



Санкт-Петербургская академия
постдипломного педагогического образования



Особенности психолого-педагогической поддержки ребенка с СДВГ в семье и школе

Цыганкова Н.И., к.психол.н.,
доцент кафедры педагогики семьи
СПб АППО

2019





Основные термины

«Поддержка», т. е. это служащее опорой кому-либо, чему-либо.

Социальная поддержка – совокупность положительных влияний социального окружения на человека и на его интеграцию в систему социальных отношений.

Педагогическая поддержка - деятельность педагога, направленная на развитие самостоятельности и инициативы ребенка. Профессиональной деятельностью по созданию условий для саморазвития ребенка.

Психологическая поддержка - система социально-психологических, психолого-педагогических способов и методов помощи лицу с целью оптимизации ее психоэмоционального состояния в процессе формирования способностей и самосознания, содействия профессиональному самоопределению, повышению конкурентоспособности.

Краткий словарь по психологии / Авт.-сост. Н.Н. Поддьяков; под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 2011. – 431 с.





Гиперкинетические расстройства (F90)

МКБ-10

- Нарушение активности и внимания
 - Дефицит внимания с гиперактивностью
 - Расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью
 - Синдром дефицита внимания с гиперактивностью
 - Исключено: гиперкинетическое расстройство, связанное с расстройством поведения (F90.1)
-
- **СДВГ** – поведенческое расстройство, характеризующееся триадой симптомов: нарушением внимания, гиперактивностью и импульсивностью.
 - В 80% случаев СДВГ - сопутствующий признак минимальной мозговой дисфункции, однако СДВГ может иметь место и при отсутствии ММД.





Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)

- Согласно DSM-IV Американской ассоциации психиатров выделяют 3 варианта течения СДВГ, обозначающие наиболее частые нарушения поведения у детей в зависимости от преобладающих клинических симптомов:
 - **синдром, сочетающий дефицит внимания и гиперактивность**
 - **синдром дефицита внимания без гиперактивности**
 - **синдром гиперактивности без дефицита внимания**





СДВГ:

особенности симптома

- Проблемы обучения, развития и воспитания детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (далее - СДВГ) связаны с **задержкой в темпах созревания функциональных систем мозга, обеспечивающих регуляцию когнитивных функций и произвольность**, что вызывает значительные трудности в процессе обучения и воспитания. (Заваденко Н.Н., 2002).
- **Вторичные нарушения** (неуверенность в себе, заниженная самооценка, страхи) нередко приводят к проявлениям девиантного и зависимого поведения, что вызывает обоснованное чувство тревоги и беспокойства не только у родителей, психологов, педагогов, но и в обществе в целом.
- **Существующие риски и проблемы развития, обучения и социализации детей с СДВГ усугубляются тем, что ни сам ребенок, ни его семья сегодня не имеют достаточных внутренних ресурсов для совладания с ними и нуждаются в профессиональной компетентной комплексной междисциплинарной поддержке.**



Этиология и патогенез СДВГ

Нейробиологические механизмы

- Задержка созревания ЦНС; замедление биоэлектрической активности мозга, особенно в передних отделах.
- **НА ЭЭГ можно наблюдать дефицит энергетического снабжения.**
- Ребенок сидит с открытыми глазами, выполняет в соответствии с инструкцией определенную деятельность.
- В то же время в электрической активности его мозга абсолютно доминирует альфа-ритм, то есть мозг «спит».
- В таком состоянии качество выполняемой деятельности оказывается исключительно низким. **Таким механизмом организм ребенка компенсирует недостаточность энергоснабжения.**



Этиология и патогенез СДВГ

Нейробиологические механизмы

- **Церебральная астения** обуславливает нарушение внимания, отвлекаемость, психомоторную вялость, либо возбудимость, субъективное ощущение общей слабости и повышенной утомляемости, эмоциональная неустойчивость, метеопатия, снижение памяти, истощаемость умственной деятельности, симптомы вегетативной дисфункции (головные боли, головокружение, потливость, нестабильность АД и др.). (Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова, Н.Н. Заваденко, В.Р. Кучма, И.П. Брызгунов)
- Церебрастенические расстройства, по данным разных авторов, наблюдаются от 36-42% до 55-70% детей с СДВГ.





Этиология и патогенез ММД и СДВГ

Нейробиологические механизмы

- Дополнительным нарушающим фактором часто является **сдвиг баланса между процессами возбуждения и торможения**, приводящий к явному преобладанию одного из них и **затрудняющий осуществление регуляторных функций**.
- Нейроанатомические, гемодинамические, обменные нарушения могут обуславливать **снижение тормозного контроля двигательной активности и приводить к возникновению дисфункции контролирующего поведения**, развитию хронического дезадапционного синдрома.
- Когда деятельность различных подструктур не согласована и не скоординирована, много энергии затрачивается непроизводительно, общая работоспособность мозга снижается.



Этиология и патогенез СДВГ

Теория Р. Баркли

- *Единая теория дефицита внимания и синдрома гиперактивности* —
- преобладающим нарушением при синдроме импульсивного/гиперактивного типа является **недостаточность основных тормозных процессов**: например тех, которые связаны с необходимостью приостанавливать ранее вознаграждавшуюся или господствующую реакцию, а также осуществлять контроль над «интерференцией».
- Интерференция (от лат. inter — между, ferens (ferentis) — несущий) — ухудшение сохранения запоминаемого материала в результате воздействия (наложения) другого материала, с которым оперирует субъект. Согласно французскому психологу М. Фуко (1928), интерферирующее воздействие материала на ответы вызывается внутренним торможением.
(Психологический словарь)





- Лурія методика исследования кратковременной памяти (А.Р. Лурія, 1973).

- Экспериментально-психологическая методика, направленная на исследование влияний побочной (интерферирующей) деятельности на удержание запомнившегося материала.

Изучает

ретроактивную и проактивную интерференцию, возникающие в связи с гомогенной (заучивание другого материала) и гетерогенной (выполнение счетных операций, рисование) деятельностью в интервалах мнестической пробы.



Этиология и патогенез СДВГ

М.И. Лохов, Ю.А. Фесенко, Л.П. Рубина

- В основе этиологии СДВГ лежит нарушение взаимодействия хвостатого ядра и фронтальной коры, вызванное дисбалансом дофамина и норадреналина. Для компенсации этого дисбаланса организм вынужден прибегать к своеобразной стимуляции коры головного мозга через двигательные центры, что и приводит к синдрому гиперактивности.
- Повышенная двигательная активность служит своеобразным защитным механизмом, поддерживающим определенное функциональное взаимодействие между структурами мозга, ответственными за его нормальное развитие.
- Ретикулярная формация способствует обработке поступающей информации и спонтанному поддержанию внимания, координации обучения и памяти.
Нарушения активирующей функции ретикулярной формации, невозможность адекватной обработки информации приводит к тому, что различные зрительные, звуковые, эмоциональные стимулы становятся для ребенка избыточными, вызывая беспокойство, раздражение и агрессивность.



Этиология и патогенез СДВГ

Генетическая концепция.

- По данным исследователей, **вклад генетических факторов в этиологию СДВГ составляет примерно 80%**, в связи с чем ведется поиск генов, которые обеспечивают молекулярную основу наследуемости.
- Генеалогический анализ в семьях обследованных детей показал, что нередко у их родителей или близких родственников в детстве наблюдались те же симптомы, а в школьном возрасте имелись аналогичные нарушения.
- Прослеживается связь между антисоциальным поведением родителей и СДВГ у детей, даже если дети живут отдельно. З. Тржесоглава показала, что у 15% таких детей родители страдали хроническим алкоголизмом.
- J. Biederman et al. выявили связь между гиперактивностью и аффективными нарушениями, алкоголизмом, антисоциальным поведением родителей и родственников первой степени родства.





Этиология и патогенез СДВГ

Роль патологических средовых воздействий

- Важную роль в развитии и течении СДВГ традиционно отводят **социально-психологическим факторам**, таким как **воспитание и психологический климат в семье, бедность, криминальное окружение, психические расстройства у родителей, воспитание в детских учреждениях и др.**
- Отмечено и обратное: в семьях, где воспитываются дети с СДВГ, **ухудшается психологический климат, чаще возникают конфликты**, что, в свою очередь, **влияет на ребенка.**



Анкета для педагогов (на основе диагностических критериев МКБ-10)

- Если в течение 6 месяцев и более обучающийся проявляет не менее 6 из перечисленных симптомов (по первой и второй части анкеты), проблемы, обусловленные перечисленными симптомами, возникают в двух и более видах окружающей обстановки (например, в школе и дома), и это вызывает значительный психологический дискомфорт, ведет к нарушению социальной адаптации, отнесите этого ученика в «группу риска СДВГ».



Часть 1

- Не может сосредоточиться, делает много ошибок из-за невнимательности.
- Трудно удерживает внимание при выполнении заданий или во время игр.
- Легко отвлекается на посторонние стимулы.
- Не может до конца решить поставленную задачу.
- Слушает, но, кажется, что не слышит.
- Избегает выполнения задач, требующих постоянного внимания.
- Плохо организован.
- Часто теряет личные вещи, необходимые в школе и дома (карандаши и пр.).
- Забывчив.



Часть 2

- Суетлив.
- Не способен усидеть на одном месте.
- Много, но нецеленаправленно двигается (бегает, крутится, ...).
- Не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.
- Всегда нацелен на движение, ведет себя как «perpetuum mobile».
- Болтлив.
- Часто начинает отвечать, не подумав и даже не дослушав вопрос.
- С трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.
- В разговоре часто прерывает окружающих, мешает, пристает.





Распространенность СДВГ

Современные эпидемиологические исследования

- **Распространенность СДВГ в детской популяции составляет от 2% до 12% (в среднем 3-7%).**
- **СДВГ значительно чаще встречается в среде мальчиков (в среднем в соотношении от 3:1 до 16:1).**
- **Для девочек более типичны нарушения внимания, чем гиперактивность и импульсивность.**
- **Среди мальчиков с СДВГ чаще, чем у девочек, встречаются коморбидные (сопутствующие) нарушения поведения и аффективные расстройства.**
- **Высокая частота симптомов заболевания у мальчиков может быть обусловлена более высокой уязвимостью плода мужского пола по отношению к патогенетическим воздействиям во время беременности и родов.**
- **У девочек большие полушария ГМ менее специализированы, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных функций при поражении ЦНС по сравнению с мальчиками.**



Симптомы СДВГ

- Чаще всего страдают дети в возрасте от 3 до 15 лет, но наиболее часто заболевание проявляет себя в дошкольном и младшем школьном возрасте.
- Пик проявления синдрома гиперактивности приходится на возраст 6–7 лет, а к 14–15 годам гиперактивность постепенно уменьшается. Однако не так уж редко симптоматика сохраняется у подростков и даже взрослых (распространенность СДВГ во взрослой популяции колеблется в диапазоне 1–6%)
- Нарастание симптомов СДВГ с началом посещения детского сада (в возрасте 3 лет) или школы (6–7 лет) может быть связано с неспособностью нервной системы справляться с новыми требованиями, предъявляемыми ребенку в условиях увеличения психических и физических нагрузок.
- Симптомы сохраняются на протяжении как минимум 6 месяцев и имеют такую степень выраженности, которая свидетельствует о слабой адаптации ребенка.
- Недостаточная адаптация проявляется в разных ситуациях и видах окружающей обстановки.



Симптомы СДВГ

- По данным исследователей, большинство детей с данной дисфункцией имеют хороший уровень интеллектуального развития.
- **Задержка в темпах развития функциональных систем мозга, обеспечивающих речь, внимание, память, восприятие и другие виды высшей психической деятельности.**
- Вследствие очагового поражения, недоразвития или дисфункции тех или иных отделов коры больших полушарий мозга у **25% детей с СДВГ (преимущественно мальчики) проявляются нарушения формирования навыков письма (дисграфия), чтения (дислексия), счета (дискалькулия), которые часто наблюдаются не в изолированном, чистом виде, а сочетаются между собой. [Н.Н. Заваденко].**



- **Характерная черта** умственной деятельности гиперактивных детей – **цикличность**, мозг продуктивно работает 5–15 минут, а затем 3–7 минут накапливает энергию для следующего цикла.
- Дети нуждаются во внешней активации, однако в группе при излишней «активации» – перевозбуждаются и теряют работоспособность.
- Формирование психических функциональных систем осуществляется специфическим образом, не характерным для соответствующего возрастного периода и базируется нередко на стихийном включении компенсаторных механизмов.





Коморбидные состояния при СДВГ

- В 44% – 87% случаев СДВГ сочетается хотя бы с одним сопутствующим расстройством:
 - оппозиционно-вызывающим расстройством, которое характеризуется агрессивностью и склонностью нарочно задирать других, вызывающим, негативистским поведением,
 - асоциальным расстройством поведения,
 - депрессивными состояниями,
 - тревожными расстройствами.
-
- Часто встречается при СДВГ синдром вегетативной дистонии.
 - Более чем у 1/4 таких детей отмечаются повышенная потливость, акроцианоз, лабильный пульс. Особенно выражены эти нарушения в пре- и пубертатном периодах
 - Наиболее часто выделяется: головные боли – 5%, тики – 40%, дислексии – 21%, нарушения сна – 18 %, расстройства поведения – 26 %, тревожные расстройства – 53%, заикание – 11%. (Л.С. Чутко)



Коморбидные состояния при СДВГ

Динамика частоты встречаемости СДВГ и неврозов среди детей разных лет обучения в школе

- Если частота встречаемости СДВГ последовательно уменьшается с 18,2% у первоклассников и 17,5% второклассников до 13,9% у детей на 3–4-м году обучения, то распространенность неврозов и невротических реакций, наоборот, характеризуется постепенным возрастанием с 7,1% на 1-м году обучения до 9,2% на 3–4-м году.

На фоне невроза, если он развивается, процесс нормализации работы мозга приостанавливается, может происходить явное нарастание дезорганизации и ухудшение состояния.

- По данным медицинских исследований примерно половина детей с СДВГ страдает от различных тревожных состояний, которые могут быть обусловлены неуверенностью и сомнениями в своих силах, неумением эффективно строить отношения с другими людьми, особенно со сверстниками, из-за постоянного неуспеха в учебе или в других видах деятельности. (Е.В. Шарапановская)





Особенности поведения СДВГ

- Дети с СДВГ гораздо хуже адаптируются в новой обстановке и более подвержены воздействию негативных стресс-факторов, увеличивающих тревожный фон настроения ребенка. Последовательность (сукцессивность) /одновременность (симультианность) восприятия.
- Гиперактивный ребенок может не понимать, что приятно другому человеку, а что неприятно и быть безразличным к переживаниям других людей.
- В попытке привлечь к себе внимание ребёнок совершает непредсказуемые поступки, учащаются случаи показного баловства, проявляется импульсивная, двигательная и вербальная активность, он действует как бы бездумно, переходит от одного занятия к другому, болтает, не подумав («речь опережает мысль»).
- Ряд авторов считает, что «бездумность» расторможенных детей с СДВГ представляется как компенсаторный феномен по отношению к их неспособности концентрировать внимание, т.е. произвольно выделять из полевого потока информации ту ее часть, которая подлежит осознанию.



Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)

- В совладании со стрессом дети опираются на присущие им индивидуально-психологические особенности, которые можно рассматривать как своеобразные «психологические орудия» защиты (И.М. Никольская)
- Повышенная двигательная активность, расторможенность, «бездумность» детей с СДВГ носят защитный характер, выступают как важный инструмент снижения тревоги и напряжения.
- Методика «Исследование копинг-стратегий школьного возраста» И.М. Никольская



Используемые стратегии совладающего поведения	Группа СДВГ	Группа риска	Контрольная группа
Делаю что-то подобное	63 %	35 %	9 %
Гуляю вокруг дома или по улице	71 %	73 %	36 %
Рисую, пишу или читаю что-нибудь	82 %	90 %	33 %
Ем или пью	71 %	80 %	36 %
Борюсь или дерусь с кем-нибудь	50 %	23%	9 %
Бью, ломаю, швыряю вещи	32 %	5%	21 %
Дразню кого-нибудь	32 %	8 %	6 %
Играю во что-нибудь	82 %	83 %	36 %
Бегаю или хожу пешком	63 %	80 %	24 %
Сплю	61 %	80 %	27 %
Говорю с кем-нибудь	58 %	73 %	42 %
Стараюсь забыть	82 %	58 %	49 %
Гуляю, бегаю, катаюсь на велосипеде	66 %	65 %	27 %
Смотрю телевизор, слушаю музыку	68%	90 %	55 %



Первичный симптомокомплекс СДВГ

Можно ожидать следующие особенности по сравнению с возрастной нормой:

- 1. Быстрая утомляемость и сниженная работоспособность** (при этом общее физическое утомление может полностью отсутствовать).
- 2. Снижены возможности самоуправления и произвольности** в любых видах деятельности.
- 3. Выраженные нарушения в деятельности ребенка** (в том числе, и умственной) при эмоциональной активации.
- 4. Значительные сложности в формировании произвольного внимания:** неустойчивость, отвлекаемость, трудности концентрации, слабое распределение, проблемы с переключением в зависимости от преобладания лабильности или ригидности.
- 5. Снижение объема оперативных памяти, внимания, мышления** (ребенок может удержать в уме и оперировать довольно ограниченным объемом информации).
- 6. Трудности перехода информации из кратковременной памяти в долговременную** (проблема упрочения временных связей).



- Первичные поведенческие нарушения, делающие ребенка неприспособленным к выполнению общепринятых стандартов и социальных требований, служат источником непонимания и недовольства со стороны окружающих взрослых.
- Частые конфликты еще более ухудшают поведение за счет вторичных адаптационных реакций протеста, отказа, оппозиции, гиперкомпенсации. Ю.А. Шевченко видит проблему в том, не имея успехов в учебе, **получая бесконечные выговоры и замечания за свое поведение, эти дети начинают считать самих себя никчемными и неисправимыми, у них либо опускаются руки, либо они трансформируются в психопатическую личность.**



Гиперактивность и мотивационная структура личности

- **Возбудимость и реактивность** детей с СДВГ прямо коррелируют с выраженностью **учебных мотивов игрового и взрослости**, более **низкая личностная напряженность**— с большим числом **используемых и помогающих копинг-стратегий**.
- Отношение к другу как к эмоционально значимой фигуре у ребенка с СДВГ прямо взаимосвязано с гипопротекцией со стороны матери, неразвитостью ее родительских чувств, чрезмерностью запретов и санкций, проекцией на ребенка нежелаемых качеств.
- Отношение к учителю как к эмоционально значимой фигуре прямо взаимосвязано с недостаточным удовлетворением матерью потребностей ребенка с СДВГ и обратно — с ее воспитательной неуверенностью.
- Чем больше значима фигура учителя для ребенка с СДВГ, тем меньше у него выражены конфликтность, активно-агрессивная реакция на фрустрацию и тем больше — любознательность.



- Психологические проблемы детей с СДВГ связаны с задержкой в темпах созревания функциональных систем мозга, обеспечивающих регуляцию когнитивных функций и произвольность.
- Вторичные расстройства (неуверенность в себе, заниженная самооценка, страхи) нередко приводят к проявлениям оппозиционного и даже агрессивного поведения, ухудшая межличностные отношения и школьную адаптацию.
- Гипопротекция матерей может усугублять данные поведенческие расстройства детей с СДВГ .



Лечение и коррекция СДВГ

- Все исследователи отмечают, что лечение СДВГ носит комплексный, многофакторный характер и не может сводиться к сугубо фармакологическим или психотерапевтическим мероприятиям.
- Лечение должно быть своевременным, включать по показаниям медикаментозную терапию, коррекцию плана школьного обучения, педагогические, коррекционные и психотерапевтические занятия, поведенческую терапию и работу с семьей в целом.



- Одним из методов немедикаментозного лечения СДВГ является терапия, основанная на принципе биологической обратной связи (БОС), которая используется с тех пор как Lubar J. и Shous M.N. (1976) впервые предложили модификацию сенсомоторного бета 1-ритма в рамках нейротерапии СДВГ.
- К достоинствам использования данного метода относится активное участие самого ребенка.
- **СДВГ не является препятствием к обучению в общеобразовательной школе, но обучение должно осуществляться «в обход» основного первичного дефекта, делая акцент на развитии речи и мышления, а не памяти и внимания (Корнев А.Н., Ясюкова Л.А., 1997 г.) .**



Семья ребенка с СДВГ

- Любое хроническое заболевание является стрессовым событием и для больного, и для членов его семьи.
- Состояние здоровья больного ребенка в значительной степени зависит от способности родителей справляться с таким стрессом, особенности совладающего поведения родителей, влияют на физическое и психическое благополучие ребенка, имеющего те или иные особенности развития.
- Ситуация хронического заболевания является трудной не только для больного ребенка, но также для членов его семьи и, прежде всего, матери.



Матери детей с СДВГ: стратегии воспитания

- Для матерей детей с СДВГ характерно предъявление детям меньшего числа требований и отсутствие четкой системы запретов и наказаний, желание видеть своего ребенка более взрослым.
- Они не склонны чрезмерно удовлетворять потребности ребенка, чаще проецируют на него собственные нежелаемые качества.
- Вынесение матерью супружеского конфликта в сферу воспитания взаимосвязано: с большей выраженностью у ребенка конфликтности и активно-агрессивной реакции на фрустрацию, его меньшей любознательностью, меньшей значимостью отношения к родителям как родительской чете.

(Цыганкова Н.И., Никольская И.М., 2012)





Матери детей с СДВГ: стратегии воспитания

- Наличие у ребенка СДВГ определяет:
 - гипопротекцию** матери: ребенок находится на периферии ее внимания, ей «не до него» и она обращается к ребенку лишь время от времени, когда случается что-то серьезное.
 - значимость отношений с учителем и другом; чем более значима фигура учителя, тем меньше у ребенка выражены конфликтность, активно-агрессивная реакция на фрустрацию и тем больше – любознательность.**
 - При построении программы психологической коррекции личности и межличностных отношений детей с СДВГ **учитель должен рассматриваться как ресурсная фигура.**
- (Цыганкова Н.И., Никольская И.М., 2012)
- Возрастают требования к профессиональной компетентности педагога.





Установление делового контакта с родителями, мотивация на сотрудничество с педагогами и специалистами

- Как правило, родители и другие члены семьи ребенка до визита к специалисту не осведомлены о том, что **СДВГ – поведенческое расстройство, требующее лечения, а особенное поведение ребенка не является следствием неправильного воспитания.**
- Специалисту приходится убеждать родителей, что ни ребенок, ни они сами не виноваты в сложившейся ситуации.
- Поскольку СДВГ характеризуется длительным течением, родители должны быть знакомы с принципами воспитания таких детей и владеть техниками, изменяющими поведение ребенка.
- Родителей обучают приемам воспитания и коррекции поведения индивидуально или в группах.
- **Все существующие методы работы с семьями детей с СДВГ объединены одной целью – ориентировать родителей на эффективное сотрудничество с ребенком и сформировать у них необходимые для этого навыки взаимодействия.**



Направления педагогической поддержки родителей детей с СДВГ:

- Информирование
- Просвещение
- Обучение

Цель:

- Эмоциональная поддержка
- Повышение воспитательной компетентности
- Формирование психолого-педагогической компетентности
- Повышение социальной активности, правовой грамотности

Формы педагогической поддержки:

Индивидуальное, групповое, семейное консультирование, психолого-педагогическая диагностика.

Все формы взаимодействия с родителями в соответствии с ФГОС ДОО



Рекомендации родителям

- Как правило, родители и другие члены семьи ребенка до визита к специалисту не осведомлены о том, что СДВГ – поведенческое расстройство, требующее лечения, а аномальное поведение ребенка не является следствием неправильного воспитания.
- Специалисту приходится убеждать родителей, что ни ребенок, ни они сами не виноваты в сложившейся ситуации.
- Поскольку СДВГ характеризуется длительным течением, родители должны быть знакомы с принципами воспитания таких детей и владеть техниками, изменяющими поведение ребенка.
- Родителей обучают приемам воспитания и коррекции поведения индивидуально или в группах.
- Все существующие методы работы с семьями детей объединены одной целью – сориентировать родителей на эффективное сотрудничество с ребенком и сформировать у них необходимые для этого навыки взаимодействия.





Рекомендации родителям по гармонизации отношений с ребенком

- Единство подхода к ребенку со стороны всех членов семьи.
- Эмоциональный контакт. Больше доверия к возможностям детей, которые должны чувствовать, что их любят и принимают, они не виноваты. Избегать упреков, насмешек, не стыдить, иначе возникает чувство неполноценности, которое проявляется по-разному: одни становятся застенчивыми, робкими, боязливыми, нерешительными, другие - озлобленными, раздражительными, агрессивными. Вредны нравоучения, назидательные беседы, жалобы на ребенка.
- В случае плохого физического состояния, когда ребенок возбужден, двигательно беспокоен, плаксив, обидчив, драчлив, необходимо проанализировать ситуацию и своевременно направлять на медицинское обследование, определить оздоровительные меры.
- К ночи стараться создать благоприятную обстановку. Спокойно говорить, чтение перед сном. Иначе наступает перевозбуждение, бессонница, ребенок не отдыхает.





Рекомендации родителям по гармонизации отношений с ребенком

- Создать дома спокойную, удобную обстановку. Помочь ребенку в организации его рабочего места (детского уголка).
- Создание алгоритма деятельности.
- Необходимо отследить возможные периоды « отключения» .
- Управлять поведением детей, которые не замечают свой недостаток. Находиться поблизости от ребенка, оказывать своевременную помощь.
- Отмечать каждый, даже незначительный, успех похвалой, поощрением.
- Избегать попыток стимулировать ребенка, сравнивая его с братом и сестрой, которым что- либо удастся лучше. Это закрепляет у него низкую самооценку и подавляет активность.
- Главное - отдых, здоровый образ жизни, лечебно- укрепляющий массаж.
- Физическая активность: бассейн, турпоходы.





Рекомендации педагогам

- Строить работу с детьми, опираясь на положительные качества личности.
- Особые образовательные потребности, комплексный междисциплинарный подход, создание условий, обеспечивающих необходимые для ребенка возможности для умственного, духовного, социального развития.
- Принятие, внимательное отношение к детям, готовность оказать помощь, спокойный тон, поощрение малейших успехов. Доброжелательное отношение к ребенку необходимо сочетать с последовательностью требований.
- Ребенку необходимо знать, что у него получается хорошо, а чему он должен еще научиться.
- Зная особенности детей с СДВГ необходимо обеспечить им «мягкое», постепенное включение в учебу. Лучше, если ребенок пойдет в школу с 8 лет, но не в коем случае не в 6.
- Интенсивные занятия могут приводить к ухудшению соматического состояния детей, замедлять процесс физиологической нормализации работы мозга, усиливать его дезорганизацию. При сохраняющейся дезорганизации работы мозга обучение продвигается исключительно медленно или оказывается вообще невозможным.



Рекомендации педагогам

- Необходима работа по компенсации нарушения внимания, т. к., от его состояния зависит результативность всех психических процессов (памяти, речи, мышления).
- Повышать устойчивость внимания - через укрепление физического здоровья, снятие эмоционального напряжения, организацию деятельности (исключить отвлекающие моменты), формирование мотивации деятельности (интерес ребенка). Формирование внимания как свойства личности.
- Переключаемость внимания активизируется в игровой деятельности.
- Концентрации внимания, расширению его объема способствует подача материала в интересной форме (активизируется непроизвольное внимание, положительным моментом является своеобразный «отдых» нервной системы), развитие восприятия.
- Увеличение объема внимания влечет за собой некоторое увеличение объема кратковременной памяти.





Рекомендации педагогам

- Распределению внимания способствует снятие утомления (использование физкультминуток, элементов психогимнастики, арт-терапии, цвето - музыка - терапии).
- Важным фактором является активность самого ребенка. Главное условие эффективности деятельности является личная заинтересованность. Поэтому важно развитие целеполагания и мотивации.
- Для стремления к достижению поставленной цели необходимо волевое усилие. Формирование которого возможно через игру, в которой оправдано применение приемов поведенческой терапии (стимул как источник поведенческой активности).
- Кроме того игра способствует произвольной регуляции действий (конструктивные, предметные), саморегуляции поступков (коллективные), развитию интереса, мотивации (инструментальные), специальных способностей , чувства компетентности (творческие).





Рекомендации педагогам

- Требования к деятельности, развивающей способности: творческий характер (заставляют думать, открывать в себе новые способности), оптимальный уровень трудности (работа в зоне ближайшего развития стимулирует превращению цели в актуальные потребности, являющиеся источником энергии и волевых действий), положительная мотивация и эмоциональный настрой (организация успехов и неудач в деятельности в зависимости от мотива: достижения успеха или избегания неудач).





Основные понятия

- *Дефицитарные функции, дефицитарное развитие.*
В.В. Лебединский (1985)
- Сложные взаимоотношения между первичным и вторичным дефектами.
- Компенсация при дефицитарном развитии осуществляется в условиях адекватного воспитания и обучения. Особую значимость в возникновении нарушений развития имеют социальные факторы.
- *«Зона ближайшего развития»* - под ней Л.С. Выготский имел в виду расхождение между уровнем заданий, которые ребенок может решить самостоятельно и под руководством взрослого. Обучение, создавая эту «зону», стимулирует развитие.
- Зона ближайшего действия — это разница между уровнем актуального развития и возможного развития ребенка благодаря содействию взрослых.



Направления компенсации дефицитарных функций детей с СДВГ «в обход первичных нарушений» (по Лебединскому)



ПОЗНАВАТЕЛЬНАЯ И МОТИВАЦИОННАЯ СФЕРЫ

- Познавательные процессы
- Познавательная активность
- Учебная мотивация
- Произвольность основных познавательных процессов

ЭМОЦИОНАЛЬНО- ВОЛЕВАЯ И ЛИЧНОСТНАЯ СФЕРЫ

- Осознание эмоций
- Эмпатия
- Контроль над гневом
- Саморегуляция
- Самоорганизация
- Волевые усилия
- Самопринятие

СОЦИАЛЬНО- КОММУНИКАТИВНАЯ И ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ СФЕРЫ

- Коммуникативные навыки
- Социальные навыки
- Рефлексия
- Умение разрешать конфликты
- Адаптивные поведенческие навыки
- Противостояние групповому давлению



- **Возрастная группа 1 класс** – создание педагогических условий для компенсации недостаточно сформированных когнитивных и эмоционально-волевых показателей, гармонизации отношений в диаде родители - дети.
- **Возрастная группа 2-3 класс** – создание педагогических условий для совершенствования мотивационной и поведенческой сферы, компенсации недостаточно сформированных когнитивных и эмоционально-волевых показателей, гармонизации отношений в диаде родители - дети.
- **Возрастная группа 4-5 класс** – создание педагогических условий для совершенствования мотивационной сферы, компенсации недостаточно сформированных когнитивных и эмоционально-волевых показателей, коррекция поведенческих проявлений, гармонизации отношений в диаде родители - дети.
- **Возрастная группа 6-7 класс** – создание педагогических условий для совершенствования мотивационно-личностной сферы, недостаточно сформированных эмоционально-волевых показателей, коррекции поведенческих проявлений, гармонизации отношений в диаде родители - дети.



Поведенческие проявления детей старшего дошкольного возраста с СДВГ



ПМОФ 2019

Петербургский
международный
образовательный
форум

- Недостаток доверия к новым людям, вещам, ситуациям (25%),
- Ослабленность, астения (27%)
- **Тревожность по отношению к взрослым (27%)**
- Враждебность по отношению к взрослым (25%)
- Тревожность по отношению к детям (24 %)
- Неугомонность (21%)
- Эмоциональное напряжение (25%)

(Цыганкова Н.И., Виноградова А.Д., 2007)





Факторный анализ психического развития ребенка старшего дошкольного возраста с СДВГ

Психологические трудности в общении

Данный фактор генерализован и напряжен симптомами СДВГ: двигательный темп, неугомонность, утомляемость.

Отражает возможные конфликты и враждебность, стойкие трудности выработки адекватных новым условиям форм поведения.

Психологические трудности в обучении

Выделенный фактор свидетельствует о том, что основные причины трудностей в обучении СДВГ не столько в недостатке интеллектуальных способностей, сколько в слабости произвольной регуляции, низкой работоспособности, неустойчивости деятельности.

Отражает возможное снижение умственной активности детей под влиянием симптомов СДВГ: невротические симптомы, неугомонность, устойчивость скорости.



В зависимости от типа СДВГ подход к детям будет различным (по Л.А. Ясюковой)

Субнормальный тип

- Работают в медленном темпе.
- При увеличении скорости увеличивается количество ошибок.
- Не тренировать внимание.
- Развивать восприятие, речь, мышление.
- Избегать ситуаций, способствующих возникновению нервно - психического напряжения, которое приводит к невротизации и психосоматическим заболеваниям.
- Необходимы психо-эмоциональная разгрузка, лечебно-укрепляющий массаж.





В зависимости от типа СДВГ подход к детям будет различным (по Л.А. Ясюковой)

Субнормальный тип:

- *Вика* - компенсация нарушения внимания и развитие слухосмысловой памяти за счет подачи материала в интересной форме, небольшими блоками, снижения темпа проговаривания, формирования учебной мотивации, создание ситуации «успеха». Использование игр на развитие произвольности и волевого усилия.
- *Роза, Катя Г.*, - компенсация нарушения внимания и развитие слухосмысловой памяти и способности к умозаключениям, опираясь на способность к саморегуляции и волевое усилие. Подача материала в интересной, создание ситуации «успеха», развитие речи, формирование понятий и представлений. Ролевые игры (обучение ориентировки в различных ситуациях). Аутотренинг.
- *Аня* - компенсация нарушения внимания и развитие фонематического слуха за счет подачи материала в интересной форме, небольшими блоками, снижения темпа проговаривания, формирования учебной мотивации, создание ситуации «успеха». Использование игр на развитие произвольности и волевого усилия.



В зависимости от типа СДВГ подход к детям будет различным (по Л.А. Ясюковой)

- **Ригидный тип**

Долго формируют свои действия.

Отвечая, могут молчать до 1 минуты. Не повторять вопрос.

Ждать ответа.

Не ставить в ситуацию, когда надо делать быстро, с места.

Говорить и делать вместе с ребенком.

- Ригидный тип:

- *Надя* - компенсация нарушения внимания за счет развития логического мышления. Игротерапия, аутотренинг. Опора на высокую учебную мотивацию и способность к саморегуляции.





В зависимости от типа ММД подход к детям будет различным (по Л.А. Ясюковой)

Активный тип

- Не доводят дело до конца, однако тренировать волевое усилие бесполезно, так же как отдавать в спортивные секции и кружки. Формировать положительную мотивацию за счет создание «ситуации успеха».

Активный тип

- Индивидуальная работа с психологом
- Индивидуальный подход педагога
- Консультирование родителей, обучение родителей, тренинг для родителей





В зависимости от типа ММД подход к детям будет различным (по Л.А. Ясюковой)

Астеничный тип

- Не отдавать в спортивные секции и кружки. Дать возможность отдыха нервной системе.

Астаничный тип:

- *Катя Д., Настя* - необходима углубленная диагностика, определение зоны актуального развития и компенсаторных возможностей.





В зависимости от типа ММД подход к детям будет различным (по Л.А. Ясюковой)

Реактивный тип

- Ответная реакция несоизмерима с ситуацией. Не выполняют обещаний. Хотят и не могут. Не требовать с ребенка того, что он выполнить не может. Лучше сажать в классе по одиночке. Предпочтительна индивидуальная работа. Использовать темп работы с переключением. В игре применять приемы поведенческой терапии.

Реактивный тип:

- *Женя, Дима* - компенсация нарушения внимания и развитие способности к саморегуляции, волевому усилию за счет подачи материала в интересной форме, формирование учебной мотивации, создание ситуации «успеха». Компенсация гиперактивности путем использование игр на развитие произвольности и волевого усилия.



Комплексная модель обеспечения условий образовательного процесса для детей с СДВГ



Внешние условия:

социокультурная среда школы,
интеграция педагогического,
психологического и медицинского
подходов,
социального партнерства с
родителями,
объединение ресурсов

СПЕЦИФИКА
УЧЕБНО-
МАТЕРИАЛЬНЫХ
УСЛОВИЙ

СПЕЦИФИКА
МОРАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕСК
ИХ
УСЛОВИЙ

СПЕЦИФИКА
ШКОЛЬНО-
ГИГИЕНИЧЕСКИХ
УСЛОВИЙ

СПЕЦИФИКА
ЭСТЕТИЧЕСКИХ
УСЛОВИЙ

Результат:

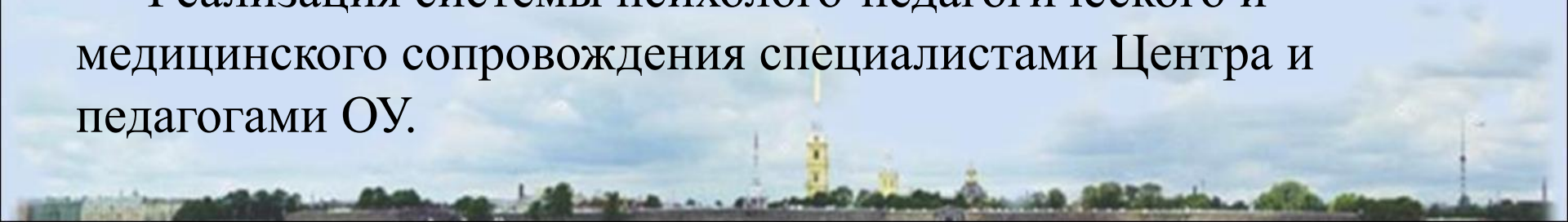
обеспечение академических прав
обучающихся с СДВГ на предоставление
условий для обучения с учетом особенностей
их психофизического развития и состояния
здоровья



Содержание деятельности в рамках реализации Модели в ОУ в сотрудничестве с ГБУ ДО ЦППМСП



- Организация и проведение диагностики уровня сформированности дефицитарных функций, эмоционально-волевых, личностных, поведенческих особенностей и межличностных отношений обучающихся с СДВГ.
- Создание технологии разработки и реализации индивидуального образовательного маршрута (ИОМ) / ИОП учащихся с СДВГ с участием родителей.
- Деятельность по совершенствованию условий организации помощи детям с СДВГ для преодоления синдрома дефицита внимания и гиперактивности у обучающихся 1-7 классов на базе ОУ.
- Реализация системы психолого-педагогического и медицинского сопровождения специалистами Центра и педагогами ОУ.





Условия организации образовательного процесса для детей с СДВГ



1. Специально организованная предметно-развивающая среда
2. Система внеклассной работы и внеурочной деятельности
3. Программно-методическое обеспечение с учетом возрастных особенностей. Комплекс специфических образовательных технологий
4. Система повышения психолого-педагогической компетентности педагогов
5. Партнерство с родителями. Система формирования родительской компетентности.
6. Организационно-педагогические условия.





Литература:

1. Баркли Р.А., Бентон К.М. Ваш непослушный ребенок (пер. с англ. Смирнова А., Цирулевой Д.)
Изд-во: Питер.- 2004.- 218с.
ISBN: 5-469-00014-1



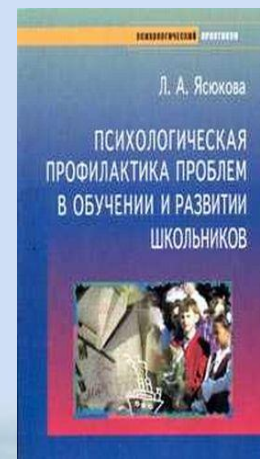
2. Болотовский Г. В., Чутко Л. С. Гиперактивный ребенок: развитие, воспитание, обучение (Серия: Лучшая книга о ребенке).-Изд-во: Вектор.- 2009.-192 с.
ISBN: 978-5-9684-0762-7



3. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства .-
Изд-во: ХОКА, 2007.- 136 с.
ISBN: 978-5-98037-088-6



4. Л. А. Ясюкова Психологическая профилактика проблем в обучении и развитии школьников (Серия: Психологический практикум).- Изд-во: Речь, 2003 .- 384 с.
ISBN 5-9268-0181-8



- У детей с ММД в условиях нагрузок может иметь место такая форма декомпенсации, как регресс недостаточно сформированных и закрепленных в индивидуальном опыте психических функций. Накопленные к настоящему времени данные позволяют говорить о том, что подобная декомпенсация обнаруживается и приводит к сбоям в учебной деятельности не только (и не всегда) детей 6 -7 лет, но и позднее - в возрасте 9 и 11 - 12 лет. В это время ребенок сталкивается с резким возрастанием школьных нагрузок, расширяется количество школьных дисциплин, растет темп подачи материала и его объем, возникают проблемы с адаптацией к индивидуальному стилю педагогов, а, следовательно, именно в это время могут проявиться отдельные симптомы ММД (повышенная умственная утомляемость, расстройства памяти, внимания и самоуправления). Но эти возобновившиеся проявления ММД при нормализации здоровья и образа жизни исчезают сами.

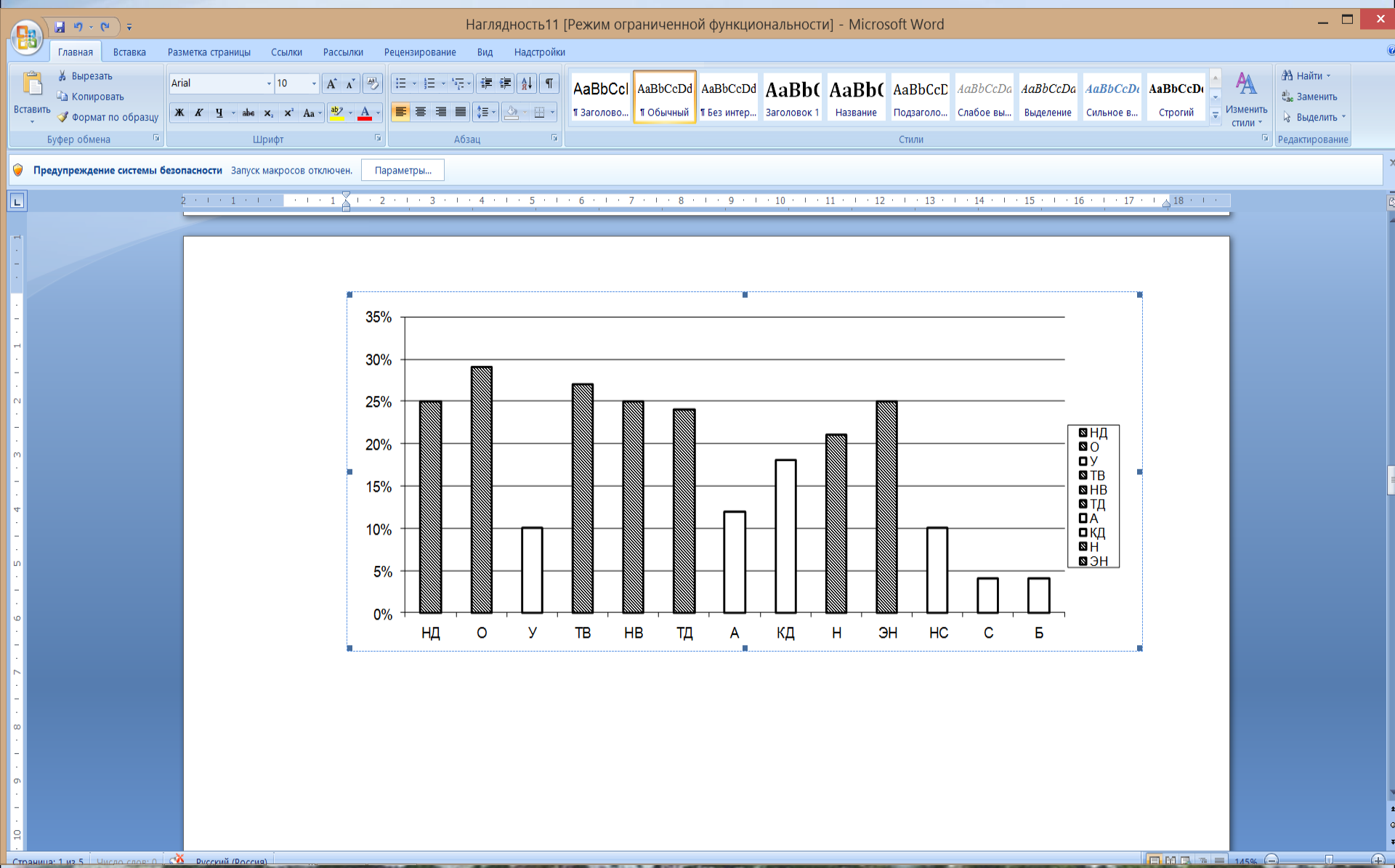
- Таким образом, переход к освоению нового для ребенка вида деятельности - обучению создает сенсibilизированные условия для психики, что может привести к школьной дезадаптации.
- В связи с этим возникает задача ранней диагностики ММД, создания коррегирующих программ, программ сопровождения еще до поступления ребенка в школу - в дошкольных учреждениях, психологическое сопровождение в период адаптации в школе. Главное содержание такого сопровождения заключается в сохранении и развитии адаптационного личностного потенциала ребенка [21, 45, 46, 47].



- 1.Стандартизированная методика Тулуз -Пьерона, адаптированная Л.А.Ясюковой [49]. позволяет выявить: особенности внимания (устойчивость, концентрация, переключаемость, отвлекаемость), тип ММД, причину и глубину нарушения процессов нейродинамики, оперативную память, визуальное мышление, личностные установки. Преимуществами методики является то, что она культурально не обусловлена, ребенок может не уметь писать, читать, моделируется ситуация урока (работа в группе, выполнение команд, восприятие связного сообщения).
- Карта наблюдений Стотта в обработке Н.В.Дубровиной и Л.А.Регуш [36, 38]. На каждого ребенка заполнена воспитателем, т.к. у детей «группы риска с ММД» возможно нарушение работы адаптационных механизмов. Использовано 13 симптомокомплексов.
- Теппинг - тест [18].



Доминирующие симптомокомплексы в группе СДВГ (карта наблюдений Стотта, %)





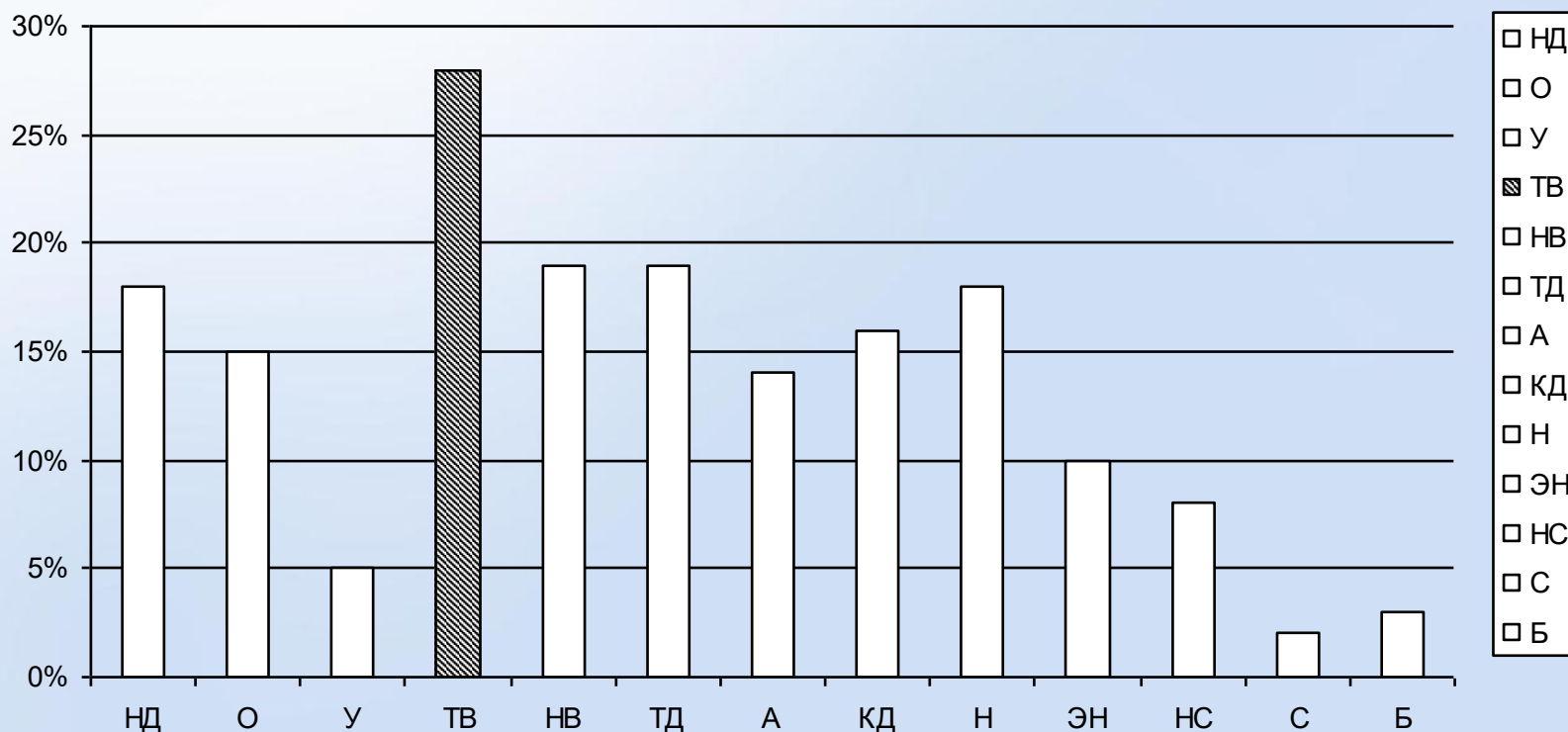
Доминирующие симптомокомплексы в группе СДВГ (карта наблюдений Стотта, %)

- Д – склонность к депрессии 29
- ТВ - тревожность по отношению к взрослым 27
- НД - недостаток доверия к новым людям, вещам, ситуациям 25
- ВВ - враждебность по отношению к взрослым 25
- ЭН - эмоциональное напряжение 25
- ТД - тревожность по отношению к детям 24
- Н - неугомонность 21





Доминирующие симптомокомплексы в контрольной группе (карта наблюдений Стотта)



- Доминирующие симптомокомплексы и их выраженность в КГ(%) :
ТВ - тревожность по отношению к взрослым 28



Типологические особенности детей – дошкольников с СДВГ (по Л.А. Ясюковой)

- **Реактивный тип.**
- Включается в работу через 3-4 минуты, чаще после стимуляции со стороны педагога.
- Постоянно находится в движении, играет, вертится, встает из-за парты, зевает, трет глаза. Внимание включается на 1-2 минуты. В этот момент появляется активность, сам поднимает руку, старается ответить. Когда вызывают - ответ чаще не попадет, неточно, неверно, неполно. Выкрикивает с места.
- Требуется постоянный внешний контроль, стимуляция. Пока воспитатель стоит рядом - активно работает. Может вступать в беседу с воспитателем на постороннюю тему. Письменные задания выполняет не верно, не точно чаще не аккуратно. Через 15 минут работы ложится на парту: «Я устал». Работает активно 50% времени занятия.





Факторный анализ психического развития ребенка с СДВГ

Психологические трудности в общении	
TD - (0.87) -тревога по отношению к детям к детям	Данный фактор СДВГ генерализован и напряжен симптомами мозговой дисфункции. Отражает возможные конфликты и враждебность, стойкие трудности выработки адекватных новым условиям форм поведения.
KD - (0.76) - конфликтность с детьми	
BB - (0.72) - враждебность по отношению к взрослым	
DT - (0.65) - двигательный темп	
N - (0.64) - неугомонность	
UT (0.55) -утомляемость	



Факторный анализ психического развития дошкольников

Психологические трудности в обучении

NC - (0.75) - невротические симптомы

N - (0.69) - неугомонность

UT (0.69) - устойчивость скорости

UF (- 0.65) - умственная активность;

ФОН (- 0.57) - фонематический слух.

Выделенный фактор свидетельствует о том, что основные причины трудностей в обучении СДВГ не столько в недостатке интеллектуальных способностей, сколько в слабости произвольной регуляции, низкой работоспособности и неустойчивости деятельности. Кроме того, фактор отмечает возможное снижение умственной активности детей под влиянием симптомов СДВГ.



*Работа в группе и с подгруппами детей в зависимости от
типа ММД с целью формирования коммуникативных
навыков и развития произвольности поведения*

- Лучше если эта работа проводится совместно с воспитателем.
- Элементы психогимнастики могут вводиться в любую деятельность детей всех типов ММД.
- Методика развития основ произвольности психической регуляции в двигательной, эмоциональной сфере, сфере общения, поведения у детей включает в себя приемы психогимнастики, эмоционально - коммуникативного, поведенческого и актерского тренингов, аутотренинга и элементы групповой психотерапии.





*Работа в группе и с подгруппами детей в зависимости от
типа ММД с целью формирования коммуникативных
навыков и развития произвольности поведения*

- При этом, задача обучения и воспитания состоит не в максимальном ускорении темпов развития ребенка, не в форсировании сроков и темпов перевода его на «рельсы» школьного возраста, а прежде всего в том, чтобы создать все условия для раскрытия его индивидуального неповторимого, специфического, возрастного потенциала.
- Личностно ориентированная педагогика - самый надежный залог и условие предупреждения дезадаптационных нарушений и расстройств, личностного роста, социального становления у детей нормального развития, а с СДВГ - особенно.





Возможности компенсации первичного нарушения при СДВГ

- Активизация внимания через развитие двигательной активности детей (Н.Ф. Суворов и О.П. Таиров).
- Интенсификация развития сенсорики и интеллекта как способ для компенсаторного повышения активности сохранных структур головного мозга, а в последствии и для восстановительной активации травмированных участков.

(Глен Доман)





Возможности компенсации первичного нарушения при ММД-СДВГ

- Преобразование системы обучения: изменение общего режима, форм и методов организации работы с детьми, изложения материала.
- Индивидуализацию учебного процесса, обеспечивающую максимально комфортные условия для ребенка (при подборе соответствующего содержания, соблюдения дидактических принципов доступности, посильности), на основе глубокой психофизиологической и психопедагогической диагностики (Р.В. Овчарова и Ю.З. Гильбух).





Возможности компенсации первичного нарушения при СДВГ

- В.И. Габдракипова и Г.Г. Гарскова предлагают при разработке коррекции двигательной активности детей дошкольного возраста уделять особое внимание чередованию интеллектуальной деятельности со значительными физическими нагрузками, позитивному сопровождению и систематическому развитию целенаправленности и произвольности поведения, гармонизации взаимоотношений отношений взрослых и ребенка, оздоровлению семейно-бытовой обстановки.





Рекомендации педагогам и родителям с целью гармонизации отношений между детьми и взрослыми, а так же, оптимизации учебно-воспитательного процесса

- В отношении всех детей необходимо
- развитие эмоционально-личностной сферы
- формирование самооценки,
- Формирование навыков адекватного общения со сверстниками и взрослыми в окружающем социуме.



- *Примерная программа работы психолога* должна быть составлена с учетом взаимодействия со всеми участниками процесса сопровождения и включать в себя:
- целенаправленное воздействие на семью;
- лечение и профилактика соматических расстройств;
- коррекция интеллектуальных, эмоциональных и личностных нарушений;
- психологическое консультирование педагогов по проблемам индивидуального обучения и воспитания данного контингента детей;
- создание благоприятного психологического климата, нормализацию межличностных отношений в детском коллективе.



- *Психопрофилактическая и коррекционно - развивающая работа психолога в структуре сопровождения развития ребенка* может вестись в двух направлениях:
- Предупреждение отклонений в развитии, т.е. снятие причин, их вызывающих. Информирование администрации, педагогов и родителей о результатах психологического обследования. Это ориентирует воспитателей на личность ребенка, повышает уровень их психологической культуры, а так же устанавливает "обратную связь" об эффективности педагогических воздействий. Эффективным средством является игровой тренинг с целью интенсивного развития положительных и торможения отрицательных качеств личности
- Психологическая поддержка детей для предупреждение развития имеющихся отклонений, т.е. преодоление возникающих пробелов в их развитии, коррекция поведения, деятельности и отношений, снятие отрицательного эмоционального состояния .



Система психолого-педагогического коррекционно–развивающего сопровождения детей с СДВГ

Психологи	Педагоги	Медики	Другие специалисты
1. Выявление детей групп риска, углубленная диагностика: определение зоны актуального и ближайшего развития, сохраненных компенсаторных возможностей, индивидуального когнитивного стиля, личностные особенности, социальный статус. Диагностика семейно-бытовой обстановки: стиль семейного воспитания, личностные особенности родителей, взаимоотношения в семье. Диагностика педагогического коллектива: личные и профессиональные качества, способы взаимодействия в коллективе.	1. Педагогическая характеристика детей групп риска с указанием трудностей, возникающих при работе с ними.	1. Составление медицинской карты на каждого ребенка группы риска, с указанием анамнеза, неврологического статуса, состояния анализаторов (ЛОР, окулист), сопутствующих заболеваний. Определение группы здоровья, антропометрических данных, ограничений и противопоказаний.	1. Логопедическая характеристика. Другие характеристики и - по показаниям.
2. Проведение совместного консилиума, обсуждение полученных результатов, выработка плана психолого - педагогической коррекционно- развивающей работы всеми участниками сопровождения.			
3. Работа с детьми: Групповая - направленная на развитие навыков общения, повышения уверенности в себе (все дети); коррекция гиперактивности), гармонизация эмоционального фона; индивидуальная - развитие когнитивных функций	3. Разработка индивидуального подхода к каждому ребенку. Организация развивающей среды, проведение игр и занятий в соответствии с рекомендациями психолога и других специалистов.	3. Составление карты оздоровительных мероприятий на каждого ребенка. Включая лечебно - укрепляющий массаж, фиточай, лечебное питание, поливитаминизацию гигиенические процедуры, режим дня, регулярные прогулки, сон, регулярные физические нагрузки.	3. Занятия с логопедом индивидуально (например, с диагнозом дизартрия). Групповые занятия по профилактике дизграфии и дизлексии (все дети).
4. Психодиагностика по окончании каждого этапа работы, проведение консилиума, определение эффективности сопровождения , внесение корректив с учетом результатов диагностики			



Спасибо за Ваше внимание!

