

Семинар – практикум

«Особенности подхода к детям с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)»

Цель: познакомить педагогов с особенностями детей с СДВГ, Причинами возникновения этого синдрома, развитие оптимальных поведенческих стратегий педагогов в типичных и нетипичных педагогических ситуациях.

ХОД:

1.

Разминка.

Педагогам предлагается в списках их воспитанников отметить тех детей, с которыми они испытывают трудности во время организованных коллективных формах педагогической деятельности.

Ведущий:

- Что именно затрудняет работу с этими детьми? Что объединяет этих детей? Какие ответные меры принимает воспитатель? (Работа в подгруппах).

2.

Теоретическая часть.

Основные проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

Большинство исследователей отмечают три основных блока проявления СДВГ: гиперактивность, дефицит внимания, импульсивность (Ю.С. Шевченко, Н.Н. Заваденко и др.).

Гиперактивность проявляется избыточной двигательной активностью, беспокойством и суетливостью, многочисленными беспорядочными движениями, которых ребенок часто не замечает. Для детей с СДВГ характерна чрезмерная болтливость, неспособность усидеть на одном месте, продолжительность сна всегда меньше нормы. В двигательной сфере у них обычно обнаруживаются нарушения двигательной координации, несформированности мелкой моторики и праксиса - способность осуществлять сложные целенаправленные движения и действия.

Это — неумение завязывать шнурки, застегивать пуговицы, использовать ножницы и иголку, несформированный почерк. Исследования польских ученых показывают, что двигательная активность детей с СДВГ на 25—30% выше, чем у других детей.

Многие психические процессы могут быть полноценно сформированы только при условии сформированности внимания. Л.С. Выготский писал, что направленное внимание играет огромную роль для процессов абстракции, мышления, мотивации, направленной активности

Нарушения внимания могут проявляться в трудностях его удержания, в снижении избирательности и выраженной отвлекаемости с частыми переключениями с одного занятия на другое. Такие дети характеризуются непоследовательностью в поведении, забывчивостью, неумением слушать и сосредоточиться, частой потерей личных вещей. Они стараются избежать заданий, требующих длительных умственных усилий. Однако показатели внимания таких детей подвержены существенным колебаниям. Если деятельность ребенка связана с заинтересованностью, увлеченностью и удовольствием, то он способен удерживать внимание часами.

Импульсивность выражается в том, что ребенок часто действует, не подумав, перебегает других, может без разрешения встать и выйти из класса. Кроме того, такие дети не умеют регулировать свои действия и подчиняться правилам, не умеют ждать, часто повышают голос, эмоционально лабильны (у них часто меняется настроение).

К подростковому возрасту повышенная двигательная активность в большинстве случаев исчезает, а импульсивность и дефицит внимания сохраняются. По результатам исследования Н.Н. Заваденко, поведенческие нарушения сохраняются почти у 70% подростков и 50% взрослых, имевших в детстве диагноз дефицита внимания.

Характерной чертой умственной деятельности гиперактивных детей является цикличность. Дети могут продуктивно работать 5—15 минут, затем 3—7 минут мозг отдыхает, накапливая энергию для следующего цикла. В этот момент ребенок отвлекается и не реагирует на учителя. Затем умственная деятельность восстанавливается, и ребенок готов к работе в течение 5—15 минут. Они имеют как бы «мерцающее» сознание. Могут «впадать» и «выпадать» из него, особенно при отсутствии двигательной стимуляции. При дефицитарной работе вестибулярного аппарата им необходимо двигаться, крутиться и постоянно вертеть головой, чтобы оставаться «в сознании». Для того чтобы сохранить концентрацию внимания, дети применяют адаптивную стратегию: они активизируют

центры равновесия при помощи двигательной активности. Например, отклоняясь на стуле назад так, что пола касаются только его задние ножки. Учитель требует, чтобы они «сели прямо и не отвлекались». Но эти два требования вступают в противоречие. Если голова и тело неподвижны, у гиперактивных детей снижается уровень активности мозга.

Перечисленные нарушения способствуют возникновению трудностей в освоении чтения, письма, счета. Н.Н. Заваденко отмечает, что для 66% детей с диагнозом СДВГ характерны дислексия и дисграфия, для 61% детей — признаки дискалькулии. В психическом развитии наблюдаются парциальные задержки на 1,5—1,7 года.

Кроме того, гиперактивность характеризуется слабым развитием тонкой моторной координации и постоянными, беспорядочными, неловкими движениями, вызванными несформированностью межполушарного взаимодействия и высоким уровнем адреналина в крови. Для этого расстройства также характерна постоянная внешняя болтовня, указывающая на недостаток развития внутренней речи, которая должна контролировать социальное поведение.

Вместе с тем гиперактивные дети часто обладают неординарными способностями, сообразительны и проявляют живой интерес к окружающему. Результаты многочисленных исследований показывают хороший общий интеллект таких детей, но перечисленные особенности не способствуют его развитию. Среди гиперактивных детей могут быть и одаренные. Так, Д. Эдиссон и У. Черчилль относились к гиперактивным детям и считались «трудными» подростками.

Анализ возрастной динамики СДВГ показал два всплеска проявления синдрома. Первый отмечается в 5—10 лет и приходится на период подготовки к школе и начало обучения, второй — в возрасте 12—15 лет. Это обусловлено динамикой развития высшей нервной деятельности. Возраст 5,5—7 лет и 9—10 лет — критические периоды для формирования систем мозга, отвечающих за мыслительную деятельность, внимание, память. Активизация СДВГ в 12—15 лет совпадает с периодом полового созревания. Гормональный всплеск отражается на особенностях поведения и на отношении к учебе.

По имеющимся данным, среди мальчиков 7—12 лет признаки синдрома диагностируются в 2—3 раза чаще, чем среди девочек. Среди подростков это соотношение составляет 1:1, а среди 20—25-летних — 1:2 с преобладанием девушек. У девочек более выражены социальная дезадаптация, учебные трудности, личностные расстройства.

Высокая частота встречаемости синдрома у мальчиков обусловлена более высокой уязвимостью плода мужского пола к вредным воздействиям во время беременности и родов. У девочек полушария головного мозга менее специализированы из-за большего количества межполушарных связей, поэтому при поражении центральной нервной системы они имеют больший резерв компенсаторных механизмов по сравнению с мальчиками.

Нейропсихологические причины и механизмы синдрома дефицита внимания и гиперактивности

Причины и механизмы развития синдрома дефицита внимания окончательно не выяснены, несмотря на большое количество исследований в различных направлениях. В настоящее время существуют нейроморфологические, генетические, нейрофизиологические, биохимические, социально-психологические концепции, которые пытаются объяснить механизмы развития синдрома. Однако на современном этапе исследования СДВГ доминирующими считаются три группы факторов в развитии синдрома:

- генетические факторы;
- повреждение центральной нервной системы плода во время беременности и родов;
- негативное действие внутрисемейных и социальных факторов.

По результатам исследования Н.Н. Заваденко возникновение СДВГ из-за раннего повреждения центральной нервной системы в период беременности и родов встречается в 84% случаев, генетические причины — в 57%, негативное действие внутрисемейных факторов — в 63%.

Проявления генетического фактора прослеживаются в нескольких поколениях одной семьи, значительно чаще среди родственников мужского пола. Влияние биологических факторов играет существенную роль в младшем возрасте, затем возрастает роль социально-психологических факторов, особенно внутрисемейных отношений.

Причинами раннего повреждения центральной нервной системы во время беременности и родов могут послужить недостаточное питание, отравление свинцом, органические повреждения мозга, внутриматочные дефекты, наркотическое отравление (например, кокаином) во время пренатального развития, кислородная недостаточность в период развития плода или в процессе родов. Многие дети с симптомами неспособности к обучению появились на свет при осложненных родах, а среди недоношенных детей эти симптомы обычны. По результатам многочисленных исследований одной из самых распространенных причин отклонений в обучении и поведении является родовая травма шейных отделов позвоночника, которая не диагностируется своевременно, что может привести к возникновению синдромов несформированности или дефицитарности головного мозга в онтогенезе.

Диагностика детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Проявления СДВГ очень разнообразны, но наблюдение и диагностика проводятся по трем основным направлениям: дефицит внимания и гиперактивность и импульсивность. При диагностике следует помнить, что всем детям вообще свойственна высокая двигательная активность. Внимание у детей становится относительно устойчивым к 4—5 годам. Для детей дошкольного возраста характерно непроизвольное внимание и слабо развитое распределение внимания. У младших школьников объем внимания в 2—3 раза меньше, чем у взрослых. Полное внимание на уроке и при обследовании дети могут сохранять не более 12—15 минут. Кроме того, следует помнить, что процесс созревания лобных структур в онтогенезе продолжается до 12—15 лет. Также следует иметь в виду, что синдром настолько часто встречается в рамках задержки психического развития, что не диагностируется как самостоятельная патология. Для постановки диагноза необходимо прослеживание симптомов СДВГ на протяжении не менее 6 месяцев. Симптомы должны проявляться до 8 лет и сопровождаться психологической дезадаптацией. Поставить диагноз и определить индивидуальную медикаментозную форму лечения может только врач. Психологической и нейропсихологической коррекцией могут заниматься соответствующие специалисты.

3. Педагогам предлагается отметить признаки дефицита внимания, импульсивности и гиперактивности у конкретных воспитанников. В ходе этого психолог знакомит присутствующих с результатами теста Тулуз – Пьерона и сравнивает его данные со своими результатами.

4.

Работа в малых группах. Педагогам предлагаются ситуации, которые каждая подгруппа старается разрешить приемлемым для ребенка с СДВГ способом.

Ситуации:

1. *Воспитатель говорит «Садимся делать уроки». Дима (12 л.) вроде бы и сел, но «дурачится», корчится на стуле, отбирает учебные принадлежности у соседа, т.е. продолжает играть.*
2. *Петя (8 л.) потерял уже четвертую ручку на этой неделе, кроме этого у него еще и дневник исчез. Это выяснилось только вечером, когда сели делать уроки.*
3. *Таня (10 л.) наконец – то переписала решенную задачу в тетрадь. Но когда воспитатель посмотрел, то «ахнул»: в тетради ужасная грязь, исправления, орфографические ошибки.*
4. *Саша (13 л.) дежурит по спальне. В процессе этого он успел случайно перевернуть горшок с комнатным растением, подражаться с товарищем, посмотреть одним глазом интересный фильм.*

Групповая дискуссия.

После работы в подгруппах педагоги обсуждают представленные ситуации коллективно.

- К чему приведет такая форма разрешения ситуации педагога? Каким образом можно было поступить педагогу еще? Как учитываются при этом особенности детей с СДВГ?

5.

Рекомендации психолога.

Дети с синдромом гиперактивности имеют достаточно высокие компенсаторные механизмы, для развития которых должны соблюдаться определенные условия:

- обеспечение спокойных эмоционально-нейтральных условий развития и обучения;
- соблюдение режима, достаточное время для сна;
- обучение по личностно-ориентированной программ. без интеллектуальных перегрузок; соответствующая медикаментозная поддержка;
- разработка комплексной индивидуальной программы помощи ребенку со стороны невролога, психолога педагога, родителей;
- своевременная нейропсихологическая коррекция.

Психолог знакомит педагогов с рекомендациями по работе с детьми с СДВГ, которые оформляются в виде памятки и раздаются всем участникам семинара.

6.

Практическая часть.

Воспитатели от каждой группы представляют подготовленные игры для преодоления импульсивности детей, развития внимания, саморегуляции, осуществления контроля над активностью, раздают участникам оформленные на карточках их содержание.

Листок обратной связи

«___» _____ 2010 г.

Ф.И.О. _____

- | | | |
|--|-----------|---|
| 1. Я извлек для себя много пользы из семинара-тренинга | 5 4 3 2 1 | Я не извлек большой пользы из семинара-тренинга |
| 2. Я полностью удовлетворен своей работой | 5 4 3 2 1 | Не удовлетворен своей работой |

3. Что на семинаре-тренинге было для меня:

самым полезным _____

самым бесполезным _____

самым приятным _____

самым неприятным _____

Листок обратной связи

«___» _____ 2010 г.

Ф.И.О. _____

- | | | |
|--|-----------|---|
| 1. Я извлек для себя много пользы из семинара-тренинга | 5 4 3 2 1 | Я не извлек большой пользы из семинара-тренинга |
| 2. Я полностью удовлетворен своей работой | 5 4 3 2 1 | Не удовлетворен своей работой |

3. Что на семинаре-тренинге было для меня:

самым полезным _____

самым бесполезным _____

самым приятным _____

самым неприятным _____

Листок обратной связи

«___» _____ 2010 г.

Ф.И.О. _____

- | | | |
|--|-----------|---|
| 1. Я извлек для себя много пользы из семинара-тренинга | 5 4 3 2 1 | Я не извлек большой пользы из семинара-тренинга |
| 2. Я полностью удовлетворен своей работой | 5 4 3 2 1 | Не удовлетворен своей работой |

3. Что на семинаре-тренинге было для меня:

самым полезным _____

самым бесполезным _____

самым приятным _____

самым неприятным _____

Что именно затрудняет работу с этими детьми?

Что объединяет этих детей?

Какие ответные меры принимает воспитатель?

Что именно затрудняет работу с этими детьми?

Что объединяет этих детей?

Какие ответные меры принимает воспитатель?

Что именно затрудняет работу с этими детьми?

Что объединяет этих детей?

Какие ответные меры принимает воспитатель?

Что именно затрудняет работу с этими детьми?

Что объединяет этих детей?

Какие ответные меры принимает воспитатель?

Что именно затрудняет работу с этими детьми?

Что объединяет этих детей?

Какие ответные меры принимает воспитатель?