

Технологии психолого-педагогической помощи детям с СДВГ в Норвегии

Т. Ю. Хотылева,

кандидат педагогических наук, ведущий научный сотрудник научно-методической лаборатории проблем трудностей обучения и СДВГ Института проблем интегративного (инклюзивного) образования Московского городского психолого-педагогического университета (thotyleva@gmail.com)

Т. В. Ахутина,

доктор психологических наук, профессор, заведующая научно-методической лабораторией проблем трудностей обучения и СДВГ Института проблем интегративного (инклюзивного) образования Московского городского психолого-педагогического университета (akhutina@mail.ru)

В статье описываются данные, полученные при изучении технологий психолого-педагогической помощи детям с СДВГ (ADHD) и опыта инклюзивного образования в Норвегии, накопленного в этой стране за последние 20 лет. Представлен материал, полученный авторами в результате изучения работы более 30 специалистов: педагогов, психологов, врачей, правительственных чиновников, координирующих работу с детьми с СДВГ, и общественных деятелей, а также деятельности таких организаций как ADHD Norway (Норвежская Ассоциация СДВГ); средняя общеобразовательная школа Hosle Skole; Национальный Ресурсный центр СДВГ, синдрома Туретта и нарколепсии (Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi); Ресурсный центр (Torshov kompetansesenter); Детско-подростковая психиатрическая клиника г. Фредрикстад (Åsebråten BUP). По мнению авторов, многие технологии диагностики и помощи детям с СДВГ, методы популяризации знаний о СДВГ и видах помощи, разработанные и успешно применяемые в Норвегии, могут быть использованы в России после их адаптации и последующего освоения отечественными специалистами.

Ключевые слова: коррекционная помощь, инклюзивное образование, синдром дефицита внимания и гиперактивности, технологии обучения, технологии диагностики, технологии популяризации знаний.

Технологии помощи детям, страдающим синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), – актуальная проблема современного общества. По данным различных авторов, дети с трудностями обучения и СДВГ составляют наиболее многочисленную группу, требующую коррекционно-развивающей помощи. Ее численность

составляет от 7,5 до 15 % современной детской популяции в экономически развитых странах. Рассматриваемая группа является одной из самых перспективных с точки зрения возможной положительной динамики и успешной адаптации в массовой школе при условии оказания оптимальной помощи. Специальные исследования показывают, что наиболее эффективна ранняя помощь, оказываемая не позднее возраста 5-9 лет, когда нервная система ребенка достаточно пластична. Следует также учитывать, что необходимость начинать эту работу по возможности раньше связана с тем, что ее эффективность зависит от того, имеют ли дети негативный опыт неуспешного обучения или еще нет.

В скандинавских странах в целом и в Норвегии, в частности, накоплен большой положительный опыт помощи детям с СДВГ. В течение 20 лет здесь в повседневную практику внедряется эффективная система помощи детям со специальными нуждами и их семьям. По данным ежегодного отчета ООН об уровне жизни в 182 государствах, в 2009 году список самых развитых и благополучных стран мира возглавила Норвегия. Население этой страны на сегодняшний день не превышает 5 миллионов человек. При этом число детей, у которых выявлен синдром дефицита внимания и гиперактивности (ADHD), составляет около 5 %.

Технологии психолого-педагогической помощи детям с СДВГ (ADHD) в Норвегии изучались авторами при поддержке ADHD Norway (Норвежская Ассоциация СДВГ) – общественная организация, основанная в 80-х годах XX века родителями детей с СДВГ в содружестве с педагогами, психологами, врачами. Организация существует при поддержке правительства и многочисленных благотворительных фондов. Благодаря этой поддержке, была собрана информация, позволяющая оценивать состояние решения проблем, связанных в целом с СДВГ в Норвегии, системой психолого-педагогической помощи, с защитой прав пациентов, системой социального обеспечения. Общая картина выглядит следующим образом.

Решение проблем детей с СДВГ в Норвегии предполагает:

- медикаментозную поддержку, создающую благоприятный фон для всех других форм помощи;
- тесное сотрудничество школы и родителей в организации эффективной помощи;
- дополнительную педагогическую помощь детям, которым поставлен диагноз СДВГ (педагог-помощник курирует нескольких детей с СДВГ);
- четкое планирование действий ребенка (распорядок дня и т. п.);
- снятие ограничений по времени при выполнении заданий в классе (предусматривается, в частности, сокращение объема заданий);
- привязку содержания учебных действий к собственным интересам детей;

- позитивное подкрепление учебной деятельности детей и мотивирование детей к учебной деятельности;
- развитие самоконтроля и повышение самооценки, например, заключение договора с ребенком на каждую учебную неделю, ведение табеля самооценки;
- положительный эмоциональный фон дома, в классе, школе;
- координацию всех мероприятий, взаимодействия специалистов.

Система психолого-педагогической помощи в Норвегии юридически закреплена как право учащегося на индивидуальный план обучения, учитывающий его особенности. В частности, законодательно закреплено *право ребенка с любыми нарушениями развития на обучение в общеобразовательной школе*. Для его реализации разработан и эффективно действует целый спектр мер. Кратко охарактеризуем основные из них.

1. Технология распространения знаний среди родителей и специалистов

Технология распространения знаний среди родителей и специалистов включает в себя:

листовки о праве на индивидуальный план обучения, о различных отклонениях в развитии и об организациях, в которых семья может получить помощь;

брошюры, рассказывающие о различных отклонениях в развитии и об организациях, в которых семья может получить помощь;

периодическое издание, выпускаемое Национальным ресурсным центром, INNSIKT; интернет-сайты;

популярную и научную литературу.

Все эти услуги являются бесплатными и общедоступными. Информация распространяется во всех организациях, работающих с детьми и их родителями: в госпиталях (начиная с родильных отделений), в детских садах, школах, центрах развития ребенка и административных муниципальных учреждениях. Таким образом, необходимое для потребителя содержание реально доходит до населения.

С учетом низкой плотности населения в Норвегии (1 человек на 12 кв. км), организованы следующие формы консультирования и диагностики населения:

- бесплатная телефонная и почтовая служба помощи (5 специалистов отвечают на вопросы);
- 25 окружных центров психолого-педагогической помощи. Они входят в государственную систему поддержки специально-педагогической помощи и обеспечивают консультирование специалистов и педагогов; семь из них занимаются проблемой «Комплексные трудности в обучении»;
- Национальный Ресурсный центр СДВГ, синдрома Турретта и нарколепсии

(Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi). Этот центр оказывает консультативную помощь специалистам из окружных центров и локальных психолого-педагогических служб, собирает, апробирует и распространяет технологии помощи детям. Центр издает популярную литературу для детей, родителей и специалистов, периодический журнал для населения и периодический журнал для специалистов, знакомящий с новейшими достижениями в области помощи детям и взрослым с СДВГ во всем мире.

- Комиссия по надзору за соблюдением прав ребенка на охрану психического здоровья (Mental Health Care supervisory commissions). Она защищает права ребенка в случае их ущемления педагогами, медицинскими работниками, а также родителями. Чаще всего в комиссию обращаются родители, отстаивая права своих детей на оптимальное обучение, но иногда представители общественности или детских организаций обращаются в комиссию за помощью, когда родители грубо пренебрегают своими обязанностями. Комиссия имеет, в частности, право снизить экономическую поддержку семьи (пособие, которое получает каждая семья, имеющая ребенка со специальными нуждами), если приходит к мнению, что родители не выполняют рекомендации специалистов.

2. Технология инклюзивного обучения детей с различными отклонениями в развитии (СДВГ, синдром Турретта, синдром Аспергера, умственная отсталость) в системе общего образования

Технология инклюзивного обучения детей с различными отклонениями в развитии (СДВГ, синдром Турретта, синдром Аспергера, умственная отсталость) в системе общего образования была изучена авторами на примере работы государственной школы Hosle Skole (500 учеников) в процессе посещения уроков в классах и группы продленного дня, а также при обсуждениях особенностей организации учебного процесса с сотрудниками школы.

В Hosle Skole обучаются дети без особенностей развития и дети с различными трудностями обучения. Численность детей в классах составляет от 25 до 30 человек. Дети с СДВГ, синдромом Аспергера и другими особенностями развития обучаются на общих основаниях. Один специальный/социальный педагог курирует работу двух-трех классов. Он помогает в разработке индивидуально-ориентированных планов и присутствует на занятиях.

Индивидуализированная работа с детьми, имеющими выраженные проблемы развития, реализуется благодаря следующему:

- 1) вариативным планам обучения (законодательно закреплено право детей на обучение по программам разного уровня и содержания в одной возрастной группе);
- 2) сокращению фронтальной работы с классом, преобладанию различных видов

индивидуальных работ;

3) активному применению бланковых методик, которое дает возможность:

учитывать различный темп работы учеников (например, дети, быстро завершившие самостоятельную работу по английскому языку, могут выбрать на стеллаже в классе книжку для чтения на английском языке);

давать различные по уровню сложности задания, в зависимости от возможностей ученика;

оказывать индивидуальную помощь нуждающимся в ней детям, не отвлекая других учащихся класса, что особенно возможно при наличии на уроке не только основного учителя, но и помощника – специального педагога;

индивидуально обсуждать с проблемным ребенком план выполнения задания;
проводить текущий контроль;

4) позитивному подкреплению учебной деятельности детей, включающему в себя:

стимулирующую помощь (педагог помогает ребенку включиться в работу, эмоционально поддерживает его);

возможность выбрать привлекательное занятие после выполнения обязательного задания. Например, дети могут выбрать для чтения по данному предмету нравящуюся им книгу (книги находятся в классе);

возможность отдыха: перед выполнением задания учитель может пообещать ученику, что после успешного завершения задания тот заработает право поиграть в комнате отдыха (смежном закрытом помещении с играми и игрушками);

призы и подарки;

5) учету эмоциональных особенностей ребенка, который реализуется через:

возможность получить индивидуальную помощь у специального педагога по запросу ребенка;

подписание с ребенком на каждую учебную неделю договора, в котором ребенок совместно с учителем определяет конкретные, достижимые цели;

ведение табеля самооценки.

3. Технология диагностики вариантов СДВГ и коморбидных расстройств

В системе диагностики синдромов СДВГ и коморбидных расстройств используются три группы методов: *опросники, методы наблюдения за детьми в классе и тесты.*

3.1. Опросники

Наиболее разрабатываемой в странах Евросоюза категорией диагностических средств являются опросники, показавшие высокую экологическую валидность и надежность. Кратко охарактеризуем некоторые из них.

□ С опросником 5—15 (FTF) для оценки родителями развития и поведения детей нас

познакомила одна из его авторов Gerd Strand из Национального Ресурсного центра СДВГ [10]. Этот инструмент создан специалистами Норвегии, Швеции, Дании и Финляндии. Вопросник для интервью с родителями позволяет оценить развитие ребенка в восьми сферах: *двигательные навыки, управляющие функции, восприятие, память, язык, социальные навыки, успехи в обучении, эмоциональные проблемы и проблемы поведения*. Проводится данная методика в виде интервью, которое включает 181 вопрос.

□ Опросники Ахенбаха (ASEBA) – наиболее широко используемый психологический инструмент для оценки проблем поведения и особенностей личности. Он включает две части: для дошкольников и школьников [1; 2].

Материалы этого полуструктурированного опросника для клинического интервью, состоящего из 100 вопросов, нормированы и позволяют строить профили по восьми разделам: 1) тревожность/депрессивность, 2) избегание/депрессивность, 3) соматические жалобы, 4) социальные проблемы, 5) проблемы в мышлении, 6) проблемы внимания, 7) нарушение норм поведения, 8) агрессивное поведение.

Данные на одного ребенка включают результаты по четырем интервью: с матерью, отцом, учителем и подростком. По каждому интервью составляются 1) профиль по восьми вышеперечисленным разделам, 2) обобщенные данные по проблемам интернализации и экстернализации, 3) данные по шкалам, соответствующим классификации болезней DSM-IV, а затем анализируется согласованность оценок разных информантов.

□ Conner's Rating Scales – шкалы оценки Коннера [5]. Этот опросник в новом варианте имеет краткий и развернутый набор вопросов как для родителей, так и для детей.

□ Disruptive Behavior Rating Scale – шкала оценки отклоняющегося поведения [4]. Этот опросник был разработан специально для оценки симптомов СДВГ. В форме для родителей содержится 41 вопрос.

□ BRIEF – поведенческие шкалы для оценки управляющих функций [6]. Этот опросник был разработан для фиксации проявлений в повседневном поведении дисфункции управляющих функций. Существуют варианты для родителей, учителей, детей и подростков. В опросниках для родителей и учителей вопросы организованы по 10 шкалам. Они соответствуют, по данным Gioia, Isquith et al. [7], трем факторам:

1) регуляция поведения (шкалы торможение и саморегуляция);

2) эмоциональная регуляция (шкалы эмоциональный контроль и переключение);

3) метакогнитивные функции (шкалы рабочая память, возможность инициировать действие, возможность планировать /организовывать действие, организация материала,

выполнение заданий).

3.2. Методы наблюдения за детьми в классе

Методы наблюдения за детьми в классе, называемые в отечественной нейропсихологической литературе методами «следающей диагностики», используются и норвежскими специалистами и учителями. Для фиксации наблюдений используются два варианта форм, представленных ниже.

□ Direct Observation Form. С помощью данной формы описывается поведение целевого и контрольного учеников в течение 10-20 минут – отмечается, был ли ученик в работе или отключился от нее, как себя вел. Наряду с описанием используются и простые таблицы, в ячейках которых фиксируется занятость ученика в течение каждых 5 минут урока – Time-on-Task Assessment (табл. 1, 2). 60-80 %-ная занятость считается нормативной, дети с СДВГ показывают меньшее время занятости делом [8].

Таблица 1

Время занятости на уроке

Ф. И., класс (проблемный ребенок), дата, время начала записи

1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	0	+	+	0	0	0	+	+

- 1) смотрит по сторонам
- 2) точит карандаш
- 3) пишет имя и записывает задачу
- 4) работает
- 5) разговаривает
- 6) роется в портфеле, стирает написанное
- 7) разговаривает
- 8) после напоминания учителя работает
- 9) работает

Итого, решил три задачи, две из них верно, в одной – ошибка при списывании.

Время работы: 44 %.

Таблица 2

Время занятости на уроке

Ф. И., класс (контрольный ребенок), дата, время начала записи

1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	+	+	+	+	+	+	0	0

- 1) смотрит по сторонам
- 2) пишет имя и заголовок
- 3) работает
- 4) работает
- 5) работает
- 6) работает
- 7) работает
- 8) поднял руку, ждет
- 9) за 6 минут до конца ученик решил все 10 задач, 9 из них правильно.

Время работы: 67 %.

□ Daily School Behavior Report Card – карточка учета поведения ребенка в школе за день. Она может быть использована для сообщения родителям об особенностях поведения ребенка, чтобы они могли поощрить его дома или лишить поощрения [3]. Образец формы представлен в табл. 3.

Таблица 3

Поведение ребенка на уроках за день

Имя ребенка _____ Дата _____

Учителя:

Пожалуйста, оцените поведение ребенка сегодня, используя отдельные колонки для отдельных уроков. Ставьте оценки от 1 до 5, подпишитесь.

Особенности поведения	Уроки				
	1	2	3	4	5
Участие в работе класса					
Следует правилам поведения на уроке					
Ведет себя с другими детьми					
Выполнение домашней работы					
Подпись учителя					

Добавьте свой комментарий на обороте карточки.

3.3. Тестовая диагностика

В системе диагностики синдромов СДВГ и коморбидных расстройств, кроме нейропсихологических тестов, тестов Векслера или Кауфманов, наиболее используемыми методическими средствами являются следующие.

- Grooved Pegboard Test – тест вставки в панель штырьков с выступом [9]. Он оценивает скорость и точность координаций глаз – рука. Выполняется методика сначала правой рукой, потом левой, потом двумя руками, что позволяет оценивать доминантность по руке и утомляемость.

- Stroop-test – Струп-тест. Это известный тест, позволяющий оценивать подверженность интерференции.

- Qb Test и Qb Test-Plus – 15- или 20-минутный тест, являющийся вариантом СРТ (*Continuous performance tests*)-тестов. Он позволяет объективно одновременно оценивать устойчивость внимания и импульсивность у детей (Qb Test) и подростков и взрослых (Qb Test-Plus). Методика включает выполнение компьютерного теста – простой (для детей) или сложной реакции выбора. Подросткам и взрослым дается инструкция нажимать на кнопку в том случае, если стимул (круг или квадрат) повторяется. Во время эксперимента специальная видеокамера фиксирует движения головы испытуемого. Методика снабжена программой, позволяющей сравнивать полученные результаты с нормативами и оценивать степень отклонения от нормы по восьми параметрам. Тонкая градация параметров позволяет проследить как влияние медикаментозных препаратов на состояние пациента, так и динамику состояния ребенка в течение дня, недели, месяца, года. Цена тестов вместе с программой достаточно высока, тем не менее, эти установки нам показывали в двух учреждениях по помощи детям с СДВГ.

В завершение статьи остановимся на том, как технологии помощи детям с СДВГ в Норвегии внедряются в России.

В настоящее время мы делаем все, чтобы широко распространить полученные нами знания об обучении детей с СДВГ. С ними уже ознакомлены сотрудники ЦПМССДиП: педагоги, логопеды и психологи. Имеющийся опыт позволил нам апробировать в отечественных условиях новые методы индивидуализации обучения. В частности, в работу отечественных специалистов уже внедряются новые диагностические методы. С этой целью переведены на русский язык и адаптированы материалы опросника BRIEF, его апробация осуществлялась в 2009/2010 году на базе ЦПМССДиП.

Кроме того, полученные при изучении норвежского опыта сведения включены в лекционные курсы и практические занятия для студентов и слушателей ФПК МГППУ. О норвежском опыте мы рассказывали на своих встречах с родителями, психологами и

педагогами ЮЗАО Москвы, на психолого-педагогических конференциях.

Разумеется, все это – лишь первые шаги в освоении опыта зарубежных специалистов, связанного с работой по оказанию помощи детям со специальными нуждами. Можно утверждать, что тесное сотрудничество с норвежскими специалистами по инклюзивному обучению, обмен педагогическим опытом, опытом диагностико-консультативной работы принесут в самое ближайшее время существенную пользу и дадут реальные позитивные практические результаты при оказании помощи российским детям, страдающим синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).

Литература

1. Achenbach T. M., & Rescorla L. A. Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 2001.
2. Achenbach T. M. & Rescorla L. A. Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families, 2001.
3. Barkley R. A., Murphy K. R. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A clinical workbook. N.Y.: The Guilford Press, 2006.
4. Barkley R. A., Murphy K. R. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook (3rd ed.). The Guilford Press, 2006.
5. Conner C. K. Conner's Rating Scales – Revised. North Tonawanda, N.Y.: Multihealth Systems, 1996.
6. Gioia G. A., Isquith P. K., Guy S. C., & Kenworthy L. Behavior Rating Inventory of Executive Function. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 2000.
7. Gioia G. A., Isquith P. K., Kenworthy L., Barton R. M. Profiles of Everyday Executive Function in Acquired and Developmental Disorders Child Neuropsychology. 2002. Vol. 8. № 2.
8. Harwell J. M. Complete Learning Disabilities Handbook. Jossey-Bass, 2001.
9. Knights R. M. & Moule P. D. Normative data on the motor steadiness battery for children. Perceptual and Motor Skills. 26. 1968.
10. Korkman M., Kadesjö B., Trillingsgaard A., Mickelsson K., Janols L. O., Strand G., Gillberg Ch. 5—15 (FTF) Parent Questionnaire for Evaluation of Development and Behavior of 5 to 15-year-old Children. The Questionnaire: English Version. European Child & Adolescent Psychiatry. Vol. 13. Supplement 3; 2004.

The Technologies of Psycho-Pedagogical Assistance to Children with ADHD in Norway

T. Y. Khotyleva,

*PhD in Education, Leading Researcher at the Laboratory of Learning Difficulties and ADHD at the Moscow State University of Psychology and Education
(thotyleva@gmail.com)*

T. V. Akhutina,

*Doctor of Science in Psychology, Professor, Head of the Laboratory of Learning Difficulties and ADHD at the Moscow State University of Psychology and Education
(akhutina@mail.ru)*

This article describes materials collected during studying the technologies of psycho-pedagogical aid to children with ADHD, and experience of inclusive education in Norway gathered there for the last twenty years. It presents the materials authors received in consequence of acquaintance with the work of more than 30 specialists: teachers, psychologists, doctors, government-men coordinating the work with ADHD children, and community workers. As well as with the activity of several organizations such as: ADHD Norway, regular school Hosle Skole, National ADHD, Tourette's Syndrome and Narcolepsy Resource Center, (Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi); Resource Center (Torshov kompetansesenter); mental institution for children and adolescence in the city of Fredrikstad (Åsebråten BUP). In the authors' opinion, many technologies of diagnostics and assistance to children with ADHD, popularization methods of knowledge about ADHD and the ways of aid developed and successfully applied in Norway may be used in Russia after their adaptation and mastering by national specialists.

Keywords: remediation aid, inclusive education, Attention Deficient Hyperactivity Disorder, training technologies, diagnostics technologies, knowledge popularization methods.

References

1. Achenbach T. M., & Rescorla L. A. Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 2001.
2. Achenbach T. M. & Rescorla L. A. Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families, 2001.
3. Barkley R. A., Murphy K. R. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A clinical workbook. N.Y.: The Guilford Press, 2006.

4. Barkley R. A., Murphy K. R. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook (3rd ed.). The Guilford Press, 2006.
5. Conner C. K. Conner's Rating Scales – Revised. North Tonawanda, N.Y.: Multihealth Systems, 1996.
6. Gioia G. A., Isquith P. K., Guy S. C., & Kenworthy L. Behavior Rating Inventory of Executive Function. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 2000.
7. Gioia G. A., Isquith P. K., Kenworthy L., Barton R. M. Profiles of Everyday Executive Function in Acquired and Developmental Disorders Child Neuropsychology. 2002. Vol. 8. № 2.
8. Harwell J. M. Complete Learning Disabilities Handbook. Jossey-Bass, 2001.
9. Knights R. M. & Moule P. D. Normative data on the motor steadiness battery for children. Perceptual and Motor Skills. 26. 1968.
10. Korkman M., Kadesjö B., Trillingsgaard A., Mickelsson K., Janols L. O., Strand G., Gillberg Ch. 5—15 (FTF) Parent Questionnaire for Evaluation of Development and Behavior of 5 to 15-year-old Children. The Questionnaire: English Version. European Child & Adolescent Psychiatry. Vol. 13. Supplement 3; 2004.