**Доклад для преподавателей "Особенности работы с гиперактивными детьми"**

**Аннотация.**

Гиперактивность на сегодняшний день является очень большой проблемой в процессе образования. Осложняется это еще и тем, что практически всех подвижных детей относят к этому типу нарушения, а истинный СДВГ остается без диагностики специалистов. Но задача преподавателей передать знания всем учащимся без исключения. Как же определить детей с СДВГ, какие виды расстройства встречаются и что делать преподавателю с такими детьми - вот что преподаватель может почерпнуть из данной статьи.

**Ключевые слова:** Гиперактивность, подтипы СДВГ, рекомендации.

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 и6***—***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 «распущенность» 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 вариабельный 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. Одно­временно у него занижается самооценка, повышает­ся тревожность, нарушаются коммуникации.

Внимание детей с СДВГ очень слабо контролиру­ется «центральным командным 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 немаленькое 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 унизительной 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. Монина 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.