

делились на две группы. В *первой* отмечают: «Начинаешь понимать, что необходимо больше уделять внимание семье, личному». *Другая группа* педагогов отмечает: «Чем старше становишься, тем больше хочется быть мастером, профессионалом своего дела, передавать опыт молодому поколению».

Здесь можно увидеть полярность в ответах: одни уходят в быт, уходят от общества. Другие, по Эриксону, входят в период генеративного возраста, когда возникает интерес к молодому поколению и важной составляющей жизни является передача опыта. Это создаёт благоприятные условия для взаимодействия разных поколений, в том числе и в образовательных учреждениях.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вайзер Г.А. Смысл жизни и двойной кризис в жизни человека // Психологический журнал, Т.19. 1998. №5.
2. Деркач А.А. Проблемы смысла жизни // Вопросы психологии. №1. 1999.
3. Леонтьев Д. А. Психология смысла. М.: Смысл, 1999.
4. Чудновский В.Э. Педагогическая профессия в системе смысло-жизненных ориентаций учителя /В кн. «Современные проблемы смысла жизни и акме». Москва – Самара, 2002.
5. Чудновский В.Э. Смысл жизни и судьба. М., 1996.

УДК 159.92

Цветков А. В.

Московский психолого-социальный институт

МЕТОДЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ*

Аннотация. синдром дефицита внимания с гиперактивностью относится к наиболее распространённым в детском возрасте неврологическим заболеваниям. показано, что нарушения произвольной регуляции у этих детей имеют двухступенчатую структуру: сохранность действий в один-два шага и нарушение многшаговых. предложены авторские методы коррекции.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, произвольная регуляция, нейропсихологическая коррекция.

A. Tsvetkov

Moscow Psychological and Social Institute

ON THE NEUROPSYCHOLOGICAL APPROACH TO ADHD CORRECTION

Abstract. attention deficit and hyperactivity disorder is one of the most frequent syndromes in children. two-step disturbance of executive functions in these children has been shown: they are effective in one-two operations cascade, but failed in multioperational. author's conception of the neuropsychological

correction is proposed.

Key words: attention deficit and hyperactivity disorder, executive functions, neuropsychological correction.

В настоящее время синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) относится к числу наиболее распространённых неврологических заболеваний в детском возрасте – им страдают до 15% всех детей младшего школьного возраста [10]. Доходит до того, что, как пишет известный американский нейропсихолог Э. Голдберг, родители приходят к врачу с просьбой «диагностировать у ребенка СДВГ» – «магический диагноз служит оправданием школьных неудач» [3, 230].

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью наблюдается у детей в возрасте от 3 до 15 лет, но наиболее часто 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 «исчезает» окончательно: если проявления гиперактивности и импульсивности снижаются с возрастом, то дефицит внимания только нарастает [11].

* © Цветков А.В.

В развитии СДВГ наблюдаются также половозрастные различия. Среди мальчиков 7-12 лет признаки синдрома встречаются в 2-3 раза чаще, чем среди девочек. 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 головного мозга менее специализированы, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных функций при поражении центральной нервной системы по сравнению с мальчиками [8].

Показано (российские данные) [16], что из детей, обратившихся за неврологической помощью, 67% составляют мальчики (примерно такие же данные есть и относительно нейропсихологических консультативных центров). Синдром дефицита внимания встречается у 22% из обратившихся детей, что, в сравнении с наиболее распространёнными расстройствами – «школьным неврозом» (нарушение адаптации к школе или детскому саду) – 5% выборки, эпилепсией – 3% и детским церебральным параличом (2%), выводит СДВГ в «лидеры» неврологической заболеваемости детей. Стоит отметить, что авторы цитируемого исследования работают в комплексном (медико-психолого-педагогическом) центре, где диагноз проверяется «со всех сторон».

Проявления СДВГ могут быть распределены по трём основным группам симптомов: нарушения внимания, импульсивности и гиперактивности. Также значимой (хотя и не входящей в «клинические признаки») является социальная дезадаптация.

Для детей младшего школьного возраста с СДВГ, по данным исследований электроэнцефалограммы (ЭЭГ) [2], характерным оказался дефицит неспецифической активации (её обеспечивают стволовые структуры мозга, ретикулярная формация) и незрелость т.н. фронто-таламической системы – «петли обратной связи», в которой лобные доли, получив активационные влияния от ствола мозга, регулируют уровень активации всего мозга в целом. Кроме того, у детей с СДВГ снижен уровень внутрислошарных связей, в частности между лобными и височными, теменными долями.

Любопытными представляются данные о том, что у детей с СДВГ снижено церебральное энергообеспечение (примерно на 12%) [4], особенно – в лобных и правом височном отделах. Также исследование энергетики мозга

(по данным уровня постоянных потенциалов) подтверждает данные о снижении у этой категории детей количества межрегиональных мозговых связей.

Довольно часто гиперактивные дети сообразительны и быстро «схватывают» информацию, обладают неординарными способностями. Развитие интеллекта у детей с СДВГ долгое время было предметом дискуссий – одни специалисты полагали, что оно не отличается от нормы, другие считали, что дефицит внимания приводит к серьёзному снижению умственных способностей. Последние исследования [5] показали, что по таким показателям (использовался тест Векслера), как общая осведомлённость и объём простых знаний, дети с гиперактивностью не отличаются от здоровых сверстников, а вот умение строить умозаключения, способность к применению социальных правил и норм, самостоятельность, долговременная слухоречевая память у них сформирована хуже нормы. В дипломной работе Ю.В. Семешиной (руководитель – кандидат психологических наук А.А. Сергиенко) показано, что наглядно-образное мышление у детей с СДВГ также имеет особенности: есть трудности в выделении существенных признаков предмета (идёт смешение похожих предметов), в различении предметов внутри одной группы (сапог – ботинок; жираф – верблюд; петух – цыплёнок – курица), трудности в актуализации образа по слову-наименованию и в номинативной функции речи (называние образов). Есть и трудности в пространственном и квазипространственном (понимание логико-грамматических конструкций) восприятии, зрительно-предметной памяти.

Среди детей с СДВГ встречаются действительно талантливые дети, но и случаи задержек психического развития у данной категории детей не являются редкостью. Самое существенное состоит в том, что интеллект детей в общем сохраняется, но черты, характеризующие СДВГ, – беспокойство, неусидчивость, недостаточная целенаправленность и импульсивность поступков, повышенная возбудимость – часто сочетаются с трудностями в приобретении учебных навыков (чтение, счёт, письмо), что ведёт к выраженной школьной дезадаптации [7].

Если говорить о собственно произвольной регуляции поведения гиперактивных детей [6], то здесь данные неоднозначны: показано, что такие дети испытывают трудности с выработкой стратегии поведения, хуже усваивают инструкции и алгоритмы действий, у

них повышено число импульсивных ответов иperseverаций (навязчивых повторов) предыдущих действий, их деятельность неустойчива к побочным влияниям. Импульсивность проявляется в неряшливом выполнении заданий (несмотря на усилие всё делать правильно), в несдержанности в словах, поступках и действиях (например, выкрикивание с места, неспособность дождаться своей очереди), в неумении проигрывать, излишней настойчивости и отстаивании своих интересов (невзирая на требования взрослого).

Присутствие взрослого не является для детей с СДВГ сдерживающим фактором: они и при взрослых ведут себя так, как остальные дети могут вести себя только в их отсутствие [7]. Зато по способности переключаться с одного дела на другое, способности пользоваться опосредующими звеньями в деятельности («узелок на память») и критичности к результатам своей деятельности гиперактивные ребята не отличаются от нормы.

У гиперактивных детей есть и свои личностные особенности [12]: отсутствие чувства безопасности, склонность к агрессии, нестойкость к стрессу, стремление удовлетворять свои эмоции в мире фантазии, тревожность. Всё это, наряду со снижением внимания и познавательных функций, приводит к снижению их адаптивного потенциала. В целом, для обсуждаемой группы детей типичен более низкий уровень социальной зрелости, чем бывает в их возрасте: будучи отстающими, зачастую, в психическом развитии от сверстников, эти дети стремятся руководить, ведут себя агрессивно и требовательно. Импульсивные гиперактивные дети быстро реагируют на запрет или резкое замечание, отвечают резкостью, непослушанием. Попытки сдержать их приводят к действиям по принципу «отпущенной пружины». От этого страдают не только окружающие, но и сам ребёнок, который хочет выполнить обещание, но не сдерживает его.

Все эти данные были положены в основу проведённого нами эмпирического исследования [13].

Среди подходов к изучению саморегуляции у детей с органическими и функциональными изменениями в работе ЦНС эффективным себя показал нейропсихологический подход, предполагающий выделение центрального дефекта, связанного с определённой мозговой структурой, лежащего в основе синдрома нарушения всей психической сферы [2], и именно этот подход был положен в основу нашего эмпирического исследования.

В нейропсихологии, в школе А.Р. Лурия – Л.С. Цветковой, выделяются следующие факторы произвольной регуляции, связанные с развитием различных отделов лобных долей мозга: способность к порождению мотивов и критичность к своей деятельности (обеспечиваются префронтальными отделами мозга), динамика психических процессов (задне-лобные отделы), способность к удержанию мотивов и построению целенаправленной деятельности (медиио-базальные отделы лобных долей) [15].

Для диагностики саморегуляции психической деятельности у детей с СДВГ нами из общей схемы нейропсихологического обследования Л.С. Цветковой [14] был произведён отбор проб, направленных на разные факторы регуляции: а) пробы «кулак-ребро-ладонь» и графическая проба «забор» на динамический компонент саморегуляции; б) пробы «кулак-палец» и поднятие руки – на стимул порождение мотива к деятельности, усвоение инструкции, критичность; в) перешифровка символов (детский вариант) – динамика психических процессов и способность к удержанию мотивов; г) рисунок человека – порождение мотива и предметные образы-представления; д) пиктограмма и копирование куба (затрагивают все компоненты произвольной регуляции).

Было обследовано 14 учащихся (все – мальчики) в возрасте 7-10 лет 1-4 классов средней общеобразовательной школы № 410 г. Москвы. Все дети имеют диагноз СДВГ и сопутствующие диагнозы, в том числе «минимальная мозговая дисфункция» – 10 человек.

Результаты исследования показывают неоднородность нарушения саморегуляции у детей с СДВГ: так, если пробы «кулак-палец» и поднятие руки на стимул даются детям относительно легко (средний штрафной балл – менее 0,5), то пробы «забор» и «кулак-ребро-ладонь» – уже со штрафным баллом 1,2, а копирование куба – 2,25 (при системе оценки от 0 – 100% правильно выполненных заданий до 3 – 100% ошибок). Особое внимание привлекает методика пиктограммы – дети, в среднем (при очень большом разбросе результатов – от 4 до 12 запомненных слов), справляются с ней на уровне возрастной нормы (8 слов), однако допускают ряд специфических ошибок – неточность смысла при воспроизведении слова, бедность и конкретность ассоциативного ряда, стереотипия и неадекватность ассоциаций. При этом можно говорить о том, что подобные ошибки не связаны с наруше-

нием сферы образов-представлений, поскольку рисунок человека все дети выполняют на уровне возрастной нормы.

Таким образом, в деятельности детей с СДВГ выделяется два уровня саморегуляции: связанный с выполнением инструкций «одно-два действия» (пробы «кулак-палец», поднимание руки на стук, самостоятельный рисунок) – с которыми они относительно хорошо справляются – и пробы «с переключением между действиями, со сложной программой», которые требуют большей зрелости динамического звена произвольной регуляции и недоступны им.

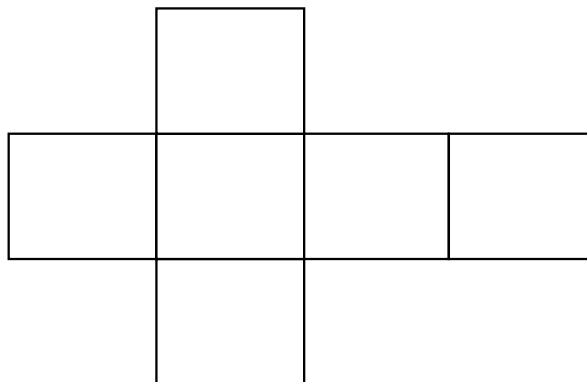
Это позволило нам построить ряд методов коррекции произвольной регуляции у детей с СДВГ.

Общий принцип нейропсихологической коррекции при работе с детьми, имеющими дефицит внимания – формирование саморегуляции поведения через формирование структуры деятельности, в которой у этих детей не развита «количественная» сторона, то есть способность руководить серийными действиями.

Начинать необходимо с узконаправленной деятельности, постепенно расширяя её предметную отнесённость.

Учитывая трудности, показанные в ряде работ у детей этой группы с восприятием и воспроизведением пространственных фигур, стоит работать именно над зрительно-пространственными действиями.

Методика формирования сенсорных эталонов. Учитывая, что у обсуждаемой категории детей тактильное восприятие, в большинстве случаев, сохранно, следует опираться на него и на зрение, используя в качестве материала кубик (для дальнейшей работы – пирамиду, тетраэдр, цилиндр и т. д.), желателен – прозрачный пластиковый (из детского набора) или раскладывающийся из бумаги, и квадрат – из бархатной или даже мелкозернистой наждачной бумаги. Куб, как правило, изготавливается к каждому занятию путём вырезания из бумаги симметричного креста, как это показано на рисунке:

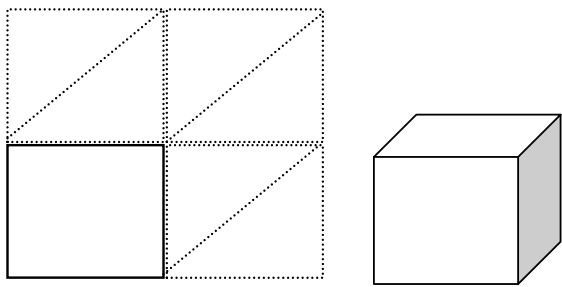


Инструкция: «Сейчас мы с тобой будем рисовать куб. Давай посчитаем, сколько у него сторон, и поставим номера фломастером. Напиши, сколько всего сторон получилось (если ребёнок не умеет писать, отложить равное число палочек). А вот квадрат – видишь, это как одна стенка нашего куба. Смотри, в куб можно положить монетку, или куколку, из кубика можно построить домик. А из квадрата можно построить домик? Нельзя! Закрой глаза, пощупай, что я тебе дал – куб или квадрат?».

Первая серия методики – вербальный и тактильный анализ, подготовка к рисованию. Вторая серия – рисунок при наглядном образце (и куб, и квадрат, использованные в 1 серии). Третья серия – рисунок при символическом образце (напечатанное на бумаге изображение куба и квадрата).

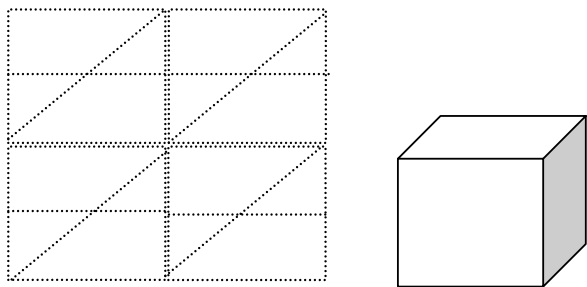
При помощи данной методики решается сразу несколько задач: во-первых, организация поведения ребёнка, вовлечение его в учебную деятельность; во-вторых, формирование эталонных образов-символов восприятия; в-третьих, интеграция различных анализаторных систем в единой полимодальной деятельности; в-четвёртых, обучение выделению существенного признака высокого уровня обобщения (геометрическая форма).

Методика развития пространственных действий. Данная методика является логическим продолжением методики формирования сенсорных эталонов и поэтому задействует тот же предметный материал, чтобы ребёнок работал с уже знакомыми образами. На первом этапе мы предъявляем ребёнку для копирования образец куба, такой же, как и в диагностическом обследовании. Но копирование теперь идёт не на чистом листе, а на специальной «прописи», где передняя сторона квадрата пропечатана чёрным, а прочие стороны потенциального куба – штрихом.

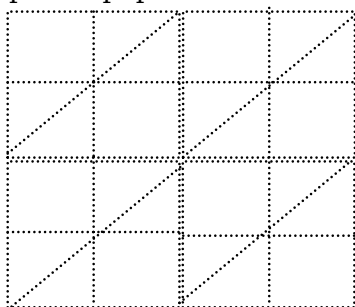


Этим мы задаём ребёнку ориентировочную основу деятельности, по П.Я. Гальперину. Ребёнок, с опорой на образец, закрашивает нужные штрихи цветным карандашом, чтобы видеть, где результат его собственной деятельности, а где – образец. На первом этапе получается не куб, а параллелепипед, но его исполнение проще для ребёнка (меньше штриховых линий), и, кроме того, на этой модели ребёнок видит, что некоторые части объёмной фигуры являются «невидимыми». Важным является соразмерность образца и «прописи», поскольку для детей операция масштабирования (перехода из одной системы координат в другую) крайне затруднена, это показано в ряде исследований А.В. Семенович [9].

На втором этапе продолжается работа с наглядным образцом, но в «прописи» добавляются новые штриховые линии, затрудняющие работу ребёнка. Основной квадрат образца уже не чёрный, а также штриховой.



С одной стороны, появляется возможность скопировать куб «ближе к образцу», с другой – больше новых стимулов должно быть проигнорировано.



Опять работа ведётся цветными карандашами: лицевую сторону куба обводим чёрным карандашом, другие стороны – цветными.

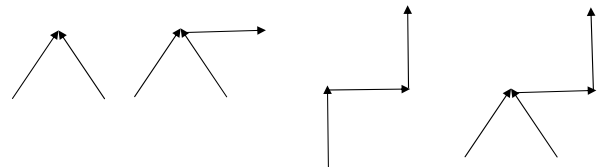
ми. Полезно дать ребёнку для ориентировки его собственные рисунки, выполненные на первой стадии (лучшие из них), чтобы он мог вспомнить, как делал это задание.

На третьем этапе ребёнку предъявляется «пропись», состоящая только из штрихов и без наглядного образца, в виде куба для копирования (образец ему можно показать и сразу же убрать – опора должна идти на зрительную память). Однако ему даётся в качестве образца лучший из его рисунков, выполненных на втором этапе занятий. Все стороны он закрашивает цветными карандашами.

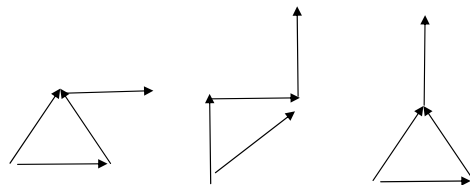
При работе по этой системе упражнений формирование саморегуляции идёт по следующей линии: а) выбор из альтернатив (правильный штрих – неправильный); б) соотнесение своей деятельности с образцом, в том числе – хранящимся в памяти; в) торможение импульсивных реакций (простое закрашивание линий).

Развитие пространственных умений и саморегуляции на их основе может быть продолжено при помощи упражнений со спичками. Они просты и доступны детям практически с любого стартового уровня.

Методика формирования конструктивной деятельности. На столе из 3-5 спичек выкладывается фигура.



Инструкция: «Срисуй, а потом выложи такую же».



Работа начинается с простейшей фигуры – «уголок». Внимание ребёнка необходимо обратить на то, как лежат спички по отношению к педагогу («Посмотри, вот у меня спички повернуты головками вверх, а у тебя?»). Головка спички является важным ориентиром. Прорисовывание схемы фигуры на листочке, или – если ребёнку этого не хочется делать – можно «пойти на хитрость»: пусть ребёнок даёт указания педагогу, как ему рисовать эту схему (это важный элемент формирования конструктивной деятельности, ведь как мы видели выше, именно вынесенная вовне ориентировочная основа действия помогает ребёнку в регуляции его

активности). Последующие фигуры получают модификацией (в том числе – поворотом вокруг своей оси) того самого первоначально «уголка» и добавлением к нему новых элементов. На каждом занятии следует работать с 2-3 фигурами, чтобы не утомлять ребёнка и не истощать его мотивации.

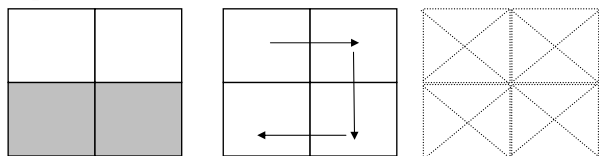
Отрабатывается 5-6 фигур в течение нескольких занятий до упрочения у ребёнка способности к организации деятельности в соответствии с образцом. Главным на первом этапе работы является не «точность» рисования и конструирования, а общее понимание эталонов формы и последовательности действий при их копировании. Необходимо на каждом этапе копирования обращать внимание ребёнка на соотнесение получившейся у него фигуры с эталоном (то есть поэлементное копирование).

Следующая группа упражнений также связана со зрительно-пространственными процессами – это *конструирование из кубиков Кооса*.

Данная методика широко применяется в нейропсихологической диагностике, и её материал (то есть собственно кубики и карточки к ним) зарекомендовал себя как понятный детям разного уровня развития. Для младших школьников следует пользоваться фигурами из четырёх кубиков.

Для работы с этой методикой необходимо подготовить бумажные карточки-образцы соответствующего кубикам размера (масштаб 1:1), так как на начальных этапах работы дети часто ставят кубики прямо на образец.

Начинается работа с самой простой фигуры – «две полосы».



Сначала педагог собирает фигуру (и сразу же убирает её), затем предъявляет ребёнку карточку-образец, разделённую на четыре квадрата (это важно, так как позволяет сориентироваться в количественных параметрах собираемой фигуры), а также даёт карточку-подсказку со стрелками, указывающими порядок сборки фигуры.

Также он даёт ребёнку речевую программу:

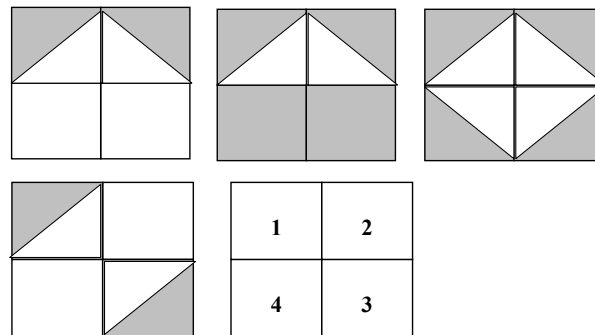
1. Посмотри, какая фигура главная в верхнем ряду.
2. Разбей её на квадраты.
3. Нарисуй её.
4. Составь её по схеме со стрелочками.

5. Точно так же составь второй ряд.

Для рисования собственного образца детям предлагается пунктирная пропись, в которой удобно цветными карандашами отметить любые конфигурации кубиков. Выполнение собственного образца необходимо для вынесения вонне ориентировочной основы действия, это звено нельзя пропускать, то есть, даже если ребёнок не мотивирован на рисунок, пусть рисует педагог, но по указаниям ребёнка: «А где мне сейчас раскрасить? А каким цветом?» (такой совместный образец всё равно больше поможет ребёнку, чем попытка сразу же интериоризировать действие).

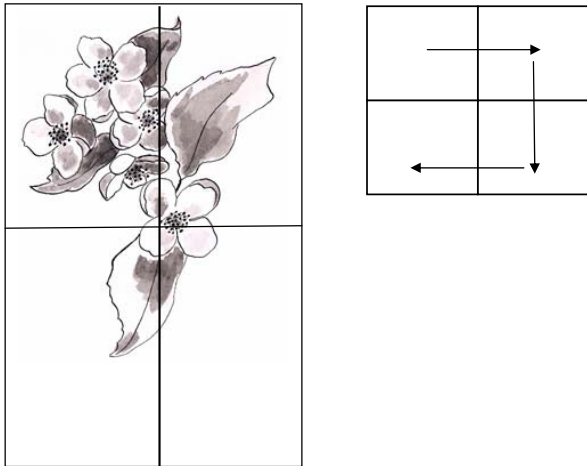
Работа с кубиками состоит из нескольких этапов с последовательным усложнением отрабатываемых образцов (от занятия к занятию): начиная от форм, содержащих минимальное количество половинчатых кубиков (так, на картинке вы можете видеть два варианта таких форм), и заканчивая сложными конфигурациями.

Помимо карточки-подсказки со стрелками, можно использовать (на более поздних стадиях) образец с цифрами – он несколько сложнее для восприятия, особенно для детей младшей возрастной группы (так как не даёт наглядного указания – что делать, а требует перешифровки из вербальной модальности в действенную). Зато параллельно у ребёнка формируется понимание такой абстракции, как «в направлении часовой стрелки», которым часто пользуются, но которое сложно усвоить современному ребёнку, узнающему время по электронным часам.



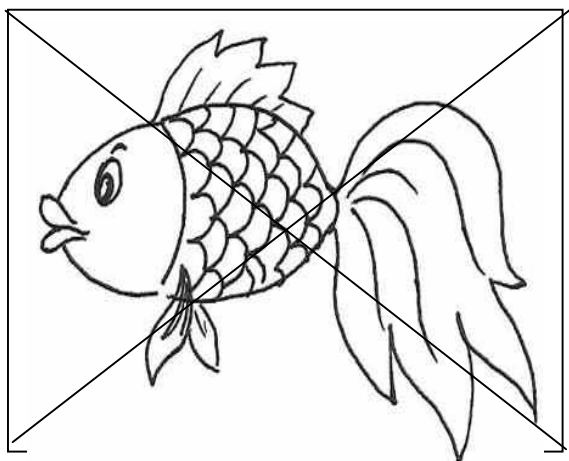
Метод конструирования предметов из частей. Используются разрезанные на части предметные изображения. Ребёнку предлагается сложить из них целое изображение: а) по предъявляемому образцу; б) самостоятельно. Инструкция: «Художник нарисовал какой-то предмет, но разрезал эту картинку. Постарайся собрать из этих кусочков целую картинку». На первом этапе занятий ребёнок собирает картинку «просто так», хаотически. Этот этап необходим для формирования более

устойчивых предметных образов-представлений и выработки стратегии «достройки» образа по его части. На втором этапе необходимо собирать картинку по часовой стрелке так, как это показано на схеме.



Метод поиска недостающих деталей.

Используются разрезанные на две – три части предметные изображения. Ребёнку предлагается сложить из них целое изображение, при этом одна из частей отсутствует (например: хвост у рыбки). Ребёнку предлагается найти недостающую деталь среди четырех – пяти предъявленных. **Инструкция:** «Художник нарисовал какой-то предмет, но разрезал эту картинку. Постарайся собрать из этих кусочков целую картинку. Если не будет доставать какой-то детали, ты мне скажи». **Инструкция вторая:** «Посмотри на эти пять изображений: есть ли среди них та часть, которой недостаёт твоей рыбке. Выбери её и составь целую картинку».



При помощи описанных в данной статье методов, которые прошли апробацию в практике Центра интеллектуального развития Московского психолого-социального института, удаётся существенно повысить уровень саморегуляции, а также развить другие познавательные процессы (мышление, речь,

образы-представления) у детей с гиперактивностью.

Как нам кажется, приведённые результаты и методы формирующего обучения позволят не только по-новому взглянуть на коррекцию психического развития детей с СДВГ, но и на структуры саморегуляции психической деятельности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста/Под ред. Цветковой Л.С. М.: МПСИ, 2001.
2. Афанасенкова Н.В., Яблонская Т.В. Особенности ЭЭГ у детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности// Альманах «Новые исследования». М.: Вердана. 2009, №2 (19). С. 19-20.
3. Голдберг Э. Управляющий мозг: лобные доли, лидерство и цивилизация. М.: Смысл, 2003. 335 с.
4. Грибанов А.В., Подоплекин А.Н., Подоплекин Д.Н. Церебральное энергообеспечение у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности// Альманах «Новые исследования». М.: Вердана. 2009, №2 (19). С. 31-32.
5. Депутат И.С., Старцева Л.Ф., Иорданова Ю.А. Характеристика вербального интеллекта у детей младшего школьного возраста с СДВГ// Альманах «Новые исследования». – М.: Вердана. 2009, №2 (19). С. 34-35.
6. Кошельков Д.А., Семенова О.А. Особенности произвольной регуляции деятельности у детей 5-6 лет с признаками дефицита внимания и гиперактивности// Альманах «Новые исследования». М.: Вердана. 2009, №2 (19). С. 47-48.
7. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Шпаргалка для взрослых: психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. М.: Генезис, 2000.
8. Политика О.И. Мультиmodalный подход в коррекции детей с СДВГ. С.-П.: Речь, 2005.
9. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Академия, 2002.
10. Сухотина Н.К., Красова А.В. Современные подходы к терапии гиперкинетических расстройств у детей // Журнал клинической и социальной психиатрии. 2006, № 2. С.44-46.
11. Уточова И. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: от предрассудков к практической помощи // Нейронews, №6, 2008.
12. Феокистова С.В. Психологические особенности гиперактивных детей младшего школьного возраста // Альманах «Новые исследования». М.: Вердана. 2009, №2 (19). С. 73-74.
13. Цветков А.В., Власенко Е.В. О развитии саморегуляции психической деятельности у младших школьников с СДВГ // Личностный ресурс субъекта труда в изменяющейся России: материалы II Международной научно-практической конференции. Кисловодск,

- Ставрополь, М.: СевКавГТУ. Ч.2: Симпозиум «Субъект и личность в психологии саморегуляции». С. 372-373.
14. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. Изд. 4-е, исправленное и дополненное. М.: Педагогическое общество России, 2002.
15. Цветкова Л.С. Мозг и интеллект: нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. М.: Просвещение, 1995.
16. Яблонская Т.В., Суранова И.В. Участие невролога в формировании маршрута коррекционной помощи детям с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью // Альманах «Новые исследования». М.: Вердана. 2009, №2 (19). С. 80-81.

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.923

Шульга Т.И.

Московский государственный областной университет

СПЕЦИФИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ ГРУППЫ РИСКА*

Аннотация. Проведен научный анализ исследований и опыта работы по проблемам оказания помощи семьям группы риска. Рассматриваются две модели социальной поддержки населения, в том числе и семей с детьми. Первая модель – направлена на возможность использования собственных сил, личной инициативы, поиск ресурсов для решения проблем, в которых оказалась семья. Вторая модель – предусматривает существенное влияние государственных и общественных структур на семью и ее членов. Раскрываются этапы сопровождения проблемной семьи, порядок работы консилиума в рамках обсуждения одного случая

Ключевые слова: сеть социальных контактов, психологическое сопровождение, группа риска, неблагополучная семья, ресурс семьи, технологии, прогноз, реабилитация

T. Shulga

Moscow State Regional University
SPECIFICS OF RENDERING ASSISTANCE TO THE FAMILIES OF RISK GROUP

Abstract. The scientific analysis of researches and experience of the work on problems of rendering assistance to the families of risk group has been carried out in the present work. Two models of social support of population, including the families with children, are

considered. The first model is directed on the possibility of use of own forces, personal initiative, search of resources for the decision of problems in which the family occurred. The second model provides essential influence of state and public structures on a family and its members. The stages of support of a problem family, the procedure of working of a consultation in the framework of discussing one particular case are revealed.

Key words: network of social contacts, psychological support, risk group, unsuccessful family, resource of a family, technologies, prognosis, rehabilitation.

Как должны работать специалисты, которые оказывают помощь и поддержку детям и подросткам группы риска? Для этого необходимо проанализировать поведение подростков, вызывающих озабоченность педагогов, и определить характер семейного неблагополучия. Возможно, что для этого придется несколько раз социальному педагогу или социальному работнику посетить семью, проанализировать свои наблюдения и только после этого выстраивать тактику работы с ребенком и его семьей. Одному специалисту не под силу изменить положение ребенка в семье, поэтому необходимо продумать взаимодействие с другими специалистами и ведомствами. Можно предложить следующие виды помощи семье и детям, а также перечислить

* © Шульга Т.И.