугольники.

В этом возрасте гиперактивность трансформируется в психологию наплевательства: у детей полностью отсутствует какой-либо

интерес, какой-либо мотив за что-нибудь вообще браться, не говоря уже о том, чтобы довести начатое до конца. Выбор профессии превращается в катастрофу, поскольку детей, собственно говоря, ничего не интересует или же интересует то, чем они не способны овладеть. В профессиональном обучении им приходится особенно тяжело, так как они вечно недовольны, пребывают в плохом настроении и производят впечатление лентяев. Если, помимо этого, они еще и дерзят, и повышают голос, то, естественно, контракт о профессиональном обучении расторгается. Для мастера профобучения неприемлемо отсутствие прилежания, усидчивости и инициативности, равно как и поведение таких подростков, которые пропускают занятия, не выполняют заданий и к тому же делают заявления типа: «Эта “зона” (т. е. школа. — *Прим. пер.*) меня достала».

Крайний эгоизм подростков представляет особую проблему для родителей. Эгоизм всегда был им свойствен, но теперь он выходит за всякие рамки. Они ведут себя так, как будто завоевали себе право на всеобщее поклонение. Они не хотят и пальцем пошевелить, чтобы помочь чем-нибудь по дому. Все обязаны их обслуживать. Подростки желают пользоваться преимуществами взрослых, но часто в них еще столько детского, что они хотят спать со своими родителями! Их претензии непомерны, трудовая мораль нулевая, а представления наивны до абсурда: «Я хочу иметь интересную работу, где бы я много зарабатывал, имел много свободного времени и быстро делал карьеру!» — и все это без каких-либо признаков готовности к труду! Иногда дело доходит до угроз в адрес родителей или даже применения к ним физического насилия.

Их обращение с деньгами также может иметь катастрофические последствия: то, что у них есть, они тут же расходуют и легко берут в долг. Грубость, бродяжничество и лживость становятся постоянными признаками их поведения; случаются воровство и драки. Нередко знакомство с полицией становится последним толчком для родителей, решающихся наконец что-либо предпринять.

Помощь

Если родители обращаются за помощью только тогда, когда неприятности достигли пика, то оказание ее чрезвычайно затрудняется. С началом пубертатного периода дети категорически отклоняют любые попытки помочь им, особенно если они исходят от родителей. Чтобы убедить подростков в необходимости принятия каких-то мер, требуется большое умение строить беседу и убеждать. Чаще всего возникает надобность в дополнительной встрече с подростком без участия родителей. Правда, для последовательного воплощения в жизнь мер, которые обсуждались и были согласо-

ны с подростком, необходим прочный тыл — семейная поддержка. Иногда помогает такая мера, как ведение подростком дневника. Охотнее на это соглашаются девочки. Ребятам предстоит научиться нести ответственность за себя, для этого устанавливается договор: каждые две недели подросток звонит терапевту и сообщает ему результаты самонаблюдения.

Медикаменты. Часто только лекарственные препараты делают возможным осуществление первого шага. Но поскольку их действие зависит от регулярности приема, то при недисциплинированности подростка успех зависит от того, в состоянии ли родители помочь своему ребенку и проконтролировать прием лекарств.

Психотерапия. В данном случае чаще всего имеются в виду индивидуальные беседы, если подросток принимает этот способ помощи. В большинстве случаев помимо бесед с самим подростком требуется консультирование родителей.

Спорт, психомоторика, педагогика приключений. Этот метод может дать хороший эффект. Однако занятия спортом требуют регулярности, а это условие, к сожалению, подростки не склонны выполнять. Если же найден вид спорта, который пришелся по нраву подростку, то полезно провести беседу с тренером, обратив его особое внимание на трудного паренька или девушку. Лазание, гребля на каноэ, парусный спорт и т.д. при тренировках в маленьких группах и под руководством хорошего наставника могут пробудить у подростка стремление к более упорядоченному поведению, развить интерес и чувство ответственности, ибо атмосфера коллектива, желание быть в нем принятым способны заставить человека перейти привычные границы своего «Я».

Беседа с учителями и инструкторами. В беседе с педагогом следует объяснить, что ему не следует ощущать себя мишенью для выходок подростка. Эти выходки объясняются отнюдь не желанием играть на нервах преподавателя или подорвать его авторитет в глазах учащихся. Они происходят непреднамеренно, их причина — нарушение функционирования нервной системы подростка. И не следует позволять вовлекать себя в конфликт. Идя на поводу у дерзкого ученика, взрослый дает ему шанс компенсировать свое ущемленное самосознание, получив одобрение со стороны других детей.

Мероприятия по оказанию поддержки в приобретении профессии. В этом направлении в последние годы сделано очень много, в частности отделами по вопросам труда. Имеются предложения по профобучению с педагогическим и психологическим сопровождением. Отмечается также прогресс в системе профобразования в части оказания финансовой поддержки, бесплатного проживания в общежитии и организации спортивных занятий. Существуют так называемый школьный год профориентации, сопровождение обучения и специальные школы профтехобучения, где работодатели

получают значительную компенсацию от отделов по организации труда. Но еще требуются поиски многих учебных заведений, которые бы проявили готовность к приему трудных подростков.

5. Взрослый возраст

Отчеты, содержащие сведения о взрослых, чье поведение в детстве отличалось признаками гиперактивности, свидетельствуют, что эти люди по-прежнему испытывают трудности. При сборе анамнестических данных обследуемого ребенка также нередко приходится слышать, что у одного из родителей или у кого-то из близких родственников в детстве отмечались трудности поведения и что проблемы сохраняются и посейчас.

У взрослых в молодом возрасте в большинстве случаев сохраняются *нарушения внимания*: они не могут слушать других, не могут сосредоточиться на одном деле, не могут довести начатое дело до конца.

Нередко гиперактивность превращается в *инактивность*, *сопро-вождаемую нервозностью* (ни за что не берутся, нет никакого желания что-либо делать), при этом можно наблюдать, что «они крутятся на стуле, постоянно барабанивают пальцами, перебрасывают ногу на ногу, тянут себя за пальцы, волосы, трогают лицо».

Сохраняющаяся *импульсивность* приводит к принятию решений, которые явно непродуманны и неразумны (бездумные покупки, рискованные коммерческие сделки, быстрая неосмотрительная езда на автомобиле со многими ДТП, скоротечность дружеских и супружеских связей). Наблюдается *лабильность настроения* (с депрессией, приступами ярости и крайней беспричинной реактивностью), а также *нетерпеливость* и *вспыльчивость*, часто влекущие за собой тяжелые последствия (потеря должности, развал семьи, утрата друзей, отчуждение детей).

Не в последнюю очередь взрослый обычно по-прежнему страдает от известной *неспособности организовать себя* и довести начатое до конца. Для него характерна *низкая стрессовая толерантность*: «Из мухи делает слона» (Wender, 1987).

Помощь

Поскольку неврологи и психиатры почти не знакомы с проблемой проявления гиперкинетического синдрома в этом возрасте, многие взрослые, имеющие симптомы этого нарушения, не находят понимания и поддержки у этих специалистов. Типичными для них проблемами являются недостаточная внимательность, неспособность оценить, что в данных обстоятельствах является главным, а также неправильное восприятие и вследствие этого ошибочное

толкование мимики и жестикуляции собеседников. Часто эти проблемы приводят их к социальной изоляции.

Наряду с психотерапией (индивидуальной или групповой) может быть показана также медикаментозная терапия (ингибиторы и стимуляторы). Однако, как мы уже сказали, вопросы помощи взрослым никак нельзя считать решенными из-за отсутствия в этой области необходимых опыта и знаний.

6. Значение оказываемой помощи; перспективы

Насколько действенны вышеупомянутые методы? В литературе мы не найдем ответа на этот вопрос. Однако практика свидетельствует о позитивных изменениях в поведении ребенка, зависящих в первую очередь от того, насколько рано родители заметили симптомы нарушения и обратились за помощью. Упомянутые методы не устраняют нарушения, но дают возможность справляться с его проявлениями, помогают смягчить множество последствий, таких, как отставание в учебе, чувство неполноценности, распад семьи, увечья, необходимость помещения в специальные заведения. Чем лучше поставлена разъяснительная работа в обществе, тем больше возможность своевременного оказания помощи, тем больше шансов у ребенка найти свой индивидуальный путь в общество.

Отметим и то, что люди гиперкинетического склада часто способны обогатить жизнь окружающих: от них, с их детской восторженностью, непосредственностью, оригинальными способами решения проблем, исходит некий жизненный импульс. Необычные формы поведения, иная структура восприятия окружающего мира, склонность к фантазированию часто выгодно отличают их от сверстников, которые рядом с этими искрящимися натурами кажутся старичками. Судя по описаниям биографов, такие известные деятели, как Г. Песталоцци, У. Черчилль, Б. Франклин и, может быть, также В.А. Моцарт, в детстве были гиперкинетичными детьми.

Однако если речь не идет о сверхспособностях, то при отсутствии помощи жизнь ребенка с гиперактивным поведением может превратиться в мучение и непрерывную цепь фрустраций и унижений. И только в том случае, если родители и воспитатели, врачи и психологи объединят свои усилия, может быть оказана действенная помощь в социализации этих детей, они смогут реализовать себя, найдя свой путь к лучшей, более наполненной жизни.

У МЕНЯ ДВОЕ ГИПЕРАКТИВНЫХ ДЕТЕЙ

Опыт матери

Й. Мюллер

Петер возвращается из приготовительного класса домой и барабанит кулаками в дверь: «Мама,пусти меня домой!» Едва войдя, он вламывается в ботинках и перчатках в кухню и объявляет: «Я хочу пить».

Сказав это, он карабкается по ручкам ящиков кухонного гарнитура на столешницу, чтобы достать стакан. Спрыгивая вниз, он задевает крышку кастрюли, которая летит на пол. Вода сильной струей бьет в стакан и переливается через край на пол: «Вот это да! Уже полный!» Школьный ранец лежит посреди кухни.

К этому времен из школы возвращается старший брат Петера Андреас и трезвонит в дверь. Петер бросается ему открывать, падает на пол, перелетев через свой ранец, открывает дверь и впускает Андреаса.

У того, по-видимому, сегодня был плохой день в школе, он недовольно отталкивает Петера в угол. Заревев от обиды, Петер пытается взять реванш, но получает сдачу. Андреас также мчится в кухню, оставляя на своем пути поочередно кепку, шарф и куртку. В кухне он поднимает крышки у всех кастрюль и недовольно бросает: «Этого я есть не буду!»

Вероятно, все родители, у кого есть гиперактивный ребенок, могут рассказать нечто похожее. У меня двое таких детей, и я хочу поделиться своим опытом, чтобы помочь, ободрить и поддержать этих родителей морально. Они должны знать, что не одиноки, что их проблема знакома и понятна многим. Не надо опускать руки в случае неудач, не надо стесняться искать помощи и не следует сдаваться.

Прежде всего необходимо распрощаться с мыслью, будто в воспитании ребенка все делалось неправильно. Затем — постараться ориентироваться на положительные стороны личности ребенка и развивать их.

Дети, страдающие синдромом дефицита внимания (в дальнейшем — СДВ-синдром), не одинаковы в своих проявлениях. Даже в нашей семье, где двое гиперактивных детей, речь идет о двух совершенно разных характерах. У каждого из них свой уровень развития, свои способности и трудности, хотя в сущности у них одна и та же проблема.

1. Особенности развития мальчиков

Андреас, которому сейчас 10 лет, и Петер, ему 6 лет, появились на свет как желанные дети. Обе беременности протекали без осложнений. Рацион питания был продуман, я не курила и не употребляла алкогольных напитков. Через несколько лет обоим мальчикам после проведения обстоятельного тестирования был поставлен один и тот же диагноз — СДВ-синдром (нарушение внимания) с гиперактивностью.

В грудном возрасте и раннем детстве развитие у Андреаса шло нормально. Он помногу и подолгу спал, всегда был приветлив и мил и очень доверчив по отношению к взрослым. Он рано начал говорить. Быстро набрав большой запас слов и овладев грамматически правильной речью, начал говорить без умолку. Говорливость свойственна ему и сейчас. Кроме того, он еще и заядлый спорщик, причем в споре последнее слово непременно должно быть за ним, и это одна из трудностей, которая пока остается.

В грудном возрасте обращала на себя внимание моторная вялость. Андреас не хотел ползать и стал ходить довольно поздно. Но до четырех лет его развитие не давало серьезных поводов для озабоченности.

Первые проблемы начались с поступлением его в детский сад. Усилилась его моторная неуклюжесть. На любой неровности Андреас падал, постоянно ходил в ссадинах и синяках.

К этому прибавились трудности в области тонкой моторики, проявлявшиеся во время ручного труда и рисования. Ими он занимался неохотно, эти занятия ему явно были скучны, и он быстро их оставлял. В целом неустойчивость внимания все больше становилась тревожащим симптомом. Ни дома, ни в детском саду он не мог сосредоточиться на каком-либо занятии. Перебирал игрушки, бросал их одну за другой, ерзал на стуле, без устали кружил по комнате, и часто казалось, что мысленно он где-то далеко. В то же время он мог быть внимателен, и довольно длительное время, если его что-то очень интересовало, например, он любил слушать, когда ему читали вслух.

Мальчик с большим трудом приживался в группе детского сада. Для совместных игр ему не хватало собранности, при этом Андреас всегда стремился командовать другими. В лучшем случае он играл *рядом* с другими детьми, но чаще мешал играть им.

Потасовки и свалки, виновником которых был Андреас, случались все чаще. Его явная импульсивность и кажущаяся агрессивность все более давали о себе знать. Будучи гиперчувствительным, он тем не менее не замечал, что своими выходками надоедал товарищам и они хотят от него избавиться.

Еще одно нас сильно заботило — его неумение выполнить просьбу, следовать указаниям, соблюсти правила. Если мы, к при-

меру, посылали Андреаса в ванную комнату за полотенцем, то он забывал об этом поручении еще не дойдя до ванной, и мы находили его либо на лестничной площадке, либо в детской комнате. Говорить ему: «Оденься», «Почисти зубы» или «Убери игрушки» — было бесполезно. Из-за нарушения внимания он был не в состоянии следовать указанию.

Развитие Андреаса, собственно говоря, должно было уже раньше натолкнуть нас на мысль о его гиперактивности. Но в наших глазах он не был непоседой, а о синдроме дефицита внимания мы тогда ничего не знали.

Поступление Андреаса в школу выявило всю остроту проблемы и заставило нас принимать меры. На уроках Андреас не в состоянии был собраться с мыслями, легко отвлекался и мог выполнить лишь часть того, что делали дети. Он не мог сидеть спокойно, неожиданно вставал среди урока и мешал занятиям своими выкриками. Стереотипные задания, например переписывание в тетрадь, превращались в пытку, он сажал ошибку на ошибку. Мешала плохая моторика, почерк был небрежным, буквы и цифры постоянно вылезали за линии и клетки. К этому прибавилось еще и отставание по математике. Зато в устных предметах он был на коне, его интересовало все, но при этом он хотел, чтобы слушали только его. Пока внимание учительницы было обращено к нему, он мог показать хорошие результаты. Но как только внимание педагога переключалось на других, он тотчас отвлекался на что-то иное.

С выполнением домашних заданий были огромные трудности. Сначала затевалась дискуссия на тему: «А зачем все это нужно?», потом начиналось ворчание и отлынивание. С трудом Андреас усаживался, однако ему все время приходило в голову что-то, что нужно было исполнить безотлагательно. Через три часа мучений домашние задания оказывались все еще невыполненными, листы были исписаны немыслимыми каракулями, и все кончалось слезами моими и сына.

Вхождение в коллектив класса также было затруднено. Одноклассники быстро заметили все особенности Андреаса. Он вел себя в новой среде настолько неуклюже, нелепо, что сам отрезал себе путь к признанию. Хотя поначалу связи устанавливались, так как он был очень контактен, но тут же утрачивались. Из-за своей повышенной возбудимости он легко взрывался и часто оказывался зачинщиком ссор, во время которых мог ударить своего товарища. Конечно, дети видели, как легко Андреаса вывести из себя, и иной раз задевали его сами.

Развитие Петера с самого начала протекало совсем по-другому, и мы радовались, что у нас не возникало с ним тех трудностей, которые мы испытывали с Андреасом. Хотя он спал крайне мало, был более беспокоен и утомителен для окружающих, в то же время он мог в течение часа сидеть один и чем-нибудь зани-

маться: строить домики, крепости, железные дороги, проявляя при этом удивительную фантазию. Его любимыми занятиями было что-нибудь мастерить или рисовать. Здесь он тоже проявлял усидчивость, выдержку и сосредоточенность.

Он рано начал ползать, стал ходить, когда ему не исполнилось и года. С ловкостью акробата он и сейчас взбирается на препятствия, делает гимнастические упражнения и хорошо владеет своим телом. Его увлекает скорость (например, быстрая езда на велосипеде), и он прямо-таки ищет опасности. Но его речевое развитие протекало замедленно. Долгое время он изъяснялся только жестами, говорить начал поздно и владел лишь отдельными словами. Хотя сейчас он много и охотно говорит, речь его недостаточно ровна и часто трудно уловить логику его рассказа.

Поворот в его развитии наступил с поступлением в детский сад. Он, до того уверенный в себе ребенок, вдруг начал проявлять робость. В группе ему было не по себе, он сторонился воспитательниц и неохотно вступал в разговор. Ему было трудно определить свою роль в группе, он не мог вписаться в коллектив, попытался доминировать, но ребята не приняли его претензий на лидерство.

Значительно снизилась его выдержка в процессе занятий ручным трудом и рисованием как в детском саду, так и дома. Он уже не мог долго сосредоточиться на одном деле. Если ему начинали читать вслух, то уже через минуту он захлопывал книжку. Как выяснилось позже, у него было нарушение слухового внимания.

Петер все чаще становился нарушителем спокойствия, он все время пытался делать то, что запрещено, как бы исследуя пределы дозволенного, и упрямо настаивал на своем. Ему трудно давалось выполнение требований и соблюдение правил, обычно он пропускал их мимо ушей. С течением времени своим поведением он все больше стал походить на старшего брата.

Совместная трапеза братьев тоже не проходила спокойно. Мальчики, ни тот ни другой, не могли сидеть спокойно на месте ни минуты, они ерзали туда-сюда, становились на колени, сползали под стол, жестикулируя, они опрокидывали чашки, ссорились и болтали так много, что еда оставалась почти нетронутой.

2. Долгие поиски помощи

Пока дети находятся в семье, трудности, связанные с нарушенным вниманием, не очень ощутимы. Родители готовы принять многое в поведении ребенка (особенно если он единственный), так как другим они его и не знают. Кроме того, оставаясь наедине с таким ребенком, мать вполне может с ним справиться. Инстинктивно она чувствует, что ребенок немного отличается от других, но быстро находит успокаивающие объяснения: в конце концов

все дети подвижны и живы, многие не склонны сразу выполнять требования старших, импульсивны или агрессивны. Но по мере расширения социальной среды ребенка (группа для игр, детский сад, школа) проблемы вырисовываются все четче, и настает момент, когда неблагополучие становится очевидным, и близкие начинают доискиваться причин и искать помощи.

Сначала мы, разумеется, начали искать вину в собственном поведении. Что мы делали не так? Почему наши дети такие? Неприятности в детском саду, в школе и дома, вечные ссоры между детьми со временем ухудшили наше с мужем эмоциональное состояние и накалили атмосферу в семье до предела. Отрицательные моменты в поведении детей заслонили в нашем сознании все остальное, и мы стали ловить себя на том, что попали в полосу бесконечного выяснения отношений. Нас нервировала собственная несостоятельность, а дети, похоже, становились козлами отпущения.

Помимо опасений, что мы делаем в воспитании детей что-то не так, возникло нежелание появляться где бы то ни было в обществе, чтобы не бросаться в глаза с такими «невоспитанными» детьми. Сущим мучением стало, к примеру, посещение магазинов. Как только дети понимали, что за ними не следят, они начинали играть в прятки, в догонялки, кататься по полу, исследовать витрины магазина, и их невозможно было остановить. Нас стали реже приглашать в гости в семьи, где были дети. Мы не могли оставить своих мальчиков без присмотра, каждую минуту могло понадобиться вмешательство взрослого. Разумеется, нашим сыновьям временами тоже было тяжело от такого положения вещей. К счастью, они не страдают у нас сниженным чувством самооценности и не имеют склонности к депрессии.

Вот в таком растревоженном состоянии и растерянности мы обратились к нашему педиатру. Но во время короткого приема Андреас был совсем другим, чем мы его знали, и врач не увидел в мальчике ничего необычного.

Беседы с воспитательницей детского сада также не продвинули нас к решению проблемы — не хватало необходимой откровенности. Вероятно, она не хотела нас обидеть, предполагала, что ребенок просто невоспитан, и, пожалуй, действительно не видела всей серьезности положения: «Все не так уж плохо, другие дети тоже не намного лучше». Как бы мы были благодарны воспитательнице в тот момент, если бы она помогла нам разобраться в ситуации. Неинформированность персонала детского сада и школьных учителей об особенностях гиперактивных детей и о том, как обращаться с ними, просто ужасающа. Скольким ребятам можно было бы помочь, если бы проблема вовремя распознавалась. В этой области необходима большая разъяснительная работа.

Учительница Андреаса также оказалась не на высоте положения. Хотя она жаловалась на его поведение, его несобранность,

нарушения школьного порядка и дисциплины, все же она утверждала: «Все образуется, вот увидите, — и добавляла: — Если он хочет, то он может» (Андреас умел иногда быть очень милым).

В конце концов мы натолкнулись на книжку «Несобранность?» Айхлседера (Eichlseder, 1986); автор описывал поведение, близкое тому, что приходилось наблюдать и нам. Мы связались с педиатром, и на основании данных анамнеза впервые был поставлен диагноз — «СДВ-синдром».

Андреасу были назначены амфетамины. Из литературы мы уже знали, каковы действие и эффективность этих препаратов. Решение далось нам нелегко. Мы наконец дали свое согласие на медикаментозное лечение. Эффективность превзошла наши ожидания. Уже в первый день приема мы заметили изменение в поведении Андреаса: он с небывалым для него терпением строил крепость. Он стал быстро справляться с домашним заданием, исправился его почерк, ему удалось контролировать свое поведение. Под воздействием медикамента Андреас стал таким, каким нам и хотелось его видеть. Однако прием лекарства в течение полугода привел к некоторым побочным негативным явлениям:

- появились тики; Андреас стал говорить еще быстрее и невнятнее,

- появились боли в животе, и начались нарушения сна, каждую ночь он просыпался, примерно в течение двух часов не спал и утром, естественно, был вялым,

- Андреаса огорчали его неудачи, которые теперь стали для него очевидны. Его злило, если рисунки ему казались недостаточно красивыми, если после стирания карандаша лист бумаги не был таким белым, как ему бы хотелось; теперь он также стал понимать, что другие дети его сторонились,

- но больше всего нас беспокоило то, что он утратил свою былую восторженность и спонтанность. Он ничему больше по-настоящему не радовался. Часто просто бесцельно сидел и ничего не делал.

Мы договорились с врачом больше не применять лекарство, после чего к нам вернулся прежний Андреас со всеми своими недостатками, но и с положительными качествами. Я никоим образом не отвергаю применения риталина. Я знаю случаи, когда он очень помогает и хорошо переносится. Возможность попробовать медикамент надо использовать, но медикаментозное лечение обязательно должно сопровождаться наблюдением у психотерапевта. Этот момент мы, к сожалению, упустили, так как не были соответственно проинформированы.

. Наши поиски помощи продолжались. Как-то мне представилась возможность принять участие в симпозиуме на тему «Гиперактивность». На нем выступала детский психолог с сообщением о детях, имеющих нарушение внимания. У меня было впечатление,

что говорили о моем сыне. Мое сердце отзывалось на каждое слово выступавшей. Впервые я ощутила себя в нужном месте: наконец-то поняли мои трудности и мои страхи. Психолог помогла мне своим выступлением обрести мужество и оптимизм. Через некоторое время мы установили с ней контакт. Андреас (вслед за ним и Петер) прошел тестирование, и мы получили помощь, которая действительно продвинула нас вперед. На родительском семинаре мы услышали объяснение, которое помогло нам понять состояние наших детей, нам стало ясно, что нужно делать дома и в школе, чтобы помочь им. С этого момента дела пошли в гору.

3. Опыт оказания помощи

Прежде всего нам пришлось принять нарушение, именуемое СДВ-синдром. Это легче сказать, чем сделать. Между «знать» и «принять» лежит дистанция огромного размера. И сейчас еще нельзя сказать, что признание факта нарушения совершилось. Это не легко сделать, и приходится постоянно усилием воли осаживать себя. Мы признаем сейчас, что наши дети непреднамеренно ведут себя так, а не иначе, что в их поступках нет элемента провокации. Мы замечаем, что они хотят быть лучше и даже часто стараются быть лучше, но им это просто не удается. Следует избегать таких формулировок, как «постарайся еще; если ты хочешь, то ты можешь».

Признание факта нарушения предполагает и открытость по отношению к окружению ребенка. Бессмысленно утаивать то, что есть и что очевидно. Родственники, друзья, учителя, родители товарищей по играм должны знать об особенностях ребенка. Не нужно думать, что вы обязаны постоянно извиняться за поведение своего ребенка, следует просто стать на его сторону и не закрывать глаза на трудности.

После того как признано существование проблемы и выработана активная позиция, обязательно следует показать ребенку, что он любим, что его любят таким, каков он есть. Мы видим, как важна для Андреаса ласка, как родительская любовь помогает ему справиться с негативными впечатлениями, полученными в течение дня. Ведь именно в семье дети могут чувствовать себя защищенными и обласканными.

В этих заметках о наших мальчиках на первом плане оказываются негативные моменты в их поведении. Это объясняется самой задачей, которая перед нами стояла: рассказать о трудностях, с которыми мы сталкивались и которые стремились преодолеть. Однако ни в коем случае не стоит постоянно порицать детей, напротив, необходимо их хвалить за положительные проявления, не только не пропуская удобный для этого случай, но и отыскивая его.

Тем самым можно существенно укрепить самосознание детей и улучшить взаимоотношения с ними, которые обычно сильно страдают под грузом негативных наслоений.

Со временем мы поняли, что некоторые черты поведения изменить нельзя (например, недовольное ворчание, болтливость, суетошность, плохой самоконтроль), и стали концентрировать свои усилия на решаемых проблемах. Мы постарались организовать наш быт таким образом, чтобы в нем было меньше неожиданностей и больше упорядоченности. Например, приходилось постоянно торопить наших детей то на занятия в спортивную секцию, то на занятия музыкой и т.д. Все это проходило в крайнем напряжении. Нам пришлось отказаться от некоторых занятий. Был составлен свод правил, которые подлежали соблюдению и контролю. Это возможно в том случае, если родители чувствуют, что действительно можно потребовать от ребенка в определенной ситуации.

Мы начали с домашних заданий, выполнение которых было главной задачей второй половины дня. Мы старались создать спокойную атмосферу, устранив все излишние раздражители. Задание разбивалось на части, на каждую отводилось определенное время. О том, что оно исчерпано, извещал будильник. Успехи или неудачи отмечались знаком + или -. Если плюсов было больше, то, после того как домашние задания были выполнены, я читала Андреасу что-нибудь вслух, в противном случае — он мне. В течение учебного года мы добились того, что Андреас мог выполнять домашние задания в своем темпе самостоятельно, без того, чтобы кто-то постоянно сидел рядом с ним.

Постепенно в сферу регулирования включались и другие вопросы, казавшиеся нам важными. В сотрудничестве с психологом был разработан режим дня (см. с. 144, 145). Он представлен здесь очень подробно. Вначале в нем было лишь несколько пунктов, которые мы по мере накопления опыта детализировали. В течение дня, выполняя намеченное, ребенок набирает определенное количество баллов. Подведение итогов проводится каждый раз после выполнения домашних заданий. За выполненное задание полагается поощрение: чтение ребенку вслух, игра, совместная прогулка. Если минимальное число баллов не набрано, то ребенок должен выполнить дополнительное задание, причем по тому предмету (например, чтению) или в том виде работы (например, мытье посуды), где он не досчитался баллов. Для Андреаса такое планирование послужило стимулом; к настоящему времени все пункты плана выполняются им, и это стало рутинным делом. Учительница тоже изъявила готовность заключать с Андреасом подобный «договор», чтобы последовательно требовать от него выполнения самого необходимого.

Такой план может показаться излишне педантичным. Однако если он способствует устранению таких поводов для раздражения,

как измазанные зеркала и раковины, лежащий посреди прихожей портфель, если не нужно постоянно напоминать о том, что нужно убирать свои вещи, то он оправдывает себя, избавляя от неприятностей. Для того чтобы в конфликтных ситуациях оставаться спокойными, не втягиваться в скандал и не впадать в морализаторство, необходимы хорошие нервы и самообладание. Родители — люди с грузом определенных повседневных обязанностей, им трудно постоянно сохранять невозмутимость, юмор и дружелюбие. Я приучила себя в острых ситуациях выходить на некоторое время из комнаты, чтобы заняться чем-нибудь иным. Вернувшись назад через некоторое время, я уже спокойно могла разрешить конфликт.

Практическое выполнение выработанной концепции требует самодисциплины и последовательности. Нам пришлось работать не только над воспитанием наших детей, но и над самими собой. Сейчас можно сказать, что наши усилия не были напрасны, есть успехи, хотя случаются по-прежнему и неудачи. Что бы ни было, мы не опускаем рук и готовы идти новыми путями. Так, Андреас принимает сейчас участие в курсе психомоторики и ходит на эрготерапию.

С недавнего времени мы пытаемся изменить кое-что в рационе питания. Один специалист по натуропатии установил, что у наших мальчиков есть аллергия на некоторые продукты: пшеницу, рожь, молоко и молочные продукты, плоды цитрусовых, сахар и дрожжи. Диета, по нашим наблюдениям, хорошо сказывается на нашем старшем сыне. Бедная аллергенами пища заметно повышает уровень внимания. Ошибки в питании проявляются либо сразу же, либо на следующий день. Андреас охотно соблюдает диету. Если, к примеру, в школе его угостили чем-нибудь вкусным, что есть ему нежелательно, то он приносит это домой, и мы обмениваем подавленное на то, что ему можно есть.

Мы считаем, что нашли свой путь к оздоровлению мальчиков, и то же самое может сделать любая семья. Прежде чем решиться на что-то, нужно как следует взвесить, что может дать намечаемая мера, каковы могут быть ее реальные плоды, не получите ли вы лишь дополнительные трудности. Так, мы пришли к выводу, что пока не следует строго соблюдать диету нашему младшему сыну. Он еще слишком мал, чтобы понять ее необходимость и наверняка будет тайком есть то, что ему запрещается. Кроме того, нам постоянно пришлось бы вести неприятные дискуссии с ним по поводу еды. Не существует метода, годного для всех. То, что хорошо для одного ребенка, может не подойти другому. Беседы с родителями, имеющими детей с трудностями поведения, участие в группе самопомощи и информация, полученная у специалистов, помогают найти оптимальный для данного случая вид помощи.

Режим дня	Оценка в баллах	Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.	Сб.	Вс.
1. Подготовка к школе – умыться, причесаться, одеться; повесить пижаму и халат на место; – быстро позавтракать, почистить зубы, убрать принадежности для чистки зубов; – взять с собой портфель, одеться без пре-реканий	2							
	2							
	2							
2. В школе – записать домашние задания в дневник; – проверить, все ли вещи, необходимые для выполнения домашних заданий, находятся в портфеле	2							
	3							
3. Приход домой – быть дома не позже, чем через полчаса после уроков; – убрать на место одежду, помыть руки	2							
	2							
4. Обед – до обеда сходить в туалет, помыть руки; – совершенно успокоиться, помолдав пять минут; – есть, хорошо прожевывая; – помочь убрать со стола	1							
	1							
	2							
	1							
5. Домашние задания – приготовить все необходимое для работы, сказать, что задано;	2							

Режим дня	Оценка в баллах	Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.	Сб.	Вс.
– выполнять домашние задания поэтапно, по возможности самостоятельно; – приготовить школьные принадлежности на следующий день 6. Уборка перед ужином – убрать игрушки на свое место; – убрать письменный стол	3							
	2							
	2							
	2							
7. Ужин – помочь накрыть на стол; – помыть руки; – в течение пяти минут помолчать; – есть спокойно, не давясь едой	2							
	1							
	1							
	1							
8. Отход ко сну – раздеться, повесить одежду; – отправиться в ванную комнату без брата; – помыться, почистить зубы, не размазывая зеркало и стены, убрать полотенце и принадлежности для ухода за зубами	2							
	1							
	2							
9. Варианты – один раз в неделю убирать клетку для морской свинки; – три раза в неделю заниматься гимнастикой	2							
	2							

ЛИТЕРАТУРА

П. Альтхерр

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (1991): Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Huber, Bern/Göttingen/Toronto

Eisert, H. G., Eisert, M., Schmidt, M. H. (1982): Stimulantientherapie und kognitive Verhaltensmodifikation bei hyperaktiven Kindern. *Zschr. f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie* 10, 196—215

Grissemann, H. (1986): Hyperaktive Kinder. Huber, Bern/Stuttgart

Kiphard, E. J. (1988): Das Problem der Hyperaktivität aus motopädagogischer Sicht. *Motorik* 11, 2—9

Lou, H. C., Henriksen, L., Bruhn, P. (1984): Focal cerebral hypoperfusion in children with dysphasia and/or attention deficit disorder. *Arch. Neurol.* 41, 825—829

Meichenbaum, D. W. (1979): Kognitive Verhaltensmodifikation. Urban und Schwarzenberg, München/Wien

Rothenberger, A. (1988): Klassifikation und neurobiologischer Hintergrund des HKS. In Franke, U. (Hrsg.): Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie. Springer, Berlin/Heidelberg/New York

Schulz, E., Remschmidt, H. (1990): Die Stimulantien-Therapie des hyperkinetischen Syndroms im Kindes- und Jugendalter. *Zschr. f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie* 18, 157—166

Wender, P. H. (1991): Das hyperaktive Kind. 9. Aufl. Maier, Ravensburg

Zametkin, A. J. et al. (1990): Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *National Institute of Mental Health, Bethesda/Maryland. N. Engl. J. Med.* 323, 1361—1366

Х. Лукерг

Armbruster, B. et al. (1984): Neue Medien und Jugendhilfe. Luchterhand, Neuwied

Bintig, A. (1981): Die deutschen Behindertenstatistiken von 1906 bis 1979. *Rehabilitation* 20. Jg., 147—158

Hafer, H. (1984): Die heimliche Droge—Nahrungsphosphat. Kriminalistik Verlag, Heidelberg

Hartung, K. (1979): Motivierende Bewegungserziehung zur Abwehr von Zivilisationsstörungen. *Praxis der Psychomotorik* 1, 15—19

Hörmann, G. (1984): Frühkindliche Hirnschädigung und Verhaltensstörungen. *Zschr. f. Heilpädagogik* 5, 340—348

Kliwer, M. (1986): Verschwindende Kindheit—Behindertes Kindsein. *Bildung und Erziehung* 2, 183—196

Kohn, S. (1983): Die Bedrohung der Wirklichkeit. *Erziehungskunst VII/VIII*, 459—462

Lempp, R. (1978): Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. 2. Aufl. Huber, Bern

Mander, J. (1979): Schafft das Fernsehen ab—Eine Streitschrift gegen das Leben aus zweiter Hand. Rowohlt, Reinbek

Postman, N. (1983): Das Verschwinden der Kindheit. S. Fischer, Frankfurt/M.

Remschmidt, H., Schmidt, M. (1985): *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Band III.* Thieme, Stuttgart/New York

- Rolff, H.G., Zimmermann, P. (1985/1992): *Kindheit im Wandel—Eine Einführung in die Sozialisation im Kindesalter*. Beltz, Weinheim
- Winn, M. (1979): *Die Droge im Wohnzimmer*. Rowohlt, Reinbek

Д. Маттнер

- Ayres, J. (1984): *Bausteine der kindlichen Entwicklung*. Springer, Berlin
- Bauer, A. (1986): *Minimale cerebrale Dysfunktion und/oder Hyperaktivität im Kindesalter*. Springer, Berlin
- Bleidick, U. (1977): *Pädagogische Theorien der Behinderung und ihre Verknüpfung*. Zschr. f. Heilpädagogik 4, 207—229
- Bollnow, O.F. (1956): *Das Wesen der Stimmungen*. Klostermann, Frankfurt/M.
- Böhme, G. (1985): *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Brusten, M., Hohmeier, J. (Hrsg.) (1975): *Stigmatisierung*. Band 1 u. 2. Luchterhand, Darmstadt
- Conrad, P. (1990): *Die Entdeckung der Hyperkinese. Anmerkungen zur Medizinisierung abweichenden Verhaltens*. In Voß 1990
- Eichlseder, W. (1976): *Hyperkinetisches Syndrom — Merkblatt zur Behandlung mit Psychoanaleptika*. Unveröffentlichtes Manuskript (nach Voß 1989, S.13)
- Eichlseder, W. (1991): *Psychopathologische Hintergründe des hyperkinetischen Syndroms*. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft* 2, 27—39
- Enke, W. (1953): *Ätiologie und Therapie bei Schwererziehbarkeit*. Zeitschrift "Medizinische Klinik"
- Esser, G., Schmidt, M. (1987): *Minimale cerebrale Dysfunktion — Leerformel oder Syndrom?* Enke, Stuttgart
- Gidoni, E.A. (1995): *Fetale Identität*. In Voß 1995
- Göllnitz, G. (1954): *Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie*. Leipzig
- Grissemann, H. (1986): *Hyperaktive Kinder*. Huber, Bern
- Hafer, H. (1986): *Die heimliche Droge—Nahrungsmittelphosphat*. Kriminalistik Verlag, Heidelberg
- Harbauer, H. (1980): *Das hypermotorische Syndrom im Kindesalter*, Dtsch. Med. Wochenschr. 105, 355—357
- Jungmann, J. (1983): *Prä-, peri- und postnatale Risikofaktoren und neurofunktionale Entwicklungsstörungen*. Zschr. Kinder- u. Jugendpsychiatrie 11, 13—27
- Kobi, E.E. (1980): *Heilpädagogik als Dialog*. In Leber, A. (Hrsg.): *Heilpädagogik*. Wiss. Buchgesellschaft, Darmstadt
- Laing, R.D. (1979): *Phänomenologie der Erfahrung*. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Lempp, R. (1970): *Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose*. Huber, Bern
- Lüpke, H.v. (1990): *Der Zappelphilipp. Bemerkungen zum hyperkinetischen Kind*. In Voß 1990
- Maschmeier, G. (1984): *Minimale cerebrale Dysfunktion*. Bundesverband für spastisch Gelähmte, Düsseldorf
- Neuhäuser, G. (1984): *Minimale cerebrale Dysfunktion (MCD) und Bewegungsverhalten*. In Knab, E. (Hrsg.): *Motopädagogik in der Heimerziehung*. Lang, Frankfurt/M.
- Oehler, K.-U. (1990): *Das hyperkinetische Kind im Vorschulalter. Frühförderung interdisziplinär* 9, H.4, 145—152
- Pongratz, L.A. (1989): *Pädagogik im Prozeß der Moderne*. Beltz, Weinheim
- Ruf-Bächtiger, L. (1987): *Das frühkindliche psycho-organische Syndrom*. Thieme, Stuttgart
- Rumpf, H. (1976): *Unterricht und Identität. Perspektiven für ein humanes Lernen*. Juventa, München
- Rumpf, H. (1981): *Die übergangene Sinnlichkeit*. Juventa, München
- Siegenthaler, H. (1983): *Anthropologische Grundlagen der Erziehung Geistig-Schwerstbehinderter*. Haupt, Bern

- Steinhausen, H. Ch. (Hrsg.) (1982): Das konzentrationsgestörte und hyperaktive Kind. Kohlhammer, Stuttgart
- Szasz, T. (1979): Schizophrenie — das heilige Symbol der Psychiatrie. Europa, Wien
- Thimm, W. (1975): Behinderung als Stigma. Überlegungen zu einer Paradigma-Alternative. Sonderpädagogik 4, 149—157
- Voß, R. (Hrsg.) (1990): Pillen für den Störenfried? Absage an eine medikamentöse Behandlung abweichender Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen. 2. Aufl. Ernst Reinhardt, München/Basel
- Voß, R. (Hrsg.) (1995): Das Recht des Kindes auf Eigensinn. Die Paradoxien von Störung und Gesundheit. 2. Aufl. Ernst Reinhardt, München/Basel
- Wender, P.H., Wender, E.H. (1978): Das hyperaktive Kind. Maier, Denkendorf
- Wolff, F. (1978): Kindliche Verhaltensstörungen als sinnvolles Signalverhalten. Zschr. f. Heilpädagogik 3, 147
- Zeitschrift "spielen und lernen" (1984) 4, 29 ff

K. Финчер

- Amirpour, K., Heimann, K. (1992): Hyperkinetisches Syndrom und therapeutische Möglichkeiten. Der Kinderarzt 23, H. 12, 2045—2051
- Barker, R.G., Wright, H.F. (1954): Midwest and its children; the psychological ecology of an American town. Row, Peterson, Evanston/III.
- Barth, K. (1992): Erzieherinnen beurteilen Kinder auf ihre Schulfähigkeit. Kindergarten heute 22, H. 2, 40—50
- Blank, R. (1990): Diätetische Maßnahmen bei hyperaktiven Kindern. Frühförderung interdisziplinär 9, H. 4, 171—177
- Bronfenbrenner, U. (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Conzen, P. (1990): Erik H. Erikson und die Psychoanalyse. Asanger, Heidelberg
- Dehlfing, R. (1992): Leserbrief. Kindergarten heute 22, H. 2, 59—60
- Erikson, E.H. (1950/1989): Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Fischer, K., Wendler, M. (1993): Abenteuer — Ein Weg an den Behinderten vorbei? In Verein zur Förderung bewegungs- und sportorientierter Jugendsozialarbeit (BSJ) (Hrsg.): Abenteuer — Ein Weg zur Jugend? Dokumentation der Fachtagung Marburg vom 9. — 11.9.1992. Afra, Frankfurt/M.
- Flammer, A. (1988): Theorie der psychosozialen Entwicklung nach Erik H. Erikson. In ders.: Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung. Huber, Bern/Stuttgart/Toronto, 91—107
- Gloger, A., Schluckebier, H. (1992): Sexueller Mißbrauch von Kindern in der Familie — Eine Analyse aus motologischer Sicht. Diplom-Arbeit Motologie, Marburg
- Hammer, R., Denzer, M., Twellmeyer, K. (1989): Psychomotorische Entwicklungsförderung in der Heimerziehung. Vortrag auf dem Internationalen Kongreß "Psychomotorik in Therapie und Pädagogik", 1989 in Heidelberg
- Hölter, G. (1987): Als Pädagoge von Therapien lernen. Überlegungen zur Erweiterung des pädagogischen Bezuges im Sportunterricht. Sportpädagogik 11, H. 4, 16—26
- Kiphard, E.J. (1987): Das hyperaktive Kind. Motopädie 3, 11—12
- Kiphard, E.J. (1988): Das Problem der Hyperaktivität aus motopädagogischer Sicht. Motorik 11, H. 1, 2—9
- Lewin, K. (1936): Principals of topological psychology. McGraw-Hill, New York
- Lüpke, H.v. (1990): Der Zappelphilipp. Bemerkungen zum hyperaktiven Kind. In Voß 1990, 57—78
- Lüpke, H.v. (1991): Der Zappelphilipp. Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 14, H. 2, 41—54
- Mahler, M.S., Pine, F., Bergmann, A. (1975/1991): Die psychische Geburt des Menschen. Fischer, Frankfurt/M.

- Neuhäuser, G. (1989): Bemerkungen zur medikamentösen Therapie hyperaktiven Verhaltens im Kindesalter. *Haltung und Bewegung* 11, H. 2, 13—14
- Oehler, K.-U. (1990): Das hyperkinetische Kind im Vorschulalter. *Frühförderung interdisziplinär* 9, H. 4, 145—152
- Oerter, R. (1987): Der ökologische Ansatz. In Oerter, R., Montada, L. (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie*. Psychologische Verlags Union, München/Weinheim 87—126
- Passolt, M. (1989): Handlungsmöglichkeiten. In Irmischer, T., Fischer, K. (Red.): *Psychomotorik in der Entwicklung*. Hofmann, Schorndorf, 61—68
- Paulus, R. (1986): Körpererfahrung und Selbsterfahrung in persönlichkeitspsychologischer Sicht. In Bielefeld, J. (Hrsg.): *Körpererfahrung*. Hogrefe, Göttingen, 87—124
- Piaget, J. (1969): Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Klett, Stuttgart Schmidt, N. (1992): Erziehungsberatung. *Welt des Kindes* 70, H. 4, 16—19
- Schor, B. (1992): Hyperkinese — ein Trauma für Kind und Mitwelt. *Zschr. f. Heilpädagogik* 43, H. 10, 667—675
- Schulz, E. (1990): Der Stellenwert der Pharmakotherapie in der Behandlung des Hyperkinetischen Syndroms des Kindesalters. *Frühförderung interdisziplinär* 9, H. 4, 178—188
- Seewald, J. (1989): Leiblichkeit und symbolische Entwicklung. Implizite Sinnprozesse in systematischer und genetischer Betrachtung. Diss. Philosophie Marburg
- Seewald, J. (1991): Plädoyer für ein erweitertes Bewegungsverständnis. *Praxis der Psychomotorik* 16, H. 1, 30—38
- Stegmann, I. (1991): Identitätsprobleme als eine Ursache des hyperkinetischen Syndroms. *Zschr. f. Heilpädagogik* 42, H. 10, 689—695
- Steinhausen, H. Ch. (Hrsg.) (1982): *Das konzentrationsgestörte und hyperaktive Kind*. Kohlhammer, Stuttgart/Köln/Mainz
- Stolze, H. (1976): *Bewegungserlebnis als Selbsterfahrung*. In Hahn, E., Preising, W. (Red.): *Die menschliche Bewegung*. Hofmann, Schorndorf, 105—113
- Volkamer, M., Zimmer, R. (1986): Kindzentrierte Mototherapie. *Motorik* 9, H. 2, 49—58
- Voß, R. (Hrsg.) (1990): *Pillen für den Störenfried? Absage an eine medikamentöse Behandlung abweichender Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen*. 2. Aufl. Ernst Reinhardt, München/Basel
- Voß, R. (1991): Hyperaktivität: Warum Philipp zappelt. *Psychologie heute* 18, H. 6, 36—42
- Voß, R., Wirtz, R. (1990): *Keine Pillen für den Zappelphilipp. Alternativen im Umgang mit unruhigen Kindern*. Rowohlt, Reinbek
- Warnke, A., Remschmidt, H. (1990): Zur Prognose des Kindes mit Hyperkinetischem Syndrom. *Frühförderung interdisziplinär* 9, H. 4, 153—161
- Weizsäcker, V. v. (1950): *Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*. Thieme, Stuttgart
- Zeitschrift "Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft", Schwerpunkt: Schlimme Kinder. Graz, Heft 2, 1991
- Zimmer, R. (1989): Kindliche Hyperaktivität — Ausdruck von Bewegungsfreude oder Folge einer Entwicklungsstörung. In Brettschneider, W.-D., Baur, J., Bräutigam, M. (Red.): *Bewegungswelt von Kindern und Jugendlichen*. Hofmann, Schorndorf, 95—105

Э. Й. Кипхард

- Altherr, P. (1989): Das hyperkinetische Syndrom des Kindesalters aus kinderpsychiatrischer Sicht. *Haltung und Bewegung* 2, 7—12
- Ayres, A. J. (1974): *Lernstörungen*. Springer, Berlin
- Ayres, A. J. (1984): *Bausteine der kindlichen Entwicklung*. Springer, Berlin
- Douglas, V. (1972): Stop — look — and listen! The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavior Science* 4, 259—281

- Dunkel, U. (1987): Einfluß von Störvariablen auf die Körperkoordination bei hyperaktiven Kindern unter besonderer Berücksichtigung von Nahrungsmittelüberempfindlichkeitsreaktionen. Ex.-Arb. Sport-Dipl., Universität Frankfurt/M.
- Fröhlich, A. D. (Hrsg.) (1963): Wahrnehmungsstörungen und Wahrnehmungstraining bei Körperbehinderten. 3. Aufl. Schindele, Rheinstetten
- Frostig, M. (1974): *Bewegen — Wachsen — Lernen. Bewegungserziehung.* Crüwell, Dortmund
- Frostig, M. (1992): *Bewegungserziehung. Neue Wege der Heilpädagogik.* 5. Aufl. Ernst Reinhardt, München/Basel
- Frostig, M., Maslow, Ph. (1978): *Lernprobleme in der Schule.* Hippokrates, Stuttgart
- Göllnitz, G. (1954): Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie, Leipzig
- Heinze, H. (1932): Das Syndrom der dranghaften Ererthie im Kindesalter. *Zschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie* 141, 469—488
- Hünnekens, H., Kiphard, E. J. (1985): *Bewegung heilt. Psychomotorische Übungsbehandlung bei entwicklungsrückständigen Kindern.* 7. Aufl. Flöttmann, Gütersloh
- Kiphard, E. J. (1988): Das Problem der Hyperaktivität aus motopädagogischer Sicht. *Motorik* 11, H. 1,2—9
- Kiphard, E. J. (1989): *Psychomotorik in Praxis und Theorie.* Flöttmann, Gütersloh, 137 ff, 149, 171, 178
- Kiphard, E. J. (1990): *Mototherapie, Teil II.* 3. Aufl. verlag modernes lernen, Dortmund, 147 ff
- Kiphard, E. J. (1996): *Unser Kind ist ungeschickt.* 4. Aufl. Ernst Reinhardt, München/Basel, 10 ff, 49 ff
- Kiphard, E. J., Huppertz, H. (1987): *Erziehung durch Bewegung. Sportunterricht mit motorisch schwachen und lernbehinderten Kindern.* 7. Aufl. verlag modernes lernen, Dortmund
- Kramer, F., Pollnow, H. (1932): *Monatschr. Psychol.* 82
- Lederer, E. v., Ederer, S. (1934): *Hypermotilitätsneurose im Kindesalter.* *Jahrb. Kinderheilkd.*, Bd. CXLIII, 5, 257—268
- Lederer, E. v., König, J. (1938): *Die Hypermotilität im Kindesalter.* Beihefte z. Arch. f. Kinderheilkd. 16
- Lemke, R. (1953): *Das enthemmte Kind mit choreiformer Symptomatik.* *Psychiatrie, Neurologie u. medizinische Psychologie* 8
- Lou, H. C., Henriksen, L., Bruhn, P. (1984): Focal cerebral hypoperfusion in children with dysphasia and/or attention deficit disorders. *Arch. Neurol.* 41, 825—829
- Meichenbaum, D. W. (1979): *Kognitive Verhaltensmodifikation.* Urban und Schwarzenberg, München/Wien
- Remschmidt, H., Schmidt, M. (Hrsg.) (1986): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer and Sturge.* Huber, Bern
- Sacks, O. (1990): *Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte.* Rowohlt, Reinbek
- Scheid, V. (1989): *Bewegung und Entwicklung im Kleinkindalter.* Hofmann, Schorndorf
- Scheid, V., Prohl, R. (1986): *Die Entwicklung der frühkindlichen Motorik. Ein Gemeinschaftsprojekt.* *Praxis der Psychomotorik* 11, 4
- Specht, F. (1986): *Seelische Entwicklung bei umschriebenen Funktionsschwächen des Zentralnervensystems.* In: Zauner, J., Biermann, G. (Hrsg.): *Klinische Psychosomatik von Kindern und Jugendlichen.* Ernst Reinhardt, München/Basel, 266—278
- Voß, R. (Hrsg.) (1990): *Pillen für den Störenfried. Absage an eine medikamentöse Behandlung abweichender Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen.* 2. Aufl. Ernst Reinhardt, München/Basel
- Ziehen, Th. (1902): *Die Geisteskrankheiten des Kindesalters.* Reuther, Berlin

Ю. Шиндлер

- Brecht, B. (1978): Gesammelte Gedichte, Band 2. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Bronfenbrenner, U. (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Friedrich, S., Friebe, V. (1991): Entspannung für Kinder. Rowohlt, Reinbek
- Glöckler, M. (1988): Das hyperkinetische Kind aus anthroposophischer Sicht. Motopäde, H. IV, 7-12
- Hachmeister, B. (1991): Wider den unreflektierten Gebrauch von Entspannungsmusik in der bewegungstherapeutischen Arbeit. Praxis der Psychomotorik, H. 4, 250—255
- Hölter, G. (1984): "Balancieren ist nicht immer genug!" Motorik, H. 4, 167—171
- Liebisch, R., Dannhauer, G. (1989): Entspannungsverfahren im Sportförderunterricht unter besonderer Berücksichtigung hyperaktiver Kinder. Haltung und Bewegung, H. 2, 29—38
- Loquito Bewegungsbauteile: Manfred Meckel, 57399 Kirchhundern
- Luckert, H. (1988): Hyperaktivität aus soziokultureller Sicht. Motopäde, H. IV, 13—16
- Mattner, D. (1988): Minimale cerebrale Dysfunktion — Abschied von einem bewährten Konzept? Motorik, H. 2, 64—73
- Miedzinski, K. (1991): Die Bewegungsbaustelle. 4. Aufl. Verlag modernes lernen, Dortmund
- Schraag, M., Jansen, W. (Hrsg.) (1991): Geräte und Materialien in der Bewegungserziehung. Hofmann, Schorndorf
- Seewald, J. (1991): Plädoyer für ein erweitertes Bewegungsverständnis. Praxis der Psychomotorik H. 1, 30—38
- Volkamer, M., Zimmer, R. (1986): Kindzentrierte Mototherapie. Motorik, H. 2, 49—58
- Voß, R., Wirtz, R. (1990): Keine Pillen für den Zappelphilipp — Alternativen im Umgang mit unruhigen Kindern. Rowohlt, Reinbek
- Weimann, R. (1989): "Raumfahrt" — ein dem Bewegungsdrang hyperaktiver Kinder angemessener Übungsrahmen. Haltung und Bewegung, H. 2, 26—28
- Zimmer, R., Cicurs, H. (1987): Psychomotorik. Neue Ansätze im Sportförderunterricht und Sondernturnen. Hofmann, Schorndorf

А. Вёльфль, П. Уффельманн

- Dropsy, J. (1982): Lebe in deinem Körper. Kösel, München
- Hegi, F. (1986): Improvisation und Musiktherapie. Junfermann, Paderborn

К. Нойхауз

- Amirpour, K., Heimann, K. (1992): Hyperkinetisches Syndrom und therapeutische Möglichkeiten. Der Kinderarzt 23, H. 12, 2045—2051
- Barkley, A. (1981): Hyperactive children: a handbook for diagnosis and treatment. Guildford Press, New York
- Borries, E. v. (1987): Das hyperaktive Kind in der Schule. Der Kinderarzt, H. 5, 694—698
- Brack, U. (1986): Frühdiagnostik und Frühtherapie. Urban und Schwarzenberg, München
- Calatin, A. (1992): Das Hyperaktive Kind. Kursbuch Eltern-Ratgeber. Heyne, München
- Conners, C. K. (1970): Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic, and normal child. Child Development 41, 667—682
- Conners, K., Kinsbourne, M. (Eds.) (1990): Attention deficit hyperactivity disorder. Medizin Verlag, München

- DMS III-R (1989): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Beltz, Weinheim/Basel
- Douglas, V.I. (1984): Attentional and cognitive problems. In Rutter, M. (Ed.): *Developmental neuropsychology*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 280—329
- , Peters, K.G. (1979): Towards a clearer definition of the attentional deficit of hyperactive children. In Hale, G.A., Lewis, M. (Eds.): *Attention and the development of cognitive skills*. Plenum Press, New York, 173—247
- Egger, J. (1988): Ernährungsbedingte Aspekte der Hyperkinetik. *Forschung und Praxis* 7, Nr. 40
- Eichseder, W. (1986): Unkonzentriert? Hilfen für hyperaktive Kinder und ihre Eltern. Bucher, München
- Eisert, H.G. (1990): Intervention bei hyperaktiv-aggressiven Kindern. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin u. Rehabilitation* 3, H. 9
- Elkind, D. (1990): Total verwirrt — der Teenager in der Krise. Bastei-Lübke, Bergisch-Gladbach
- , (1991): *Das gehetzte Kind*. Kabel, Hamburg
- Elschenbroich, G. (1983): Du machst uns verrückt. Hilfen für unruhige Kinder und ihre Eltern. Herder, Freiburg i. Br.
- Franke, U. (Hrsg.) (1988): *Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie*. Springer, Berlin/Heidelberg/New York
- Garber, S.W., Garber, M.D., Spizman, R.F. (1990): If your child is hyperactive, inattentive, impulsive, distractive... Helping the ADD/Hyperactive Child. Villard Books, New York
- Grissmann, H. (1986): *Hyperaktive Kinder*. Huber, Bern
- Hartmann, J. (1987): *Zappelphilipp — Störenfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie*. Beck, München
- Hoffmann, H. (1847): *Der Struwwelpeter*. Frankfurter Originalausgabe. Loewes o. O.
- Innerhofer, P. (1974): Ein Regelmodell zur Analyse und Intervention in Familie und Schule. Abänderung und Erweiterung des S-R-K Modells. *Zschr. f. klinische Psychologie* 3, 1—29
- (1977): *Das Münchener Trainingsmodell*. Springer, Berlin
- (1978): Eltern als Cotherapeuten. Analyse der Bereitschaft von Müttern bei der Durchführung therapeutischer Programme ihrer Kinder. Springer, Berlin
- , Müller, G. (1974): Elternarbeit in der Verhaltenstherapie. Sonderheft 1 der Mitteilungen der GVT. Gottwald, P., Egetmeyer, A. (Hrsg.). Beltz, Weinheim
- Lahey, B.B., Kazdin, A.E. (Eds.) (1977, 1979, 1980, 1981, 1984): *Advances in Clinical Child Psychology*, Vol. 1—4, 7. Plenum Press, New York
- Lauth, G.W., Rohde, G. (1991): Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern. *Bedingungsanalyse und psychoedukative Therapie. Der Kinderarzt* 22, H. 3, 405—414
- Lou, H.C. (1990): Methylphenidate reversible hypoperfusion of striatal regions in ADHD. In *Connors/Kinsbourne* 1990, 137—148
- McMahon, R.J., Foreland, R. (1980): Self-help-behaviour therapy in parent training. *Advances in Clinical Child Psychology*, Vol. 3, 149—176
- Molnar, A., Lindquist, B. (1990): Verhaltensprobleme in der Schule. Lösungsstrategien für die Praxis. borgman publishing Ltd., Broadstairs (U.K.)
- Nissen, G. (1974): Das hyperkinetische Syndrom im Kindesalter. *Mschr. Kinderheilkunde* 122, 790—793
- Petter, C. (1976): Die geistige Entwicklung des Kindes im Werk von J. Piaget. Huber, Bern
- Piaget, J. (1986): *Das moralische Urteil beim Kind*. dtv (Klett-Cotta), München
- , Inhelder, B. (1975): *Die Entwicklung des räumlichen Denkens beim Kind*. Klett, Stuttgart
- Postman, N. (1983): *Das Verschwinden der Kindheit*. S. Fischer, Frankfurt/M.

Remschmidt, H., Schmidt, M. (Hrsg.) (1977): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer and Sturge. Huber, Bern, 74 ff

Roth, N., Schloth, P., Klepel, H. (1990): Hyperaktive und aufmerksamkeitsgestörte Kinder: Erklärungsansätze, psycho-physiologische Korrelate und Behandlungskonzepte. Psychiatrie, Neurologie u. medizinische Psychologie (zum Druck angenommen)

Rothenberger, A. (1988): Klassifikation und neurobiologischer Hintergrund des hyperkinetischen Syndroms (HKS). In Franke 1988, 5–26

Rusch, R. (1988): Zappelhannes. Anrich, Kevelaer

Steinhausen, H. Ch. (Hrsg.) (1982): Das Konzentrationsgestörte und hyperaktive Kind. Kohlhammer, Stuttgart

Satterfield, J. H. (1990). Beam studies in ADD boys. In Connors/Kinsbourne 1990, 127–136

Tikkanen, M. (1983): Aifos heißt Sofia. Leben mit einem besonderen Kind. Rowohlt, Reinbek

Wagner, I. (1976): Aufmerksamkeitstraining mit impulsiven Kindern. Klett, Stuttgart

Walter, U. (1991): Mein wildes, liebes Teufelchen. Verlag Gesundheit, Berlin

Wender, P. H. (1971): Minimal brain dysfunction in children. Wiley, New York

–, Wender E. H. (1991): Das hyperaktive Kind. Maier, Ravensburg

Whalen, C. K., Henker, B. (1980): Hyperactive children. The social ecology of identification and treatment. Academic Press, New York

Zametkin, A. et al. (1990): Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. N. Engl. J. Med. 323, 1361–1366

Zeitschrift "Frühförderung interdisziplinär" (1990) Jhr. 9, H. 4. Themenschwerpunkt: Hyperaktive und aufmerksamkeitsgestörte Kinder. Ernst Reinhardt, München/Basel

K. Скродики

Ayres, J. (1984): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Springer, Berlin/Heidelberg/New York

Bachmann, P. (1976): Das Hyperkinetische Syndrom im Kindesalter. Huber, Bern

– (1979): Hyperkinetische Kinder. Ursachen der Störung und Behandlungsmöglichkeiten. Diagnostik 2

Baerlocher, K., Jelinek, J. (1991): Ernährung und Verhalten. Thieme, Stuttgart

Bauer, A. (1986): Minimale cerebrale Dysfunktion und/oder Hyperaktivität im Kindesalter. Springer, Berlin

Bradley, Ch. (1937): The behavior of children receiving Benzedrine. Am. J. Psychiatry 94, 577–585

Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung Hyperaktiver Kinder e.V. (1996): Unser Kind ist hyperaktiv! Was nun? Sonderausgabe. Selbstverlag

Bundesverband für spastisch Gelähmte (1992): MCD! Was tun? Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf

Czerny, A. (1917): Das schwererziehbare Kind. Jahrb. Kinderheilkd. u. phys. Erziehung 85, der dritten Folge 35. Band

Dennison, P. E., Hargrove, G. E. (1987): Das Handbuch der EDU-KINESTHETIC. Verlag f. angewandte Kinesiologie, Freiburg i. Br.

Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R (1991). Beltz, Weinheim/Basel

Egger, J. (1991): Das Hyperkinetische Syndrom. Zschr. f. Allergologie 14, H. 7, 263–268

Eichseder, W. (1985a): Unkonzentriert? Hilfen für hyperaktive Kinder und ihre Eltern. Bucher, München

– (1985b): Ten years of experience with 1000 hyperactive children in a private praxis.

Pediatrics 76, No. 2

– (1989): Psychopathologische Hintergründe des Hyperkinetischen Syndroms. (Sonderdruck o. O)

- Feingold, B. F. (1975): Why your child is hyperactive. Random, New York
- Franke, U. (1988): Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie. Springer, Berlin/Heidelberg/New York
- Frostig, M. (1974): Visuelles Wahrnehmungstraining (Anweisungsheft). Crüwell, Dortmund
- Gordon, N., McKinlay, I. (1985): Das ungeschickte Kind. Hippokrates, Stuttgart
- Grissemann, H. (1986): Hyperaktive Kinder. Huber, Bern
- Hafer, H. (1986): Die heimliche Droge — Nahrungsmittelphosphat. Kriminalistik Verlag, Heidelberg
- Hauenstein, Ch. (1975): Beitrag zur Diagnose der frühkindlichen Hirnschädigung. Dissertation Kinderklinik Erlangen
- Heath, Ch. T. (1983): Attention deficit hyperactivity disorder: does it affect adults too? Southern Medical Journal 83, No. 12
- Karch, D., Nützenadel, W., Kienle, X. (1988): Phosphatarme Kost bei hyperaktiven Kindern. Der Kinderarzt 19, H. 10, 1319 — 1324
- Kiphard, E. J. (1991): Das Problem der kindlichen Hyperaktivität. In: Bewegungserziehung nach Marianne Frostig. borgmann publ./verlag modernes lernen, Dortmund, 39 — 71
- Krause, J. (1995): Leben mit hyperaktiven Kindern. Piper, München/Chapman & Hall, Weinheim
- Lotzmann, G. (1992): Psychomotorik in der Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie. G. Fischer, Stuttgart
- Mayr, T. (1987): Hyperaktivität im Vorschulalter. Zschr. f. klin. Psychologie 16, H.
- Nissen, G. (1977): Intelligenz, Lernen, Lernstörungen. Theorie, Praxis und Therapie. Springer, Berlin/Heidelberg/New York
- Olbing, H. (1993): Enuresis und Harninkontinenz bei Kindern. Hans Marseille, München
- Papoušek, H. (1977): Entwicklung der Lernfähigkeit im Säuglingsalter. In Nissen, G.: Intelligenz, Lernen, Lernstörungen. Springer, Berlin/Heidelberg/New York
- Papoušek, M. (1984): Psychobiologische Aspekte des Schreiens im frühen Säuglingsalter. Sozialpädiatrie 6, H. 9
- , Papoušek, H. (1990): Intuitive elterliche Früherziehung in der vorsprachlichen Kommunikation. Sozialpädiatrie 12, H. 7
- Petermann, F., Petermann, U. (1990): Training mit aggressiven Kindern. 4. Aufl. Psychologie Verlags Union, München
- Petermann, U., Petermann, F. (1989): Training mit sozial unsicheren Kindern. 3. Aufl. Psychologie Verlags Union, München
- Prekop, J. (1988): Der kleine Tyrann. Kösel, München
- Ruf-Bächtiger, L. (1991): Das frühkindliche psycho-organische Syndrom. Thieme, Stuttgart
- Scherpf, L. (1881): Zur Aetiologie und Symptomatologie kindlicher Seelenstörungen. Jahrb. Kinderheilkd. u. phys. Erziehung 16, 267 — 323
- Schneider, G. (1991): Das hyperaktive Kind. Belastung und Bewältigung aus der Sicht betroffener Mütter. Diplomarbeit am Institut f. Psychologie d. Universität Erlangen
- Steinhausen, H. Chr. (1988): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Urban u. Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore
- Strunk, P. (1987): Ist phosphatreduzierte Kost eine Hilfe für Kinder mit hyperkinetischem Syndrom? Dtsch. Ärzteblatt 84, H. 14 (2.4.1987)
- Taylor, E. (1986): Das hyperaktive Kind. Hippokrates, Stuttgart
- Weiss, G., Hechtmann, L. T. (1987): Hyperactive children grown up. Guildford Press, New York
- Wender P. H., Wender, E. H. (1987) Das hyperaktive Kind. Maier, Ravensburg
- . Zeitschrift "Frühförderung interdisziplinär" (1990) Jhrg. 9, H. 4. Themenschwerpunkt: Hyperaktive und aufmerksamkeitsgestörte Kinder. Ernst Reinhardt, München/Basel

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ «ГИПЕРАКТИВНОСТЬ И ДВИЖЕНИЕ» (составитель Юрген Шиндлер)

- Bauer, A. (1986): Minimale cerebrale Dysfunktion und/oder Hyperaktivität im Kindesalter. Springer, Berlin/Heidelberg
- Bernau, S. (1995): Hilfen für den Zappelphilipp. Herder, Freiburg i.Br.
- Czwerwnka, K. (1994): Das hyperaktive Kind. Beltz, Weinheim/Basel
- Dannhauer, G. (1989): Hyperaktivität — Erscheinungsbilder, Ursachen und Fördermaßnahmen. Haltung und Bewegung, H. 2, 15—25
- Döpfner, M., Sattel, H. (1991): Verhaltenstherapeutische Interventionen bei hyperkinetischen Störungen im Vorschulalter. Zschr. Kinder- und Jugendpsychiatrie, H. 4, 254—262
- Eichlseder, W. (1991): Psychopathologische Hintergründe des hyperkinetischen Syndroms. Behinderte in Familie, Schule u. Gesellschaft, H. 2, 27—39
- (1992): Unkonzentriert? Hilfen für hyperaktive Kinder und ihre Eltern. Beltz, Weinheim/Berlin
- Frieße, B., Frieße, H.-J. (1990): Müssen Zappelphilipp, Hans-Guck-in-die-Luft und Transuse eine schwierige Schulzeit haben? Bayerische Schule, H. 8, 28—31
- Glöckler, M. (1988): Das hyperkinetische Kind aus anthroposophischer Sicht. Motopäde, H. IV, 7—12
- Goetze, H., Neukäter, H. (1984): Beurteilung und Beratung bei speziellen Auffälligkeiten: Hyperaktivität. Fernuniversität Hagen
- Grissmann, H. (1986): Hyperaktive Kinder. Huber, Bern/Göttingen/Toronto
- Hartmann, J. (1987): Zappelphilipp, Störenfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie. Beck, München
- Kiphard, E.J. (1989): Hyperaktive Kinder- und wie man ihnen helfen kann. Turnen + Sport (Organ d. Dt. Gymnastikbundes), H. 4, 2—9
- (1992): Überaktives Bewegungsverhalten bei Kindern. In: Zimmer, R., Cicurs, H., (Hrsg.): Kinder brauchen Bewegung. Brauchen Kinder Sport? Meyer & Meyer, Aachen
- Lauth, G. W., Rohde, G. (1991): Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern — Bedingungsanalyse und psychoedukative Therapie. Der Kinderarzt, H. 3, 405—414
- Liebisch, R., Dannhauer, G. (1989): Entspannungsverfahren im Sportförderunterricht unter besonderer Berücksichtigung hyperaktiver Kinder. Haltung und Bewegung, H. 2, 29—38
- Luckert, H. (1988): Hyperaktivität aus soziokultureller Sicht. Motopäde, H. IV, 13—16
- Martinus, J. (1988): Die Behandlung des hyperkinetischen Kindes. Der Kinderarzt, H. 3, 358—359
- Mattner, D. (1988) Minimale cerebrale Dysfunktion — Abschied von einem bewährten Konzept? Motorik, H. 2, 64—73
- Neuhäuser, G. (1989): Bemerkungen zur medikamentösen Therapie hyperaktiven Verhaltens im Kindesalter. Haltung und Bewegung, H. 2, 13—14
- Ohlmer-Schreiber, I. (1987): Perzeptions- und Kommunikationsschwierigkeiten bei hyperaktiven Kindern. Der Kinderarzt, H. 5, 656—662
- Passolt, M. (1996): Mototherapeutische Arbeit mit hyperaktiven Kindern. Ernst Reinhardt, München/Basel
- Prekop, J., Schweizer, Chr. (1993): Unruhige Kinder. Ein Ratgeber für beunruhigte Eltern. Kösel, München

- Prohl, R., Seewald, J. (1995): Bewegung verstehen. Hofmann, Schorndorf
- Rabensteiner, H. (1991): Das auffällige Kind in Elternhaus und Schule. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*, H. 2, 19—26
- Rogge, J.-U. (1993): Kinder brauchen Grenzen. Rowohlt, Reinbek
- (1995): Eltern setzen Grenzen. Rowohlt, Reinbek
- Rosival, V. (1992): Hyperaktivität natürlich behandeln. Gräfe & Unzer, München
- Schoch, R. (1987): Essen in Deutschland oder "Ob der Philipp heute still wohl bei Tische sitzen will...". *Motopäde*, H. IV, 19—20
- Simpson, B. J. (1988): Ist das Kind "zuckersüchtig"? *Motopäde*, H. I, 17—19
- Steinhausen, H.-Ch. (Hrsg.) (1982): Das konzentrationsgestörte und hyperaktive Kind. Kohlhammer, Stuttgart
- Voß, R. (Hrsg.) (1990): Pillen für den Störenfried. Absage an eine medikamentöse Behandlung abweichender Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen. 2. Aufl. Ernst Reinhardt, München/Basel
- , Wirtz, R. (1990): Keine Pillen für den Zappelphilipp — Alternativen im Umgang mit unruhigen Kindern. Rowohlt, Reinbek
- Warndorf, P. K., Gastinger, A. (1988): Pharmakotherapie beim hyperkinetischen Kind. *Der Kinderarzt*, H. 3, 354—357
- Weimann, R. (1989): "Raumfahrt" — ein dem Bewegungsdrang hyperaktiver Kinder angemessener Übungsrahmen. *Haltung und Bewegung*, H. 2, 26—28
- Wender, P. H. (1991): Das hyperaktive Kind. Maier, Ravensburg
- Zimmer, K. (1994): Wer sind unsere Kinder? Bertelsmann, München
- Zimmer, R. (1988): Hyperaktive Kinder: bewegungsfreudig oder verhaltensauffällig? *Grundschule*, H. 3, 13—16

Themenhefte in Fachzeitschriften:

- Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft* (1991): Schlimme Kinder. Heft 2. Graz
- Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft* (1993): Kinder im Chaos. 1 % für behinderte Kinder und Jugendliche. Heft 5. Graz
- Frühförderung interdisziplinär (1991): Das hyperkinetische Syndrom. Heft 4. Ernst Reinhardt, München/Basel
- Haltung und Bewegung* (1989): Das hyperaktive Kind im Sportförderunterricht. Heft 2. BAG zur Förderung haltungs- und bewegungsauffälliger Kinder und Jugendlicher e. V., Mainz
- Kinderanalyse (1993): Ansichten eines Zappelphilipps — das hyperkinetische Syndrom und seine psychischen Hintergründe. Heft 2. Klett-Cotta, Stuttgart
- Motopäde* (1987): Das hyperaktive Kind. Heft III und IV. Deutscher Berufsverband der Motopäden/Mototherapeuten e. V., Bissendorf
- Der Naturarzt* (1990): Hyperaktivität. Heft 8. Access Marketing, Königstein

ADPECA

Dr. med. Ursula Walter
Kinderärztin
Straße der Einheit 24d
D-09500 Freiberg

Elterninitiative Iserlohn
Hyperaktive und MCD-Kinder
Frau Margret Hunke
Obere Hüttenwiese 60
D-58644 Iserlohn-Dröschede

Bundesarbeitsgemeinschaft zur Förderung
der Kinder und Jugendlichen
mit Teilleistungsstörungen (MCD/HKS)
Wendelinstr. 64
D-50933 Köln

Institut für Bewegungsbildung
und PsychoMotorik ('I'B'P)
Schleißheimer Str. 22-24, Rgb.
D-80333 München

Selbsthilfezentrum für hyperaktive Kinder
Frau Anne Rönsch
Bayerstr. 77
D-80335 München

Bayerischer Landesverband zur Förderung
von Kindern, Jugendlichen und
jungen Erwachsenen mit
besonderem Förderbedarf
(bei Lernbehinderung, MCD und HKS) e. V.
Kontakt: Herrn Helmut Meier
Tannenweg 30
D-83022 Rosenheim

Verein zur Förderung von Kindern
und Jugendlichen mit Teilleistungsschwächen
(MCD/HKS) e. V.
Kontakt: Frau Irmhild Ramm
Birkenstr. 4
D-88214 Ravensburg

Bundesverband der Elterninitiativen
zur Förderung Hyperaktiver Kinder e. V.
Postfach 60
D-91291 Forchheim

Verein zur Förderung von Kindern mit HKS
und MCD Thüringen e. V.
Harthstr. 7
D-99448 Kranichfeld

АВТОРЫ

Петер Альтхерр, доктор мед. наук, дипломированный врач по детской и подростковой психиатрии и психотерапии, директор пфальцского Института детской и подростковой психиатрии, психосоматики и психотерапии, г. Клингенмюнстер.

Лило Берг, научный редактор при «Зюддойче Цайтунг», Мюнхен. Лауреат премии Немецкого общества психологии в области научной публицистики за 1992 г.

Клаус Фишер, доктор философии, доцент Института спортивной науки и мотологии Филиппс-университета в Марбурге, управляющий редактор журнала «Моторик», г. Марбург.

Эрнст Й. Кипхард, профессор, доктор, дипломированный преподаватель физкультуры, автор многочисленных публикаций и книг по кинезиотерапии и психомоторному развитию, г. Франкфурт н/М.

Харальд Лукерт, дипломированный педагог, государственный диплом мотопедагога, советник Дортмундского Института мотопедии, работает в области содействия раннему развитию, референт по вопросам повышения квалификации Немецкого профессионального союза мотопедии и мототерапии, г. Энзе.

Дитер Маттнер, доктор философии, дипломированный педагог, преподаватель специальной школы, профессор специальной и лечебной педагогики в Дортмундской высшей педагогической школе, с 1992 г. заместитель профессора в Эрфуртской высшей педагогической школе, г. Ной-Изенбург.

Йоганна Мюллер (псевдоним), мать двоих гиперактивных детей, проживает недалеко от Мюнхена.

Кордула Нойхаус, дипломированный лечебный педагог, дипломированный психолог, консультант по вопросам поведенческой терапии и доцент в Институте повышения квалификации клинической поведенческой терапии, Бад Дюркгейм, и в Штутгартском центре поведенческой терапии, свободно практикующий специалист, г. Эслинген.

Михаэль Пассолт, дипломированный мотопедагог, свободно практикующий психомототерапевт, доцент Академии мотопедагогики и мототерапии, директор Института кинезиотерапии и психомоторики (ИБП) в Мюнхене.

Юрген Шиндлер, дипломированный преподаватель физкультуры, мотопедагог и психомототерапевт, уполномоченный по вопросам обучения в спортивном центре Технического университета в Мюнхене, работает с интегративными группами психомоторного развития.

Клаус Скродки, доктор медицинских наук, дипломированный врач-педиатр и специалист по детской кардиологии, Форххайм/Оберфранкен, сопредседатель Федерального союза родительских инициатив по содействию развитию гиперактивных детей, г. Мюнхен.

Петер Уффельманн, клинический мототерапевт, терапевтическое сотрудничество в области психиатрии, свободная практика, уполномоченный по вопросам обучения Фритц-Перлс-Института, Дюссельдорф, руководитель Института кинезиотерапии и содействия развитию личности, г. Мюнхен.

Андреас Вёльфль, музыкальный терапевт в клинике Роттманнсхёе, работает в отделе подростковой психиатрии Хекш-клиники, г. Мюнхен.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
-------------------	---

П.Альтхерр

Гиперкинетический синдром в детском возрасте: диагностика и возможности коррекции	5
--	---

I. О ПРИЧИНАХ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Х.Лукерт

Гиперактивность как «болезнь цивилизации»	15
---	----

Д.Маттнер

Сущность феномена детской гиперактивности	24
---	----

К.Фншер

Гиперактивность в дошкольном возрасте с точки зрения теории развития	34
--	----

II. ПОМОЩЬ ГИПЕРАКТИВНОМУ РЕБЕНКУ СРЕДСТВАМИ КИНЕЗИОТЕРАПИИ

Против чертенка, который сидит в голове (Л.Берг)	45
--	----

Э.Й.Кипхард

Гиперактивность как проблема психомоторного развития	47
--	----

Ю.Шиндлер

«Я просто не могу выключить свой мотор!» Гиперактивные дети в процессе психомоторных игр	65
---	----

М.Пассольт

Некоторые кинезиотерапевтические упражнения для гиперактивных детей. Упражнения с воздушным шариком и мухобойкой	73
---	----

А.Вёльфль, П.Уффельманн

Теоретические основы и практика проведения коррекционного курса для детей с отклонениями в поведении и гиперактивных детей старшего возраста. Упражнения с палкой и барабаном	82
---	----

III. ГИПЕРАКТИВНЫЕ ДЕТИ И ПОДРОСТКИ В СЕМЬЕ, ШКОЛЕ И ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ

К.Нойхаус

Что не так у ребенка-непоседы? Целенаправленное воздействие в семье и школе. Обучение родителей	90
--	----

К.Скродики

Долговременные наблюдения детей с гиперкинетическим синдромом и помощь в решении их повседневных проблем	111
---	-----

Й.Мюллер

У меня двое гиперактивных детей. Опыт матери	133
--	-----

Литература	144
------------------	-----

Список литературы по проблеме «Гиперактивность и движение» (сост. Ю.Шиндлер)	153
---	-----

Адреса	155
--------------	-----

Авторы	156
--------------	-----

Учебное издание

Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития

Под редакцией М. Пассольта

Научный редактор русского текста Н. М. Назарова

Учебное пособие

Редактор У. Г. Макухина

Ответственный редактор *С. А. Шаренкова*

Технический редактор *О. С. Александрова*

Компьютерная верстка: *Н. Н. Лопашова*

Корректоры *В. Н. Рейбекель, Э. Г. Юрга*

Диапозитивы предоставлены издательством

Изд. № А-1045-І. Подписано в печать 28.04.2004. Формат 60×90/16.

Гарнитура «Таймс». Печать офсетная. Бумага тип. № 2. Усл. печ. л. 10,0.

Тираж 5000 экз. Заказ № 13301.

Лицензия ИД № 02025 от 13.06.2000. Издательский центр «Академия».

Санитарно-эпидемиологическое заключение № 77.99.02.953.Д.003903.06.03 от 05.06.2003.

117342, Москва, ул. Бутлерова, 17-Б, к. 328. Тел./факс: (095) 330-1092, 334-8337.

Отпечатано на Саратовском полиграфическом комбинате.

410004, г. Саратов, ул. Чернышевского, 59.



УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
«АКАДЕМИЯ»

ПРЕДЛАГАЕТ ВАШЕМУ ВНИМАНИЮ
СЛЕДУЮЩИЕ КНИГИ:

А. ФИНК

**КОНДУКТИВНАЯ ПЕДАГОГИКА А. ПЕТЁ:
РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-
ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Объем: 136 с.

В книге представлен успешно зарекомендовавший себя лечебно-педагогический метод реабилитации детей с нарушениями движения и множественными нарушениями в развитии, разработанный венгерским врачом и педагогом Андрашем Петё. Автор рассказывает о внедрении этого метода в систему специальной помощи таким детям в Германии, о развитии важнейших функций жизнедеятельности ребенка на основе его собственной активности; подробно излагает особенности кондуктивной педагогики, приводит беседы с родителями, чьи дети достигли значительных успехов в своем развитии, занимаясь с высокопрофессиональными специалистами-кондуктологами.

Книга адресована студентам высших учебных заведений, педагогам, психологам, а также широкому кругу читателей, интересующихся данной проблемой.

М. ШОО

**СПОРТИВНЫЕ И ПОДВИЖНЫЕ ИГРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-
ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Объем: 112 с.

В учебном пособии показаны возможности физического развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата на спортивных занятиях в гетерогенных группах. Представлены подвижные игры, адаптированные для больных детей таким образом, чтобы дети с разными опорно-двигательными нарушениями смогли оптимально участвовать в игре.

Для студентов высших педагогических учебных заведений, обучающихся по специальностям «Дефектология» и «Физическая культура». Может быть полезно учителям физкультуры специальных (коррекционных) учебных учреждений VI вида.