

ПОМОЩЬ ГИПЕРАКТИВНОМУ РЕБЕНКУ

У статті розглядаються особливості поведінки гіперактивних дітей, а також надаються рекомендації педагогам та батькам з подолання труднощів у навчанні та вихованні дітей з СДУГ.

Не смотря на то, что уже вышло огромное число публикаций о проявлениях синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, проблема таких детей не становится менее значительной. Школьных психологов всегда озадачивала проблема отсутствия у взрослых (родителей и учителей) желания внимать доводам специалистов о том, что дети с проявленными гиперактивности – это не злоумышленники, с которыми нужно бороться дисциплинарными методами. Ведь именно от родителей (а впоследствии и от воспитателей и учителей) зависит модель поведения ребенка, и именно взрослые несут ответственность за последствия этого поведения.

Тревожит тот факт, что гиперактивных детей становится все больше. Если до 2005 года считалось, что их 3-6%, то современная статистика указывает цифры от 3 до 20%. По данным Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии в нашей стране количество детей с СДВГ каждый год увеличивается на треть. Результаты исследований за последние несколько лет показывают, что каждый двенадцатый школьник имеет проявления этого синдрома [2].

Впервые о детях без выраженных интеллектуальных нарушений, но с различными нарушениями поведения и обучения, заговорили еще в 60-х годах XX столетия. Тогда же стал широко использоваться термин «минимальные мозговые дисфункции» (ММД). Со временем стало ясно, что нельзя говорить о ММД, как о единой диагностической форме, т. к. их возникновение и проявления очень многогранны. Поэтому в 80-е годы этого же столетия, как самостоятельную форму, выделили гипердинамический синдром (СДВГ). Ранее СДВГ считался пограничным состоянием между нормой и патологией, хотя М. И. Буянов, работы которого оказали большое влияние на развитие знаний о синдроме, подчеркивал, что при этой минимальной мозговой дисфункции повреждается специфический участок мозга – ретикулярная формация [1]. И только в 2008 году МОЗ Украины признало это поведенческое расстройство болезнью [2].

Большое влияние на развитие знаний о гипердинамическом синдроме оказали работы М. И. Буянова [1] и Н. Н. Заваденко [3].

У интересующей нас проблемы есть несколько названий,

* © Кутищева О. А.

потому что она имеет многообразные признаки, различные причины возникновения и выступает как синдром.

Синдром (с греческого – совокупность, стечение) – стечение симптомов определенного явления, объединенных общим механизмом возникновения [4, с. 465].

Можно встретить такие названия этого синдрома: М. И. Буянов использует два определения: гипердинамический синдром и двигательная расторможенность [1], Н. Н. Заваденко определяет его как синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) [3]; М. Раттер – как гиперкинетический синдром. В данное время, чаще всего, встречается термин СДВГ и ГРДВ (гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания) [2]. Детей, проявляющих признаки синдрома, называют гипердинамичными или гиперактивными.

Цель статьи: обосновать необходимость своевременной помощи гиперактивному ребенку в воспитании и обучении.

Родителей и учителей, близко сталкивающихся с проблемой гиперактивности, интересуют следующие вопросы: каковы причины возникновения ММД, в чем проявляется гиперактивность; что будет, если вовремя не выявить проблему; что делать родителям и учителям для улучшения состояния ребенка.

Гиперактивность – это минимальная мозговая дисфункция (ММД), основным проявлением которой, является нарушение способности ребенка контролировать и регулировать свое поведение вследствие преобладания процессов возбуждения над тормозными процессами в центральной нервной системе.

Происхождение гипердинамического синдрома еще недостаточно изучено. Но наличие органических повреждений ЦНС (нейроинфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы), удается выявить практически у всех больных. Установлено, что важную роль в развитии синдрома, наряду с социальными факторами (ссоры родителей, их развод, плохое отношение к ребенку в семье или школе, конфликты со значимыми родственниками или учителями), играет и генетический: тяжело протекающая беременность, стрессы, которым подвергалась мать в этот период. А также частые болезни (в том числе инфекционные), перенесенные в первые месяцы (годы) жизни ребенка, резко усиливают вероятность возникновения гипердинамического синдрома. Немаловажная роль отводится экологической ситуации, а именно загрязнению окружающей среды: загазованность и различные вредные выбросы в атмосферу, резкое ухудшение качества питьевой воды, повышенное содержание в пище пестицидов, пищевых красителей, консервантов, нитратов и др. Таким образом, гипердинамический синдром может быть как врожденным, так и приобретенным (Рис. 1).

Гипердинамичные дети отличаются *повышенной активностью* – это только один из многочисленных симптомов заболевания. Важно отметить, что, очутившись в новой обстановке, при встрече с незнакомыми людьми ребенок, как правило, не

ПСИХОЛОГІЯ

проявляет присущей ему гиперактивности. В разных ситуациях он может вести себя по-разному, так как действия таких детей контролируются не внутренними правилами, а внешними стимулами и факторами. Именно поэтому в одном случае симптомы будут ярко выражены (в ситуации утомления, плохого самочувствия, сонливости), а в другом – почти незаметны. Это осложняет определение специалистами синдрома во время первых консультаций. В последнее время этот факт стал считаться еще одним критерием наличия у ребенка гипердинамического синдрома.

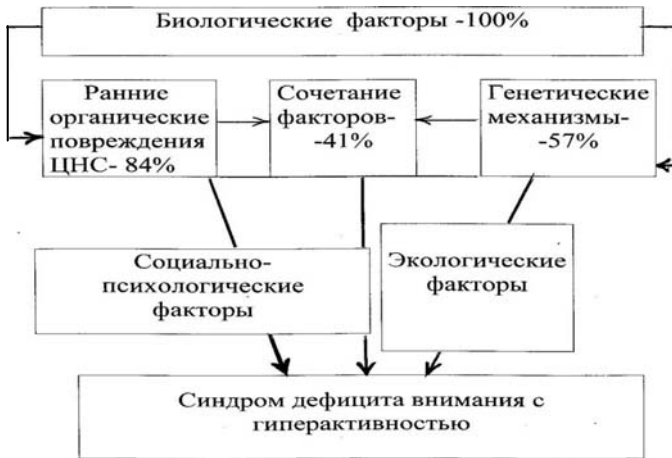


Рис. 1 Причины возникновения гипердинамического синдрома

Следует заметить, что чем меньше необоснованных ограничений и запретов налагается на гиперактивного ребенка, тем более адекватным будет его поведение.

Основной дефект синдрома – это недостаточное (соответственно возрасту) развитие внимания. Показатели развития внимания существенно колеблются: избирательность внимания связана с заинтересованностью и удовлетворением от деятельности. В ситуации сильной заинтересованности гиперактивный ребенок не имеет никаких проблем с концентрацией внимания. Примером тому служит время, проведенное в интернете или любое другое увлечение, в том числе и занятия спортом. Хуже всего гиперактивные дети выполняют задания, которые кажутся им трудными, монотонными, неинтересными и не подкрепленными поощрением, так как им свойственна *низкая, неустойчивая концентрация внимания*. Вместе с трудностями концентрации у таких детей присутствует *отвлекаемость*. Таким образом, нарушение развития внимания проявляется в трудностях его удержания (ребенку сложно самостоятельно выполнять

ПСИХОЛОГІЯ

заданія до кінця), в зниженні избирательности внимания (невозможно долго сосредоточено работать), ярко выраженная отвлекаемость с частыми переключениями с одного занятия на другое.

Также, одним из важных симптомов этого синдрома является *импульсивность*, которая постоянно проявляется у гиперактивных детей. Она выражается в том, что ребенок Действует, не думая: во время уроков некстати отвечает, выкрикивает, не сидит на месте. Именно из-за этого гиперактивные дети и входят в так называемую «группу риска». Эти дети наиболее подвержены травматизму, потому что могут действовать непредсказуемо (у них отсутствует этап планирования), не задумываясь о последствиях своих поступков. Но следует помнить, что все это они делают импульсивно, без специального умысла. Кроме этого, у гиперактивных детей наблюдается *нарушение координации движений, мелкой моторики и праксы* (способности осуществлять достаточно сложные целенаправленные движения и действия). А из-за этого возникают дополнительные сложности в младшем школьном возрасте при обучении письму и рисованию. Нужно отметить, что, несмотря на определенные проблемы в овладении школьными навыками и школьной программой, общее интеллектуальное развитие гиперактивных детей отвечает норме, а иногда и превышает ее. Этот факт подтверждается специальными длительными наблюдениями и исследованиями уровня их умственного развития. Как уже отмечалось, гиперактивные дети импульсивны, к тому же, они еще и *неаккуратны, невнимательны, не могут запомнить больше одного задания*, поэтому выглядят, как непослушные – все это приводит к возникновению проблем во взаимоотношениях с окружающими: педагогами, родителями, ровесниками. Эти проблемы, не выявленные вовремя или не получившие должного внимания, со временем имеют тенденцию к увеличению, так как окружающие неправильно (можно сказать, неграмотно) воспринимают действия гиперактивного ребенка. Такое положение вещей формирует у детей агрессивность и может привести к девиациям в поведении. Если отношение к ребенку не меняется, то проявления гиперактивности будут оказывать влияние и на поступки в дальнейшей, уже взрослой жизни: частые смены мест работы, трудности в создании семьи, проблемы в общении и т. д.

СДВГ – это синдром, который имеет гендерные различия. Ранее считалось, что он встречается только у мальчиков. Исследования специалистов и наблюдения практиков показали – девочки довольно часто подвержены его проявлениям. Но у них симптоматика СДВГ не так ярко выражена и проявляется, преимущественно, как трудности в общении (приводящие, зачастую, к социальной изоляции), невнимательность и проблемы в организации деятельности. Также, по сравнению с мальчиками, физическая агрессия проявляется меньше, чем вербальная.

При воспитании и обучении детей с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью желателен владеть теоретическими основами, изложенными выше, но для родителей и педагогов все же более актуальным остается вопрос о методах *коррекции гиперактивности*. Важно помнить, что оказание помощи детям с СДВГ должно носить комплексный характер и объединять различные подходы, в том числе работу с родителями и школьными педагогами, методы модификации поведения, психолого-педагогической коррекции, психотерапии, а также медикаментозное лечение. Но самое главное заключается в том, что самим взрослым никогда не следует терять надежду на успехи ребенка.

Добиться исчезновения таких симптомов, как гиперактивность, импульсивность и невнимательность в короткие сроки не представляется возможным. Однако можно в значительной степени снизить их проявления. При этом от родителей требуется полное понимание того, что поступки их ребенка не являются умышленными. Нередко встречающаяся у детей с ММД тревожность, непослушание, а также агрессивность носят вторичный характер и усиливаются из-за неправильного воспитания, поэтому родители должны стремиться к устранению этих недостатков с помощью специалистов.

Можно предложить родителям *некоторые приемы модификации поведения*.

1. В своих отношениях с ребенком поддерживайте позитивную установку. Хвалите его даже за небольшой успех. Это помогает укрепить его уверенность в собственных силах.

2. Говорите сдержанно, спокойно, мягко.

3. Избегайте чрезмерного повторения слов «нет» и «нельзя».

4. Давайте ребенку только одно задание на определенный отрезок времени, чтобы он имел возможность завершить начатое.

5. Для подкрепления устных инструкций, используйте зрительную стимуляцию.

6. Поощряйте ребенка за все виды деятельности, требующие концентрации внимания.

7. Договоритесь о распорядке дня и четко его придерживайтесь.

8. Избегайте посещения ребенком многолюдных мест.

9. Оберегайте от утомления, т. к. оно приводит к нарастающей гиперактивности.

10. Во время игр ограничивайте ребенка одним партнером.

11. Давайте возможность расходовать избыточную энергию (бег, индивидуальные спортивные занятия, длительные прогулки).

12. Помните, что ребенок перенимает вашу модель поведения и общения с окружающими.

Поскольку наибольшие трудности дети испытывают в шко-

ПСИХОЛОГІЯ

ле, к організації допомоги необхідно привлекать педагогов. Выполнение ряда рекомендаций позволяет нормализовать взаимоотношения с «неудобным» ребенком.

1. Ознакомьтесь с информацией о природе и проявлениях синдрома.
2. Обязательно используйте поощрения.
3. Обеспечьте ученику возможность быстрого обращения за помощью.
4. Не ждите, пока деятельность ребенка станет хаотичной, вовремя помогите ему организовать работу.
5. При каждом удобном случае давайте ребенку возможность принимать на себя ответственность.
6. Придерживайтесь позитивной модели поведения. Создавайте ситуации успеха.
7. При необходимости посоветуйте родителям педагога для дополнительных занятий. Сами родители могут стать в этой ситуации надсмотрщиками.
8. Обеспечивайте ребенку индивидуальные условия. Например, через 20-25 минут урока позвольте заниматься приемлемым в данной обстановке делом: встать и походить в конце класса, заниматься лепкой, раскрашиванием, чтением интересной для него литературы, одеть наушники и т. д.
9. Мотивируйте свои поступки в отношении ребенка.
10. Всегда помните: необходимо договариваться, а не пытаться сломить.

Медикаментозная терапия занимает важное место в лечении синдрома. Она назначается по индивидуальным показаниям в тех случаях, когда когнитивные и поведенческие нарушения у гиперактивного ребенка не могут быть преодолены лишь с помощью методов модификации поведения, психолого-педагогической коррекции и психотерапии.

Подводя итоги изложенного, следует подчеркнуть: не существует одинаковых рецептов, подходящих для всех гиперактивных детей. Оказание помощи должно носить индивидуальный характер и быть комплексным.

Для ребенка с гиперактивностью очень важна своевременная и грамотная помощь родителей, учителей, психологов и медиков, т. к. оставленный один на один с проявлениями синдрома, он, в силу своих психофизиологических особенностей, не способен справиться с этим болезненным состоянием. Непосредственными последствиями такой ситуации станут проблемы во многих сферах его дальнейшей жизни.

Література:

1. Буянов М. И. Беседы о детской психиатрии. – М. : Просвещение, 1992.
2. Допомога дітям з гіперактивністю: медичні рекомендації / за ред. І. А. Бугайової. – Херсон, 2012. – 71с.
3. Заваденко Н. Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью

і дефіцитом уваги. – М., 2000.

4. Шапар В. Б. Психологічний тлумачний словник. – Х. : Прапор, 2004. – 640 с.

Лемешева Т. Є., Подавільнікова І. М. *

ЕТАПИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДИТИНИ: ПІДГОТОВКА ДО ШКОЛИ ТА АДАПТАЦІЯ ПЕРШОКЛАСНИКІВ

У статті висвітлюється важливість початкових етапів соціалізації дитини, подаються поради батькам та педагогам щодо сприяння ефективній соціалізації дошкільників і першокласників.

Нині, коли в нашій країні відбуваються широкомасштабні процеси соціально-економічних і політичних змін, коли максимально загострюються суспільні суперечності, зростає небезпека виникнення відхилень у поведінці дітей, досить актуальною проблемою для психологів, педагогів, фізіологів, лікарів є саме проблема соціалізації дитини.

Спираючись на нормативну базу: новий Державний стандарт, програми «Українське дошкілля», «Дитина в дошкільні роки», урахувавши вікові особливості психологічного розвитку дитини, психологи ДНЗ та ЗНЗ працюють у напрямі формування психологічної готовності підростаючого покоління до входження в соціум, тобто його соціалізації.

«Соціалізація – процес і результати засвоєння людиною історично створених соціальних норм та культурних цінностей (конструктивних та саморуйнівних), що передбачають її включення в систему суспільних відносин, та самостійне відтворення цих відносин» [6].

Освітня програма «Дитина в дошкільні роки» зорієнтована на цінності та інтереси дитини, урахування вікових можливостей, на збереження дитячої субкультури, на ампліфікацію (підсилення) дитячого розвитку, взаємозв'язок усіх сторін життя малюка.

Позитивними змінами Державного стандарту початкової загальної освіти є забезпечення наступності змісту дошкільної та початкової загальної освіти, а також упровадження особистісно орієнтованого підходу в навчально-виховний процес початкової школи. Нова редакція Державного стандарту початкової загальної освіти зорієнтована на соціалізацію особистості молодшого школяра.

Безперечно, чим краще підготовлені організм та психіка дитини до всіх змін, пов'язаних із початком навчання в школі, неминучих труднощів, тим легше вона з ними впорається, тим спокійніше і менш болісно проходить процес адаптації до шкільного навчання.

Необхідно визначити готовність дитини ще до вступу в школу і на самому початку навчання. Доведено, що в дітей,

* © Лемешева Т. Є., Подавільнікова І. М.