

ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ І ГІПЕРАКТИВНІСТЮ У ПОЧАТКОВІЙ ШКОЛІ

*Байкачова Катерина Володимирівна,
асистент кафедри педагогіки та психології
Єваторійський інститут соціальних наук
РВНЗ «Кримський гуманітарний університет» (м. Ялта)*

Постановка проблеми. У сучасних психолого-педагогічних наукових дослідженнях однією з актуальних тем є успішна соціалізація та соціальна адаптація людини, а зокрема дітей молодшого шкільного віку. Момент вступу до школи і період первинного засвоєння вимог нового соціального середовища для дитини є дуже важливим. Вченими доведено, що успіх навчання школяра-початківця зумовлюється станом його психофізіології та мотиваційно-потребностної сфери, рівнем розвитку та сформованості інтелектуальних вмінь, навичками довільної поведінки, готовністю до спільної діяльності з педагогом і однолітками тощо. Ці положення є обов'язковими для розвитку учня у нормі, тому будь яке порушення розвитку автоматично призводить до проблем у навчанні, і, як наслідок, у процесах соціалізації та соціальної адаптації індивідууму.

Вітчизняні та зарубіжні дослідження (Л. Бадалян, Л. Журкова, М. Заваденко, Б. Мастюкова, Л. Ясюкова, Дж. Стілл, В. Дуглас та ін.) свідчать, що кількість учнів з вираженими складнощами в розвитку когнітивної сфери в останні роки помітно зростає. Незважаючи на публікації з психології та педагогіки вітчизняних та зарубіжних вчених, проблема гіперактивних дітей молодшого шкільного віку стоїть достатньо гостро.

Аналіз досліджень і публікацій. У зарубіжній психології симптоми гіперактивності були вперше описані як розлад в 1902 році англійським лікарем Дж. Стіллом, який вважав, що поява симптомів гіперактивності викликана слабким, «гальмуючим волеспрямуванням» («inhibitory volition») і «недостатнім моральним контролем» («defective moral control») [4, с.7].

У сімдесятих роках В. Дуглас довела, що, крім власне гіперактивності, основними симптомами синдрому гіперактивності і дефіциту уваги є недовіра уваги і слабкий контроль імпульсивності [4, с.8]. На даний час слабка саморегуляція і розгальмування розглядаються як основні порушення у гіперактивних дітей.

Непосидючих дітей з низкою працездатністю та самооцінкою сучасні науковці (Ю. Антропов, І. Брязгунов, М. Заваденко, О. Касаткіна, В. Кучма, Г. Платонова, О. Сорокін, Ю. Шевченко, R. Barkley, F. Gastellanos, H. Remschidt та ін.) визначають як таких, що мають «синдром дефіциту уваги та гіперактивність» (СДУГ). Фахівці поєднують формування концепції СДУГ з розвитком досліджень з питань про мінімальні мозкові дисфункції у людини, які мають прояв у віковій незрілості окремих вищих психічних функцій та їх дисгармонійному розвитку.

Аналіз психолого-педагогічної літератури дозволяє стверджувати, що СДУГ, є найбільш розповсюдженою формою аномалій психіки молодших школярів у ранньому онтогенезі.

Мета статті. Охарактеризувати дітей з синдромом дефіциту уваги і гіперактивності та особливості процесу їх навчання у початковій школі.

Виклад основного матеріалу. Дітей з СДУГ неможливо не помітити, оскільки вони різко виділяються на фоні однолітків своєю поведінкою. Однією зі специфічних рис такої поведінки є надмірна активність дитини, зайва рухливість, метушливість, неможливість тривалого зосередження уваги на чому-небудь.

Дослідження М. Заваденко показують, що гіперактивність виступає як один із проявів цілого комплексу порушень, що відзначаються в таких дітей. Ці порушення є наслідком мінімальних мозкових дисфункцій. Основний же дефект пов'язаний з недостатністю механізмів уваги і гальмуючого контролю. Тому подібні порушення більш точно класифікуються як «синдроми дефіциту уваги з гіперактивністю» [2, с.12]. Синдроми дефіциту уваги вважаються однією з найбільш поширених форм порушень поведінки серед дітей молодшого шкільного віку, причому у хлопчиків такі порушення фіксуються значно частіше, ніж у дівчаток.

Порушення поведінки, як визначає М. Заваденко, пов'язані з гіперактивністю і недоліками уваги, виявляються у дитини вже в дошкільному дитинстві. Однак у цей період вони можуть виглядати не настільки проблемно, оскільки частково компенсуються нормальним рівнем інтелектуального та соціального розвитку. Початок шкільного навчання створює серйозні труднощі для дітей з вадами уваги, так як навчальна діяльність пред'являє підвищені вимоги до розвитку цієї функції. Саме тому діти з ознаками синдрому дефіциту уваги не в змозі задовільно справлятися з вимогами школи. Як правило, в підлітковому віці дефекти уваги у таких дітей зберігаються, але гіперактивність зазвичай зникає і нерідко, навпаки, змінюється зниженою активністю, інертністю психічної діяльності і недоліками спонукань [2, с.56].

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю має певні клінічні прояви. Їх критерії (А, В, С, Д) зафіксовані класифікацією DSM-IV (1994).

Діагностичні критерії синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю за класифікацією DSM-IV:

А. Для постановки діагнозу «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю» необхідно наявність симптомів неухвальної, гіперактивності й імпульсивності.

І. Симптоми неухвальної, які зберігаються у дитини протягом як мінімум 6 місяців і виражені настільки, що свідчать про недостатню адаптацію та невідповідність нормальним віковим характеристикам (необхідна наявність шести або більше з перерахованих нижче симптомів):

- часто нездатний утримувати увагу на деталях, через недбалість, легковажність, допускає помилки в шкільних завданнях, у виконуваний роботі та іншої діяльності;
- зазвичай насилу зберігає увагу при виконанні завдань або час ігор;
- часто складається враження, що дитина не слухає звернення до нього мовою;
- часто виявляється не в змозі дотримуватися пропонованих інструкцій і впоратися до кінця з виконанням уроків, домашньою роботою або обов'язками на робочому місці (що ніяк не пов'язано з негативною поведінкою, нездатністю зрозуміти завдання);
- часто зазнає труднощів в організації самостійного виконання завдання та інших видів діяльності;
- зазвичай уникає, висловлює невдоволення і пручається залученню до виконання завдань, які вимагають тривалого збереження розумової напруги (наприклад, шкільних завдань, домашньої роботи);
- часто втрачає речі, необхідні у школі і вдома (наприклад, іграшки шкільне приладдя, олівці, книги, робочі інструменти);
- легко відволікається на сторонні стимули;
- часто проявляє забудькуватість в повсякденних ситуаціях.

П. Симптоми гіперактивності й імпульсивності, які зберігаються протягом щонайменше 6 місяців і виражені настільки, що свідчать про недостатню адаптації та невідповідність нормальним віковим характеристикам (необхідна наявність шести або більше з перелічених нижче симптомів).

Гіперактивність:

- часто спостерігаються неспокійні рухи в кистях і стопах; сидючи на стільці, крутиться;
- часто встає зі свого місця в класі під час уроків або в інших ситуаціях, коли потрібно залишатися на місці;
- часто проявляє безцільну рухову активність: бігає, крутиться, намагається кудись залізти, причому в таких ситуаціях, коли це неприйнятно;
- зазвичай не може тихо, спокійно грати або займатися чим-небудь на дозвіллі;
- часто перебуває в постійному русі і веде себе так, «ніби до нього прикріпили мотор»;
- часто буває балакучим.

Імпульсивність:

- часто відповідає на запитання, не замислюючись, не вислухавши їх до кінця;
- зазвичай насилу чекає своєї черги в різних ситуаціях;
- часто заважає іншим, пристає до оточуючих (наприклад, втручається в розмови або гри).

Деякі симптоми імпульсивності, гіперактивності і неуважності починають викликати занепокоєння оточуючих у віці дитини до 7 років.

Ставити той чи інший діагноз повинен лікар, тому що важлива точність у встановленні цього розладу, який необхідно відрізнити від нормальної вікової рухової активності дітей, індивідуальних особливостей темпераменту, порушень поведінки, що виникають внаслідок психічної травми і т. д. Психологи, батьки і вчителі повинні бути інформовані про діагностичні критерії синдрому дефіциту уваги, з тим щоб своєчасно направити дитину на консультацію до фахівців і забезпечити йому необхідну допомогу.

Основні порушення поведінки, характерні для синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю, супроводжуються серйозними вторинними порушеннями, до числа яких насамперед належать слабка успішність у школі і труднощі в спілкуванні з іншими людьми.

Низька успішність – типове явище для гіперактивних дітей. Між тим, загальний рівень інтелектуального розвитку таких учнів у більшості випадків відповідає віковим нормативам. Однак певні порушення відзначаються для таких когнітивних функцій, як увага і пам'ять, характерна також недостатня сформованість функцій організації, програмування і контролю психічної діяльності [2, с.84].

Ці психологічні особливості ускладнюють повноцінне включення дитини в навчальну діяльність. Під час уроку цим дітям складно справлятися із завданнями, так як вони відчувають труднощі в організації і завершенні роботи, швидко вимикаються з процесу виконання завдання. Навички читання і письма у цих дітей значно нижче, ніж у однолітків. Їх письмові роботи виглядають неохайно і характеризуються помилками, які є результатом неуважності, невиконання вказівок вчителя або вгадування.

Порушення поведінки гіперактивних дітей впливають не тільки на шкільну успішність, а й значною мірою визначають характер їх взаємовідносин з оточуючими людьми. У більшості випадків такі діти відчувають проблеми в спілкуванні: вони не можуть довго грати з однолітками, встановлювати і підтримувати дружні відносини. Серед дітей вони є джерелом постійних конфліктів і швидко стають знедоленими.

У сім'ї ці діти зазвичай страждають від постійних порівнянь з братами і сестрами, поведінка та навчання яких ставиться їм у приклад. Вони недисципліновані, неслухняні, не реагують на зауваження, що дратує батьків, змушених вдаватися до частих, але не результативних покарань. Більшості таких дітей властива низька самооцінка. У них нерідко відзначаються деструктивна поведінка, агресивність, упертість, брехливість, схильність до крадіжок та інших форм асоціальної поведінки [2, с.67].

Беручи до уваги неухильне зростання числа дітей з синдромом дефіциту уваги в усьому світі і думку фахівців про те, що учні з цим діагнозом страждають від шкільної дезадаптації, на теперішній час гостро встає питання про специфіку навчання таких дітей, про підготовку педагогів для роботи з ними.

Характеристики учнів з СДУГ, як вважають А. Сиротюк та К. Єгорова, можуть затрудняти для них процес навчання, формування позитивної самооцінки, можливість виражати себе та формувати певні навчальні навички. У той же час ці особливості можуть бути основою для ефективного навчання. Відповідальність за пошук методів навчання, що сприяють розкриттю потенціалу цих учнів, лежить на дорослих, які взаємодіють з гіперактивними дітьми. Для цього педагогам бажано або мати додаткову психологічну освіту (курси перепідготовки), або співпрацювати з психологом, який буде спрямовувати роботу вчителя, допоможе виробити прийом взаємодії в класі [6, с.15].

Фахівці відзначають у гіперактивних дітей високий ступінь ймовірності відставання в навчанні, розлади поведінки, відмови від навчання в школі, меншу ймовірність благополучного закінчення середньої школи і вступу до вузу, ніж у їхніх однолітків без СДУГ. Головною проблемою дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю може стати зниження продуктивності навчальної діяльності, низький рівень академічних досягнень. По даним досліджень М. Заваденко, багато дітей з СДУГ мають порушення в розвитку мови і труднощі у формуванні навичок письма і рахунку. 66% обстежуваних дітей з даним синдромом виявили ознаки дислексії і дисграфії, 61% – ознаки дискалькулії [2, с.66].

Під час уроку дітям важко концентрувати увагу, вони швидко відволікаються, не вмють працювати в групі, вимагаючи до себе індивідуальної уваги вчителя, часто не можуть завершити роботу, заважаючи при цьому однокласникам. Дитина з СДУГ вже на 7-8-й хвилині після початку уроку проявляє рухове занепокоєння, втрачає увагу. Найчастіше, прагнучи бути поміченим педагогом і однокласниками, вона домагається уваги дорослого і однолітків єдиним відомим і доступним способом – виконуючи роль «класного блазня».

Оскільки кожен вчитель стикається з цією проблемою в класі, необхідно вводити спецкурс для студентів – майбутніх педагогів, що розкриває специфіку навчання дітей з діагнозом СДУГ, і навчати психологів освіти технікам, прийомам взаємодії з дітьми з СДУГ, їх батьками та педагогами. Одним із принципів підготовки кадрів, яким належить робота з дітьми з даним синдромом, має стати принцип обізнаності, що припускає інформованість майбутніх педагогів про особливості розвитку та поведінки дітей з СДУГ. Це продиктовано тим, що досить часто таких учнів сприймають як невихованих, примхливих, педагогічно запущених. Найчастіше «незручного» учня прагнуть перевести в інший клас, а потім і в іншу школу, мотивуючи це тим, що він не здатний засвоїти програму гімназичного або лицейського рівня. Тому важливо розповідати не тільки вчителям, але іноді і батькам про те, що відзначається ними симптоматика хоча і носить фізіологічний характер, далеко не завжди пов'язана з неможливістю освоєння навчальної програми і не може бути знижена тільки за допомогою дисциплінарних стягнень.

У дітей з СДУГ лобові частки кори головного мозку, що відповідають за контроль поведінки, формуються пізніше,

ніж у їхніх однолітків, тому вони, маючи нормальний і навіть високий рівень розвитку інтелекту, не мають здатність до самоконтролю. Це ускладнює процес їх навчання і змушує педагога шукати способи, що дозволяють допомогти таким дітям. На перших етапах це може бути індивідуальна, потім – групова робота. Серед дітей з СДУГ Т. Бондаренко, Г. Леві, О. Романчук умовно виділяють такі групи: діти з розвиненими візуальними, але зниженими слуховими навичками; діти, у яких знижені візуальні, але розвинені слухові навички; діти зі зниженням обох навичок [1, 3, 5]. Робота педагога на початковому етапі спирається на активне використання сильної сторони учнів, а не на усунення недоліків. З дітьми першої категорії важлива опора на візуальні уявлення дитини, включення тактильних і кінестетичних стимулів (обмацування одночасно з читанням слова); другої категорії – фонетичний підхід (на початковому етапі – мультисенсорний підхід); третьої категорії – мультисенсорний підхід: дитина одночасно дивиться на слово, вимовляє його вголос, контролює відчуття в глотці [43, с.87].

Симптоми СДУГ можуть виявлятися і посилюватися при збільшенні навантажень на нервову систему, в результаті чого відбувається розбалансування психічних процесів, що негативно відбивається на процесі навчання. Тому бажано не перевантажувати дитину заняттями з репетиторами, нескінченним переписуванням неакуратних робіт, тривалим виконанням домашніх завдань. З цієї причини, на думку Г. Моніної, вибираючи школу для дитини з СДУГ, краще зупинити свій вибір не на гімназії з ускладненою програмою, а на звичайному класі з базовою програмою. Перебуваючи в комфортних для нього умовах, дитина швидше адаптується до шкільного життя, і за період навчання в початковій школі при відповідному режимі навчання (без перевтоми) робота мозку повністю нормалізується [4, с.24]. В іншому випадку інтелектуальні та фізичні перевантаження тільки посилять симптоматику СДУГ, і дитина, навіть володіючи великим потенціалом, не зможе відповідати шкільним вимогам. Сама дитина з СДУГ часто нездатна структурувати свій час, тому на перших етапах навчання (як і на будь-якому іншому етапі, якщо це не було зроблено раніше) дорослі повинні допомогти їй раціонально розподілити час, щоб не було перевантажень, а шкільні завдання були виконані. В деяких випадках, навіть віддаючи неабияку частку відповідальності за навчання самій дитині, батьки все ж повинні контролювати виконання ним домашніх завдань протягом усіх років навчання в школі. О. Романчук вважає, що брак розуміння і допомоги з боку дорослих (батьків та вчителів) може привести до проявів агресивності з боку дитини, до відмови виконувати навчальні завдання або до виконання їх тільки під страхом покарання. Слід зауважити, що заняття з гіпервідповідальними батьками, які бажають домогтися ідеального виконання дитиною домашніх завдань, теж може привести до агресивних спалахів, до зниження мотивації і до конфліктів у сім'ї [5, с.211].

Корекція дітей з СДУГ може включати функціональні вправи (розвиток довільності і самоконтролю, елімінація імпульсивності), дихальні, окомоторних вправи та ін. Частина вправ можна відпрацьовувати на заняттях з психологом, частину – на уроці з усім класом, частину – в домашніх умовах. Важливо відзначити, що на початкових етапах навчання у таких дітей відсутній навчальна мотивація, оскільки мотиваційний рівень навчання забезпечується лобовими частками кори головного мозку, які формуються у дітей цієї категорії пізніше, ніж у їхніх однолітків. Тому одним з найважливіших напрямків роботи з учнями з СДУГ є формування навчальної мотивації.

Корекційно-розвиваюче навчання дітей з СДВГ виявляється ефективним, якщо педагоги слідує деяким принципам, що впливають з особливостей учнів даної категорії.

Результати досліджень Г. Моніної, К. Лютової, Л. Чутко підтвердили, що допомога повинна носити комплексний характер. Як правило, в команду зацікавлених учасників входять лікар-невролог, психолог, педагог і обов'язково батьки. Часто саме педагог направляє дитину до психолога, помітивши перші симптоми СДУГ, які поки що важко виявити, спілкуючись з ним у ситуаціях, що вимагають меншої напруги, ніж навчальна діяльність. І саме педагог може дати лікарю і психологу зворотний зв'язок, що стосується ефективності вибраного лікарем методу лікування або використаних психологом прийомів роботи [4, с.152].

Цілеспрямована спільна діяльність фахівців і батьків необхідна дитині, якій набагато легше виконувати однакові вимоги дорослих, які оточують її, перебувати в єдиному виховному просторі, ніж пристосовуватися до суперечливих, а іноді і взаємовиключних вказівок, що неминуче призводить до стресу.

Тільки при комплексному підході до вирішення проблем навчання дитини з СДУГ можна розраховувати на зниження його емоційного напруження і більш повної реалізації його потенціалу [4, с.154].

Наступний принцип навчання дитини з СДУГ полягає в тому, що заходи педагогічного впливу на нього принесуть свої плоди тільки в разі систематичного їх застосування. Як правило, поодинокі заходи, навіть якщо в них беруть участь медичні фахівці, педагоги, батьки та психологи, не приведуть до очікуваного результату. І хоча цю вимогу бажано виконувати при навчанні дітей будь-якої категорії, при взаємодії з гіперактивними учнями вона повинна виконуватися обов'язково, оскільки їм важко самим структурувати час і простір, вони повинні чітко знати, який педагогічний вплив послідує за тією чи іншою дією з їх боку. Для відчуття безпеки вони повинні бути впевнені, що характер і сила даного впливу не залежать від настрою батьків, психолога, вчителя, а є постійним правилом.

Принцип поетапності в роботі з гіперактивними учнями припускає, що, враховуючи їх індивідуальні фізіологічні особливості, бажано спочатку виділити час на встановлення контакту, потім здійснювати індивідуальну роботу з розвитку довільності дій (вміння слухати інструкцію, підкорятися правилам). Даний принцип є одним з основоположних в роботі педагога [4, с.162].

Гетерогенність проявів СДУГ зумовлює необхідність здійснення при взаємодії з гіперактивними дітьми принципу індивідуалізації, значимість якої обумовлена в даному випадку крім гетерогенності і не сформованості у дитини з СДУГ окремих психічних структур, в деяких ситуаціях – відсутністю інтересу до навчання, стилем розумової діяльності.

Індивідуалізація навчання – найважливіший фактор, що впливає на формування навчальних навичок, і передбачає свідоме зусилля педагога, спрямовані на відбір і адаптацію методик навчання, на структурування навчального процесу відповідно до потреб кожної дитини [4, с.168].

Традиційно індивідуалізація процесу навчання передбачає не тільки прийняття і розуміння кожної окремої дитини, а й систему заходів, які вчитель свідомо впроваджує в ході педагогічного процесу. На думку І. Якиманської, освітня програма повинна бути гнучко пристосована до пізнавальних можливостей учня, динаміці його розвитку в процесі навчання. Безумовно, педагог прагне, враховуючи особливості дитини з СДУГ, створити найсприятливіші умови для його навчання. Однак це не завжди призводить до глибокої особистісної включеності учня, оскільки ініціатива виходить від вчителя. Крім того, в умовах класно-урочної системи зусилля вчителя можуть виявитися неефективними. Тоді стають необхідними зусилля, які спрямовані на створення умов для «самоіндивідуалізації» учня, на виявлення кожним учнем власного стилю навчальної діяльності та на перехід до саморегуляції [7, с.36].

Висновки. Специфіка навчання учнів з СДУГ полягає в реалізації таких принципів, як комплексність, системність, поетапність, і в необхідності здійснення індивідуалізації.

Вибір конкретних заходів педагогічного впливу на конкретного учня обумовлюється як особливостями самого учня, так і можливостями вчителя. Крім того, велике значення при виборі стратегії буде мати мета, яку переслідує

вчитель: профілактична допомога дитині або екстрена реакція на непередбачені події.

Резюме. У статті розглянуті психологічні особливості гіперактивних дітей молодшого шкільного віку. Представлені діагностичні критерії синдрому дефіциту уваги і гіперактивності. Проаналізовано труднощі, що виникають у навчанні таких дітей та особливості роботи педагогів. Визначено основні принципи навчання з урахуванням особливостей розвитку і поведінки дітей з синдромом дефіциту уваги і гіперактивністю. **Ключові слова:** синдром дефіциту уваги, гіперактивність, неуважність, імпульсивність, комплексність, системність, поетапність, індивідуалізація навчання.

Резюме. В статье рассмотрены психологические особенности гиперактивных детей младшего школьного возраста. Представлены диагностические критерии синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Проанализированы возникающие трудности в обучении таких детей и особенности работы педагогов. Определены основные принципы обучения с учетом особенностей развития и поведения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. **Ключевые слова:** синдром дефицита внимания, гиперактивность, невнимательность, импульсивность, комплексность, системность, поэтапность, индивидуализация обучения.

Summary. The article deals with the psychological characteristics of hyperactive children of primary school age. We present diagnostic criteria for attention deficit disorder and hyperactivity. Analyzes the difficulties in teaching these children, and especially the work of teachers. The basic principles of learning, taking into account the peculiarities of development and behavior of children with attention deficit hyperactivity disorder. **Keywords:** attention deficit disorder, hyperactivity, inattention, impulsivity, comprehensive, systematic, sequential, individualized learning.

Література

1. Бондаренко Т.Н. Профилактическая диагностика минимальных мозговых дисфункций у детей младшего школьного возраста / Т.Н. Бондаренко // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – №7. – С.44-61.
2. Заваденко Н.Н. Как понять ребёнка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания / Н.Н. Заваденко. – М.: Школа-Пресс, 2000. – 112 с.
3. Леви Г.Б. Дети с нарушением обучаемости в школе и дома / Г.Б. Леви. – СПб., 1995. – 118 с.
4. Мони́на Г.Б., Лютова-Робертс Е.К., Чутко Л.С. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь / Г.Б. Мони́на, Е.К. Лютова-Робертс, Л.С. Чутко / Монография. – СПб.: Речь, 2007. – 186 с.
5. Романчук О.І. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги / О.І. Романчук // Практ. керівництво. – Л.: Крео, 2008. – 323 с.
6. Сиротюк А.Л., Сиротюк А.С., Егорова Е.В., Коррекционно-развивающая программа для детей периода интенсивного роста / Е.В. Егорова, А.Л. Сиротюк, А.С. Сиротюк. – Таеръ, 2007. – 24 с.
7. Якиманская И.С. Личностно ориентированное обучение в современной школе / И.С. Якиманская. – М.: Сентябрь, 2002. – 96 с.

Подано до редакції 13.05.2012