

СЛАГАЕМЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ: опыт, традиции, инновации

Андрианова Елена Сергеевна,

преподаватель отдела народных инструментов,
МБУ ДО ДМШ №4 им. В.М. Свердлова г.о. Тольятти;

Воробьева Ольга Александровна,

преподаватель отдела народных инструментов,
МБУ ДО ДМШ №4 им. В.М. Свердлова г.о. Тольятти;

Салахова Татьяна Алексеевна,

преподаватель отдела народных инструментов,
МБУ ДО ДМШ №4 им. В.М. Свердлова г.о. Тольятти;

Петрова Светлана Алексеевна,

преподаватель отдела народных инструментов,
МБУ ДО ДМШ №4 им. В.М. Свердлова г.о. Тольятти

О РАБОТЕ С ГИПЕРАКТИВНЫМ РЕБЕНКОМ В ДМШ И ДШИ

Аннотация. Актуальность изучения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью определяется высокой распространенностью данного заболевания и высокой степенью социальной дезадаптацией, возникающей на его фоне.

Ключевые слова: синдром, дефицит внимания, невнимательность, гиперактивность, импульсивность, диагноз, тенденции.

Существует очень устойчивое мнение, поддерживаемое рядом периодических изданий, что буквально с каждым годом в нашем городе (стране, мире) рождается все больше детей с различными патологиями. Но внимательный читатель должен подходить ко всем этим «откровениям» с большой осторожностью. И не стоит раньше времени паниковать. Вот почему.

1. В последние два десятилетия ушедшего века кардинальным образом изменилась и усовершенствовалась диагностика неврологических заболеваний

СЛАГАЕМЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ: опыт, традиции, инновации

у детей раннего возраста. Исходя из этого можно предположить, что многие неврологические дефекты новорожденных и детей раннего возраста раньше просто не диагностировались, а следовательно, не попадали в статистику. То есть было меньше не больных, а диагнозов.

2. Появились новые группы лекарственных препаратов, которые улучшают кровоснабжение мозга, стимулируют обучение и память, мягко влияют на другие высшие интегративные функции головного мозга. При этом они обладают минимумом побочных эффектов.

3. Расхожий газетно-журнальный тезис о том, что вот, мол, раньше была прекрасная экология, все ели натуральные продукты, жили на природе и потому были здоровы, как космонавты, не выдерживает элементарной критики. Итак, как же обстоят дела в действительности?

Отечественные данные о распространенности СДВГ 7-17% у детей;

Западных ученых - от 4 – 12%.

Столь широкий разброс значений объясняется применением различных диагностических критериев и отсутствием единообразия в составе изучаемых групп.

СДВГ в 3-4 раза чаще встречается у лиц мужского пола.

СДВГ встречается у детей во всех социально-экономических группах. При этом ряд авторов отмечает, что несколько чаще СДВГ фиксируется в малообеспеченных слоях населения. Данный факт можно объяснить тем, что социальные факторы чаще вызывают сопутствующие поведенческие проблемы криминального характера. Также СДВГ более распространен в регионах с повышенной плотностью населения.

1.Классификации СДВГ

СДВГ можно разделить на три **подтипа**, основываясь на типе поведения, который наиболее заметен:

СЛАГАЕМЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ: опыт, традиции, инновации

1. тип с преобладанием нарушений внимания(невнимательность);
2. гиперактивно-импульсивный тип(гиперактивность);
3. комбинированный тип, зависящий от природы симптомов (импульсивность).

Клинические проявления заболевания определяются тремя основными симптомокомплексами: невнимательностью, гиперреактивностью и импульсивностью.

- Невнимательность. Говоря о СДВГ чаще всего имеют в виду повышенную отвлекаемость и снижение концентрации внимания у таких детей.

- Гиперактивность. Под гиперактивностью у детей с СДВГ обычно понимают повышенную двигательную (моторную) активность. Родители жалуются «кажется, что к ребенку подключили мотор». В отличие от просто энергичных детей активность у детей с СДВГ носит бесцельный характер.

- Импульсивность. Под импульсивностью понимают невозможность контроля над своими импульсами. Импульсивные дети не могут дождаться своей очереди при игре. В учебной ситуации у таких детей наблюдается «импульсивный стиль работы»: они выкрикивают ответы на уроке, не отвечая на них полностью, прерывают других учеников или учителя. Импульсивность часто сочетается с агрессивным и оппозиционным поведением.

2. Основные проявления СВДГ

1. ребенок опускает руки и попросту плюнуть на мнение окружающих. Он идет на улицу, где его сверстники восхищаются его безбашенностью, желанием самоутвердиться, активностью.

2. другой ребенок с более слабым здоровьем начинает много и разнообразно болеть соматическими заболеваниями.

3. третий ребенок самый сильный и мужественный, несмотря на все трудности продолжает бороться за место под солнцем, пытаясь хоть как-нибудь

СЛАГАЕМЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ: опыт, традиции, инновации

приспособиться к обстоятельствам, в которых как будто бы специально все против него. Иногда у него что-то получается - он становится форвардом школьной футбольной команды, или певцом в школьном ансамбле, или «великим химиком», или записным школьным юмористом, или просто классным шутком. Все это, как правило, делается вопреки воле семьи и педагогического коллектива. Но когда место найдено, все вздыхают с облегчением – проявление синдрома резко идут на убыль.

3. Условия уменьшения проявлений СДВГ

1. Общепринятым является положение, согласно которому лечение СДВГ должно быть **комплексным**, то есть включать как медикаментозную терапию, психотерапевтические методы, и индивидуальный подход в школе.

2. Они больше, чем другие дети, нуждаются в позитивном подкреплении своих успехов.

3. В четкой формулировке требований к ним, поэтапность (постановка целей перед ребенком и медленного приближения к ним).

4. Режим дня (что дисциплинирует и помогает ребенку получить опыт в организации своего времени и пространства)

5. Практически все окружающие гипердинамического ребенка люди (родители, учителя, даже одноклассники) пребывают в неизбежной уверенности, что ребенок вполне может избавиться от всех проблем и недостатков, попросту «взяв себя в руки», «собравшись» и т.д. К сожалению, они ошибаются.

6. Некоторое время каждый гипердинамический ребенок будет соответствовать ожиданиям окружающих его людей, «напрягать волю», «следить за собой» и выполнять другие, столь же ценные советы. Постепенно, однако и он, и другие убеждаются в том, что никаких успехов все это не приносит. Более того, чем больше ребенка стыдят и ругают, тем хуже у него идут дела. Нервная

СЛАГАЕМЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ: опыт, традиции, инновации

система такого ребенка, и без того работающая с перегрузом, получает дополнительную нагрузку.

4. Школьная программа коррекции.

Школьная программа коррекции включает:

а) изменение окружения (место ребёнка в классе — рядом с учителем, включение минуток активного отдыха в режим урока), регулирование взаимоотношений с одноклассниками);

б) создание ситуаций успеха, развитие мотивации обучения;

в) коррекцию негативных форм поведения, в частности немотивированной агрессии.

5. Рекомендации врачей

Любой ребёнок, которого приводят за помощью к врачу, является личностью, потому нет каких-то определенных правил корректировки поведения. Но существуют положения, от которых надо отталкиваться при лечении и воспитании:

1. Контроль времени. Малыши с этим заболеванием часто не в состоянии сами контролировать время. Поэтому необходимо следить за тем, чтобы они укладывались в нормативы, выполняя задания. Последние нужно записать на бумаге и повесить над письменным столом. Необходимо своевременно замечать и поправлять ребёнка при чрезмерном переключении внимания. Спокойно возвращать к выполняемой задаче.

2. Особенности запретов. Нехватка внимания и повышенная активность выражается в абсолютном отрицании детьми любых запретов. Здесь есть одно правило: отсутствие во фразах слов «нельзя» и «нет».

3. Конкретика выполнения. Особенность прохождения патологии не дает возможности детям соблюдать логическое мышление. Чтобы облегчить пони-

СЛАГАЕМЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ: опыт, традиции, инновации

вание, не стоит перегружать предложения, из которых вы формируете задание.

4. Последовательность выполнения заданий. Заболевание провоцирует у маленьких пациентов рассеянность. Нужно не забывать, что несколько заданий, которые вы даете одновременно, просто не воспринимаются детьми. Воспитателям надо самим следить за динамикой процесса и поручением очередных заданий.

6. Тактика работы с СДВГ исходя из положений интегративной модели

При организации учебной деятельности важно помнить:

1. О необходимости смены деятельности
2. Включение творческих заданий
3. Дети с СДВГ часто любят что-либо делать своими руками
4. Работа с эмоциональным состоянием ребенка

Заключение. «Скорая помощь» при работе с гиперактивным ребенком

1. Отвлечь ребенка от его капризов.
2. Предложить выбор (другую возможную в данный момент деятельность).
3. Задать неожиданный вопрос.
4. Отреагировать неожиданным для ребенка образом (пошутить, повторить действие ребенка).
5. Не запрещать действие ребенка в категоричной форме.
6. Не приказывать, а просить (но не заискивать).
7. Выслушивать то, что хочет сказать ребенок (в противном случае он не услышит вас).
8. Автоматически, одними и теми же словами повторять многократно свою просьбу (нейтральным тоном).
9. Оставить в комнате одного (если это безопасно для его здоровья).

СЛАГАЕМЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ: опыт, традиции, инновации

10. Не настаивать на том, чтобы ребенок во чтобы то ни стало принес извинения.

11. Не читать нотаций (ребенок все равно их не слышит).

Список литературы

1. Мурашова Е.В. Дети - «тюфяки» и дети-«катастрофы»: Гиподинамический и гипердинамический синдром. – Екатеринбург: У-Фактория, 2005.
2. Моница Г.Б., Лютова-Робертс Е.К., Чутко Л.С. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь. Монография. – СПб.: Речь, 2007.
3. 5 мифов о синдроме дефицита внимания с гиперактивностью. – URL: <https://the-steppe.com/razvitie/5-mifov-o-sindrome-deficita-vnimaniya-s-giperaktivnostyu> (дата обращения 15.05.2022 г.).
4. Александрова Т.В. СДВГ (синдром дефицита внимания с гиперактивностью). – URL: <http://pms-centr.spb.ru/materialy-spetsialistov/515-sdvg-sindrom-defitsita-vnimaniya-s-giperaktivnostyu-lektsiya-dlya-uchitelej> (дата обращения 20.05.2022 г.).