

## Сообщение для преподавателей "Гиперактивность"

Гиперактивное расстройство с дефицитом внимания имеет много лиц. Вопреки объединяющей патогенетической составляющей СДВГ — нарушение самоконтроля — у разных детей, в разном возрасте, в разных социальных контекстах он будет проявляться очень по-разному и приводить к разным последствиям.

И сами дети с повышенной активностью, и их окружение страдают от свойственной им суетливости; причиной неприятностей становится поведение, отклоняющееся от социально принятых норм. "Вечный двигатель", "живчик", неутомимый, непоседа, шалун, клоун, неуправляемый, на уроках - рассеянный, невнимательный, качается на стуле, роняет ручки и карандаши и постоянно их собирает, - вот далеко не полный перечень отзывов педагогов по поводу гиперактивных детей.

В последнее время специалистами показано, что гиперактивность выступает как одно из проявлений целого комплекса нарушений, отмечаемых у таких детей. Основной же дефект связан с недостаточностью механизмов внимания и тормозящего контроля. Первые проявления гиперактивности можно наблюдать в возрасте до 7 лет. Пики проявления данного синдрома совпадают с пиками психоречевого развития. В 1—2 года, 3 года и 6—7 лет. В 1—2 года закладываются навыки речи, в 3 года у ребенка увеличивается словарный запас, в 6—7 лет формируются навыки чтения и письма. К подростковому возрасту повышенная двигательная активность, как правило, исчезает, а импульсивность и дефицит внимания остаются. Поведенческие нарушения сохраняются почти у 70% подростков и 50% взрослых, имевших в детстве диагноз синдрома гиперактивности. Несмотря на то, что этой проблемой занимаются многие специалисты (педагоги, дефектологи, логопеды, психологи, психиатры), в настоящее время среди родителей и педагогов все еще бытует мнение, что гиперактивность — это всего лишь поведенческая проблема, а иногда и просто «распушенность» ребенка или результат неумелого воспитания. Причем чуть ли не каждого ребенка, проявляющего в группе детского сада или в классе излишнюю подвижность и неусидчивость, взрослые причисляют к разряду гиперактивных детей. Такая поспешность в выводах далеко не всегда оправданна, так как синдром гиперактивности — это медицинский диагноз, право на постановку которого имеет только специалист. При этом диагноз ставится только после проведения специальной диагностики, а никак не на основе фиксации излишней двигательной активности ребенка.

Р. Кэмпбелл (1997) считает, что *основными ошибками взрослых при воспитании гиперактивного ребенка являются:*

1. недостаток эмоционального внимания, подменяемого медицинским уходом;
2. недостаток твердости и контроля в воспитании;
3. неумение воспитывать в детях навыки управления гневом.

Как правило, ребенок проявляет признаки гиперактивности в гораздо меньшей степени, оставаясь один на один со взрослым,

особенно в том случае, когда между ними налажен эмоциональный контакт. «Когда таким детям уделяют внимание, слушают их и они начинают чувствовать, что их воспринимают всерьез, они способны каким-то образом свести до минимума симптомы своей гиперактивности»

Синдромы дефицита внимания считаются одной из наиболее распространенных форм нарушений поведения среди детей младшего школьного возраста, причем у мальчиков такие нарушения фиксируются значительно чаще, чем у девочек. С появлением интеллектуальных нагрузок, норм и требований возникают трудности в учебе. Чрезмерная двигательная активность и невозможность сосредотачиваться длительное время на выполнении необходимого задания обращают на себя внимание педагогов уже в первые месяцы обучения. В отличие от дошкольной среды школьная среда выстраивает для ребенка ряд важных требований, ограничений и в то же время показывает ожидания социума – требует усидчивости, сосредоточенности, умения планировать, регулировать и контролировать свою деятельность, действовать по образцу, что трудно достижимо при гиперактивности. В поведении остается фрагментарно появляющаяся импульсивность, усиливающаяся в ситуациях утомления, по мере снижения адаптационных ресурсов ребенка. В остальном, при благоприятном характере развития, формируются возможности самоконтроля и регуляции поведения. Однако во многом характер отношения к гиперактивному ребенку, особенно значимых взрослых (родителей, педагогов) до момента естественного уменьшения симптомов гиперактивности определяет, какой будет самооценка ребенка, будет он самостоятельным, инициативным, творческим человеком или сформируется низкая самооценка и, как следствие, тревожность, неуверенность в собственных силах.

По американской классификации DSM-IV, СДВГ встречается трех подтипов:

- с преобладанием дефицита внимания; гиперактивность и импульсивность могут отсутствовать полностью;
- с преобладанием гиперактивности / импульсивности при минимально выраженном или полном отсутствии дефицита внимания;
- комбинированный—с наличием симптомов гиперактивности / импульсивности и дефицита внимания.

Прежде всего отметим, что поведение ребенка с СДВГ носит переменный характер. Непостоянно и в разных средах один и тот же ребенок может вести себя по-разному. Это вполне понятно, поскольку поведение ребенка не контролируется внутренними правилами, а является реакцией на внешние стимулы и факторы «здесь и сейчас». В зависимости от комбинации этих стимулов и факторов поведение ребенка будет разным: в одной среде симптомы СДВГ будут сильно выражены и поведение ребенка будет «проблемным», а в другой нет. В связи с этим можно сделать вывод, насколько важными в социализации ребенка с СДВГ являются школьная среда и отношения с учителем и сверстниками.

Итак, если подытожить, то общими для всех детей с СДВГ являются следующие проблемы:

- трудности в овладении некоторыми учебными навыками;

- неуклюжесть, проблемы с крупной и мелкой моторикой, неразборчивый почерк;
  - неаккуратность при выполнении письменных работ;
  - неумение организовать свою деятельность: как последовательность выполнения действий, так и во времени;
  - трудности в соблюдении инструкций;
  - эмоциональная нестабильность (частые смены настроения, вспыльчивость);
  - трудности с концентрацией внимания;
  - сложные отношения с учителями и сверстниками.
- Однако исследования показывают (Болотовский, Чутко, Попова), что наряду со всеми этими проблемами гиперактивные дети обладают:
- высокой познавательной активностью;
  - широким кругом интересов;
  - способностью к целостному восприятию мира и отдельных ситуаций;
  - способностью к озарению;
  - высоким уровнем развития аналитических способностей;
  - способностью придумывать множество вариантов решения одной задачи;
  - чувством юмора;
  - изобретательностью.

### **Дети с доминированием дефицита внимания**

Это наиболее сложный подтип для диагностики [СДВГ](#).

Типичные проблемы с сосредоточением внимания заключаются не столько в том, что дети с СДВГ не могут быть сконцентрированными, сколько в их неспособности на протяжении продолжительного времени удерживать внимание на важном, особенно если оно малоинтересное и не стимулирующее. Однако они внимательно смотрят захватывающий мультфильм, играют в компьютерные игры и могут быть успешными игроками.

Проблема появляется тогда, когда ребенку нужно продолжительное время концентрироваться на том, что неинтересно, например урок, представленный учителем, домашнее задание и т.п. В связи с этим появляются трудности с концентрацией, ошибки по невнимательности, отвлечение на посторонние факторы, невыполнение заданий.

Создается впечатление, что на уроках ребенок витает в облаках, с каждым учебным днем упуская пройденный материал. Одно-временно у него занижается самооценка, повышается тревожность, нарушаются коммуникации.

Внимание детей с СДВГ очень слабо контролируется «центральной командной пунктом» (лобной корой), и вместе с тем им руководят наиболее сенсорно привлекательные в плане новизны и стимуляции аспекты ситуации. Соответственно снижена способность активно руководить собственным вниманием, сосредоточить его на важнейших аспектах ситуации (особенно если они не интересны) и удерживаться от отвлечения на второстепенные стимулы (если они более интересны). Учитывая другую нейропсихологическую характеристику детей с СДВГ: большой сенсорный голод, потребность в сильных впечатлениях и способность быстро «насыщаться», можно предсказать, насколько

серьезными могут быть проблемы с внимательностью в ситуациях, «скучных» для ребенка (например, на уроке).

Типичные особенности поведения таких детей: «отсутствие», «сон наяву», растерянность, замедленность реакций, двигательная заторможенность. Эти дети обычно не создают особых трудностей окружающим, а потому не испытывают проблем с активным отчуждением, хотя могут иметь проблемы с социальными навыками и быть социально изолированными.

У них высокий индекс коморбидности (наличие дополнительной клинической картины) относительно специфических расстройств, школьных навыков, депрессии и тревожных расстройств. Хотя они и не обращают на себя внимания своей гиперактивностью, но у них есть все остальные симптомы: нарушения концентрации внимания, асоциальное поведение, они грубы и вспыльчивы, внешне производят впечатление неспособных, плохо успевающих, социально изолированных и часто депрессивных. Чаще встречается у девочек, но данный подтип реже относят к формам отклонений, нуждающихся в лечении (в некоторых случаях это ошибочно и лечение необходимо).

### **Рекомендации учителю**

- Интересная, мультисенсорная, с частой сменой кадров презентация учебного материала на уроке;
- активное привлечение детей;
- четкая структура с частым изменением заданий и видов деятельности;
- в процессе выполнения учеником самостоятельного задания: неоднократно подходить к нему (контроль его деятельности); интересоваться, все ли ему понятно; напоминать о времени, которое он может еще использовать при выполнении задания; поощрять (учителю необходимо создать ситуацию поддержки, которая позволит ребенку учиться укладываться в установленное время урока, например «не волнуйся, ты успеешь»; позволить задержаться после урока, чтобы закончить задание);
- домашнее задание писать на доске, проговаривая его вслух, предварительно попросить детей подготовить дневники и ручки, дополнительно обратить внимание ребенка (например: «Маша, ты все записала?»).

*Второстепенное (но существенное):*

- стратегия уменьшения посторонних раздражителей (например, посадить ребенка за первую парту, не возле окна и др.).
- Как показали исследования (Goldsten, 1998), даже в условиях сенсорно «стерильного» кабинета, если стиль преподавания не будет интересным и стимулирующим, ребенок будет отвлекаться: если не на что отвлечься снаружи, внимание перенесется во внутренний мир, мир воображения...

*Исключить (на время выполнения ребенком домашнего задания):*

- присутствие дома взрослых знакомых, приятелей;
- просмотр родителями телепередач (если это слышно ребенку), занятия за компьютером;
- длительные разговоры по телефону (только по существу, коротко);

- постоянные окрики из других комнат.

Категорически нельзя возлагать ответственность за выполнение домашнего задания и успехи в школе на ребенка.

## **Дети с доминированием гиперактивности**

Это наиболее редкая форма СДВГ.

Сидеть за партой шесть уроков подряд по 40 минут даже для здорового ребенка непосильная задача. Монотонность, отсутствие смены форм деятельности на уроке и в течение дня приводят к тому, что через 10-15 минут после начала урока гиперактивный ребенок уже не в состоянии спокойно сидеть за партой. Начинает проявляться симптоматика СДВГ: ребенок ерзает на месте, болтает руками и ногами, смотрит по сторонам, играет попавшими под руку предметами. Одним словом, занимается своими делами, казалось бы не обращая внимания на замечания учителя.

Такое поведение ребенка не возникает «специально», это следствие его утомления, что приводит к снижению функции контроля. Можно сколько угодно обращаться к ребенку, призывая к его сосредоточенности, внимательности, тишине, можно его наказывать, но это вряд ли будет эффективным.

Ребенок не может вести себя так, как требуют взрослые, и не потому, что не хочет, а потому, что его физиологические возможности не позволяют сделать это.

Однако при всей своей гиперактивности ребенок может повторить то, что сказал учитель, запомнить большую часть темы урока, выучить небольшое стихотворение и прочесть его через несколько дней.

Способностью услышать, запомнить и воспроизвести при повышенной активности и отвлекаемости эти дети и отличаются от детей других подтипов СДВГ.

Отметим, что роль учителя является определяющей в своевременном выявлении СДВГ. Особенно это касается учителей начальной школы — именно они могут первыми заметить симптомы СДВГ у ребенка и обеспечить раннюю диагностику и своевременную помощь.

От отношения учителя к ребенку зависят отношения, которые сложатся между ними, и, как следствие, мотивация ребенка к сотрудничеству, учебе, надлежащему поведению и пр. Сказанное отнюдь не уменьшает значимости определенных действий и усилий по построению позитивного взаимодействия с ребенком. Хорошие отношения не образуются сами собой, их надо строить и оберегать...

К рекомендациям учителю и родителям, которые описаны в предыдущем разделе, необходимо дополнить следующее (пути построения хороших взаимоотношений):

- ежедневное личное приветствие ребенка;
- использование разных возможностей для общения (например, во время перерыва подойти к ребенку и спросить: «Как настроение? Как прошли выходные?»);
- невербальные выражения хорошего отношения (например, слегка погладить, похлопать по плечу за успешное выполнение задания);
- внимательность к ребенку, доброжелательность, поддержка;
- внимание к успехам ребенка (в том числе и перед классом), его

положительным качествам, способностям;

- избегание унижительной критики, некорректных форм высказывания замечания;
- эмоциональное, интересное проведение уроков с привлечением детей, их активным участием в уроке, поощрением сотрудничества.

## Дети с комбинированной формой СДВГ

Самая распространенная форма.

Симптомы дефицита внимания и гиперактивности, проявляющиеся в комбинированной форме, часто сопровождаются дополнительными нарушениями:

- обучения (дислексия, дискалькуния, дисграфия и др.);
- моторики (нарушение моторного умения);
- общения (коммуникативные);
- нарушения экспрессивной и рецептивно-экспрессивной речи, фонации, логоневрозы и т.д.

Прямыми непосредственными следствиями СДВГ являются проблемы в нескольких сферах жизни: семья, отношения с ровесниками, поведение в школе и на улице, учеба. Степень выраженности этих проблем и их наличие зависят не только от СДВГ, но и от того, как реагирует социальное окружение на ребенка, помогает ли ему преодолевать вызванные расстройством ограничения.

Дополняя уже сформулированные выше рекомендации, отметим для учителей факторы, способствующие успешному обучению ребенка с СДВГ:

- вера учителя в ученика, хорошие взаимоотношения между ними;
- эффективное командное сотрудничество между специалистами по СДВГ (врач, психолог, педагог) и родителями;
- гибкость учителя, его готовность и желание находить соответствующий педагогический подход и стиль преподавания, который отвечает особенностям каждого ребенка;
- поддержка со стороны школьной администрации.

Что еще могут учителя:

- учитывать усвоение инструкции и алгоритм деятельности ученика на уроках;
- учитывать возможности контроля за протеканием собственной деятельности ребенка;
- обеспечить предсказуемость, организованность и структурированность среды;
- уменьшить объем письменных заданий на уроках;
- предоставить детям с СДВГ больше времени на выполнение задания.

Рекомендации учителю по работе с гиперактивными детьми

1. Обязательно оценивать хорошее поведение и успехи в учебе, хвалить ребенка, если он успешно справился даже с небольшим заданием.
2. Уменьшить рабочую нагрузку, по сравнению с другими детьми.
3. Делить работу на более короткие, но более частые периоды. Использовать физкультминутки.
4. Снизить требования к аккуратности в начале работы, чтобы сформировать чувство успеха. Создавать ситуацию успеха, в которой ребенок имел бы возможность проявить свои сильные стороны. Надо научить его лучше их использовать, чтобы компенсировать нарушенные функции за счет здоровых. Пусть он станет отличным экспертом по отдельным областям знаний.
5. Посадить ребенка во время занятия, по возможности, рядом с взрослым. Оптимальное место для гиперактивного ребенка - в центре класса, напротив доски, он всегда должен находиться перед глазами учителя. Ему должна быть предоставлена возможность быстро обращаться к учителю за помощью в случаях затруднений.
6. Использовать физический контакт (поглаживания, прикосновения) в качестве поощрения и снятия напряжения.
7. Направлять лишнюю энергию гиперактивных детей в полезное русло: во время урока просить их помочь - вымыть доску, раздать бумагу и т.д.
8. На определенный отрезок времени давать лишь одно задание. Если предстоит большое задание, то его надо предлагать в виде последовательных частей, и периодически контролировать ход работы над каждой частью, внося необходимые коррективы.
9. Давать задания в соответствии с рабочим темпом и способностями ученика. Важно избегать предъявления завышенных или заниженных требований.
10. Учить выражать свои эмоции.
11. Договариваться с ребенком заранее о тех или иных действиях.
12. Давать короткие и четкие инструкции (не более 10 слов).
13. Использовать гибкую систему поощрений и наказания.
14. Поощрять ребенка сразу же, не откладывая на будущее.
15. Предоставлять ребенку возможность выбора, когда это необходимо.
16. Работу с гиперактивным ребенком строить индивидуально, при этом основное внимание уделять отвлекаемости и слабой организации деятельности.
17. По возможности игнорировать вызывающие поступки ребенка с синдромом дефицита внимания.
18. Учебные занятия строить по четко распланированному, стереотипному распорядку.
19. Задания, предлагаемые на уроке, писать на доске.
20. Вводить проблемное обучение, повышать мотивацию учеников, использовать в процессе обучения элементы игры, соревнования. Больше давать творческих, развивающих заданий и наоборот, избегать

монотонной деятельности. Рекомендуется частая смена заданий с небольшим числом вопросов.

21. Прикосновение является сильным стимулятором для формирования поведения и развития навыков обучения. Дотроньтесь до плеча ребёнка, погладьте его по голове, возьмите за руку...

22. При разговоре с ребёнком по возможности опускаться на уровень его глаз, смотреть ему в глаза, взять за руки.

23. Запомнить, гиперактивность – это не поведенческая проблема, не результат плохого воспитания, а медицинский и нейропсихологический диагноз. Проблему гиперактивности невозможно решить волевыми усилиями, авторитарными указаниями и убеждениями.

#### Список литературы

1. Малкина-Пых И.Г. Возрастные кризисы: Справочник практического психолога. - М.: Изд-во Эксмо, 2005. - 896 с.

2. Т.Филиппова Болезнь или норма? Выявление признаков СДВГ методом анкетирования. Методический журнал для педагогов-психологов "Школьный психолог" № 2 (519) февраль 2014 г.

3. И.Серегина Вечный двигатель. Как помочь гиперактивному ребенку. Методический журнал для педагогов-психологов "Школьный психолог" № 3 (520) март 2014 г.

4. Моница Г.Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми - СПб.: Издательство "Речь", 2006. - 190 с., ил.

5. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Учеб. пособие: В 2 кн. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. - Кн. 2: Работа психолога со взрослыми. Коррекционные приемы и упражнения. - 480 с.: ил.

<http://vashpsixolog.ru> Ваш психолог. Работа психолога в школе