Холина Любовь Сергеевна

Консультация для воспитателей на тему:

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ГИПЕРАКТИВНЫМ ДОШКОЛЬНИКАМ**

**Содержание**

|  |  |
| --- | --- |
| Введение…………………………………………………………………….. | 3 |
| Глава 1. Психолого-педагогическая характеристика детей с гиперактивностью………………………………………………………..… | 5 |
| Глава 2. Принципы психологической помощи детям дошкольного возраста с гиперактивностью……………………………………………… | 9 |
| Глава 3. Характеристика стратегии индивидуального сопровождения гиперактивных детей…………………………………….. | 12 |
| Глава 4. Условия эффективной психолого-педагогической помощи гиперактивным детям……………………………………………………… | 14 |
| Заключение………………………………………………………………… | 17 |
| Список литературы………………………………………………………… | 18 |

**Введение**

В настоящее время существует много работ, в которых исследуются проблемы становления личности, проблемы воспитания дошкольников. С каждым годом увеличивается количество детей, нуждающихся в психологической поддержке и помощи.

Довольно остро встала проблема так называемых расторможенных, ни секунды не сидящих на месте детей. Если еще несколько лет назад в начальных классах их было по одному - два на класс, то сейчас - до десяти и более. Своим поведением эти дети мешают и одноклассникам, и педагогам. О родителях и говорить не приходится, поскольку именно на них замыкаются все издержки поведения их питомцев, куда еще примешиваются жалобы со стороны персонала детского сада, а потом и школы.

То, что начинать решать эту проблему надо сразу по обнаружении (обычно это средний дошкольный возраст), знают и понимают все. Но из поля зрения многих авторов выпадает другая сторона дела, а именно, внутренние проблемы гиперактивных дошкольников, личностные и социальные.

Мало кто задумывается, что же в конечном итоге происходит с такими ребятами (если они не получили вовремя помощь и поддержку). Не имея больших успехов в учебе, получая бесконечные замечания за свое поведение в школе и дома, они, вслед за учителями, считают себя совершенно никчемными, абсолютно неисправимыми, постепенно свыкаясь с этой мыслью. В результате складываются условия для трансформации в психопатическую личность и, более того, для возникновения случаев правонарушений, антисоциальных поступков.

Именно поэтому усилия врачей, педагогов и родителей должны сочетаться с активной работой психологов. Необходимо разрабатывать методы работы с такими детьми, приемы "вхождения" гиперактивных детей в группу, которые могли бы облегчить им общение со сверстниками.

В настоящее время перед специалистами дошкольных учреждений стоит проблема организации медико-психолого-педагогического сопровождения гиперактивных дошкольников на протяжении всего периода детства. Стратегия сопровождения должна носить мультидисциплинарный характер, что позволяет тщательно разработать цели и содержание работы с гиперактивным ребенком, определить профессиональную нишу каждого из специалистов в решении проблемы, найти оптимальные пути взаимодействия дошкольного учреждения с родителями и школой. В центре сопровождения находится ребенок с его индивидуальными чертами, уровнем развития и особенностями поведения, продиктованными его гиперактивностью. Главными задачами сопровождения являются выведение ребенка на качественно иной уровень жизнедеятельности, адаптация в современном социуме, подготовка к школе, сохранение самоценности детства.

Таким образом, ***цель*** моей работы – изучить основные аспекты психолого-педагогической помощи гиперактивным дошкольникам.

***Задачи:***

* изучить психолого-педагогическую характеристику детей с гиперактивностью;
* раскрыть основные принципы психологической помощи детям дошкольного возраста с гиперактивностью;
* охарактеризовать стратегии индивидуального сопровождения гиперактивных детей;
* изучить условия эффективной психолого-педагогической помощи гиперактивным детям.

**Глава 1. Психолого-педагогическая характеристика детей с гиперактивностью**

В основе изменения поведения дошкольника в сторону гипердинамического развития лежат врожденные нарушения деятельности ЦНС, минимальные органические поражения головного мозга, родовые травмы различной тяжести, кислородное голодание плода во время беременности, некоторые перенесенные матерью заболевания. Все точки зрения на причину и течение заболевания можно объединить в три большие группы: биологические, психосоциальные, генетические.

Сторонники первой группы причин – биологических – считают, что существует достоверная связь заболевания с органическими поражениями головного мозга, возникающими во время беременности и родов, а также в первые годы жизни. Родители гиперактивных детей часто говорят, что в детстве у них наблюдались те же особенности поведения, что и у их ребенка.

Индивидуальные особенности связаны с типом его нервной деятельности, являющимся наследственным. И.П. Павлов в своем учении о ВНД выявил основные свойства нервных процессов:

• уравновешенность или неуравновешенность этих процессов;

• сила возбуждения и торможения;

• подвижность.

Например, у ребенка-холерика необходимо укреплять процессы торможения, а выходящую из пределов активность переключать на полезную и посильную деятельность. Дети-флегматики чаще инертны, малоподвижны. Важно научить их сосредотачиваться и направлять внимание.

Биологические факторы играют решающую роль в первые два года жизни ребенка, в последующем они опосредуются психосоциальными факторами. Развитие ребенка во многом определяется характером его окружения, прежде всего в семье. Большее влияние оказывает психологический микроклимат: ссоры, конфликты, алкоголизм, аморальное поведение родителей отражаются на психике ребенка. Значение имеют и особенности воспитания – гиперопека. Эгоистическое воспитание по типу «кумира семьи» или, наоборот, педагогическая запущенность могут стать причиной развития психопатологии. Не последнюю роль играют бытовые условия проживания и материальная обеспеченность. Установлено, что у детей из семей с высоким социально-экономическим статусом последствия пре– и перинатальной патологии исчезают к моменту поступления в школу, тогда как у детей из неблагополучных в этом отношении семей они продолжают сохраняться.

В работе с детьми разной активности большое значение имеет знание причин наблюдаемых нарушений поведения. Большинство специалистов склоняются к признанию взаимодействия многих факторов, в числе которых:

* органические поражения мозга (черепно-мозговая травма, нейроинфекция и пр.);
* перинатальная патология (осложнения во время беременности матери, асфиксия новорожденного);
* генетический фактор (ряд данных свидетельствует о том, что синдром дефицита внимания может носить семейный характер);
* особенности нейрофизиологии и нейроанатомии (дисфункция активирующих систем ЦНС);
* пищевые факторы (высокое содержание углеводов в пище приводит к ухудшению показателей внимания);
* социальные факторы (последовательность и систематичность воспитательных воздействий и пр.).

Особенно часто встречается гипердинамический синдром. Активные, шумные, подвижные дети – их часто называют «шустриками» – привлекают к себе внимание всех, кто их видит и слышит. Основные признаки этого синдрома – двигательная расторможенность, чрезвычайная подвижность, неспособность к точным движениям, отвлекаемость, невнимательность, неумение сосредоточиться на чем-либо. Пребывая в постоянном движении, гиперактивный ребенок обязательно обо что-нибудь стукается, набивает синяки и шишки – и тут же о них забывает, поглощенный без остатка возможностью лично участвовать в быстротекущем процессе жизни. Он может выйти из помещения группы и даже с территории детского сада, забраться в неизвестно куда идущий троллейбус. Большинство несчастных случаев происходит именно с такими детьми. У многих из них снижен болевой порог и почти отсутствует чувство самосохранения. Они всюду лезут, все трогают, роняют, везде устраивают беспорядок. До самой школы им не удается, например, научиться ходить – только бегают. Сидят они (и позже) с огромным напряжением: вертятся, меняют позу, крутят что-то в руках. От статичной позы такие дети очень быстро устают – педагогу на занятии приходится тратить массу усилий, чтобы удержать их за столом хотя бы 20 минут. Невнимательность и отвлекаемость подобных детей на занятиях просто поражают: они все теряют, не понимают или путают задания, никогда не доводят выполнение задания до конца.

Подвижные дети всегда находятся в центре внимания: с них глаз нельзя спустить. Иначе обязательно что-нибудь случится. И это, конечно, очень мешает спокойному течению жизни в группе, вызывает закономерное раздражение у педагога, взвинчивает остальных детей, которые склонны «заражаться» чужой гиперактивностью. Чрезвычайно важными для понимания гиперактивного поведения и для коррекции их проявлений являются нарушения эмоциональной сферы. Для гиперактивных детей прежде всего это чрезмерная возбудимость и импульсивность, обусловленные дефицитом сдерживающего контроля и саморегуляции поведения. Ребенок проявляет повышенную эмоциональную активность, которая выражается в повышенной болтливости. Для гиперактивных детей характерна частая смена настроения. Они легко переходят от слез к смеху, быстро забывают свои неудачи. В психическом отношении они отстают в своем развитии, однако стремятся руководить. В отношении сверстников такие дети агрессивны и требовательны, эгоистичны. Не всегда они умеют сочувствовать и сопереживать. Не любят уступать в чем-либо и никогда не признаются в своей неправоте. Стремятся к лидерству, но не умеют действовать совместно с другими. Другие дети часто отвергают их дружбу.

Все исследователи подчеркивают более высокую распространенность заболевания среди мальчиков по сравнению с девочками. Высокая частота симптомов заболевания у мальчиков может быть обусловлена влиянием наследственных факторов, а также более высокой уязвимостью мужского плода к патогенетическим воздействиям во время беременности и родов. Кроме того, отмечаются половые различия в структуре и динамике поведенческих нарушений. У мальчиков симптомы гиперактивности и другие нарушения поведения появляются с 3–4 лет. Среди девочек гиперактивность встречается реже, заболевание у них чаще проявляется в виде нарушений внимания. У них поведенческие отклонения проявляются более скрыто и потому не выявляются при одно-, двукратном наблюдении, соответственно не лечатся и имеют более неблагоприятный прогноз. В гораздо большей степени, по сравнению с мальчиками, у них выражены социальная дезадаптация, учебные трудности, личностные расстройства.

По мнению О.В. Халецкой и В.М. Трошина [1995], максимальное проявление симптомов заболевания приходится на возраст 7–12 лет, как у мальчиков, так и у девочек. Это обусловлено динамикой развития высшей нервной деятельности.

Основными характерными признаками гиперактивного ребенка, по исследованиям Е. Волковой-Гаспаровой, М. Кольцовой, И.П. Брязгунова, являются:

• отвлекаемость внимания;

• двигательная расторможенность;

• неспособность доделывать работу до конца;

• импульсивность;

• быстрый темп деятельности;

• бесцельная двигательная активность.

**Глава 2. Принципы психологической помощи детям дошкольного возраста с гиперактивностью**

*Первый принцип* провозглашает безусловную ценность внутреннего мира ребенка, приоритетность потребностей, целей и ценностей его развития. Это означает следование за естественным развитием ребенка; на каждом возрастном и социокультурном этапе онтогенеза сопровождение опирается на те личностные достижения, которые реально есть у ребенка; оно соответствует логике его развития, а не искусственно задает ему цели извне.

*Второй принцип* говорит о необходимости создания условий для самостоятельного творческого освоения детьми системы отношений с миром и самим собой, а также для совершения ребенком личностно значимых жизненных выборов. Взрослый должен помнить о том, что внутренний мир ребенка является автономным и независимым. В процессе сопровождения необходимо создавать условия (ситуации выбора) и тем самым побуждать ребенка к нахождению самостоятельных решений, помогать ему принимать на себя ответственность за свои поступки.

*Третий принцип*, реализуемый идеей сопровождения, заключается во вторичности его форм и содержания по отношению к социальной и учебно-воспитательной среде жизнедеятельности ребенка. То есть в рамках объективно данной ребенку социально-педагогической среды создаются условия для его максимального в данной ситуации личностного развития и обучения.

Согласно *четвертому принципу* сопровождение должно реализовываться не только психологическими, но и педагогическими средствами. Педагог выступает соратником психолога в разработке стратегии сопровождения каждого ребенка и основным ее реализатором.

Ряд авторов [Л.М. Шипицина, А.А. Хилько, Ю.С.Галлямова, Р.В. Демьянчук, Н.М. Яковлева, 2003] выделяют другие принципы психолого-педагогического сопровождения.

*Рекомендательный* (необязательный для исполнения) характер. Ведущей идеей сопровождения выступает положение о необходимой самостоятельности ребенка в решении актуальных для его развития проблем, именно поэтому логика сопровождения диктует необходимость отказа от «законодательных» решений, все решения центра сопровождения могут носить только рекомендательный характер. Ответственность за решение проблемы остается за ребенком, его родителями или лицами их заменяющими, педагогами, близким окружением. Очевидно, если одна из сторон «субъектного четырехугольника» не может принимать участие в принятии решения (например, из-за отсутствия у ребенка родителей или некомпетентности окружения), то функции этой стороны принимают на себя другие носители проблемы. Чем более компетентен в решении своих проблем ребенок, тем больше прав на окончательное решение должно быть именно у него. Приоритет полномочий решения здесь может быть определен в следующей последовательности: ребенок и его родители; педагоги; окружение. На разных стадиях развития проблемы специалисты системы сопровождения могут стремиться дополнить своими советами «неработающие элементы» системы.

*«На стороне ребенка».* Принцип повторяет название известной монографии Франсуазы Дольто [1985], в нем отражено базовое противоречие метода сопровождения. Очевидно, что «виновником» любой проблемной ситуации развития ребенка выступает не только социальное окружение или природный генотип ребенка, но и особенности его личности. Проще говоря, в проблемных ситуациях ребенок часто бывает не прав. Казалось бы, справедливость требует объективного анализа проблемы, однако не стоит забывать, что «на стороне взрослых» их жизненный опыт, многочисленные возможности независимой самореализации, множество социальных структур и организаций. Очень часто на стороне ребенка только он сам и специалист системы сопровождения, который призван стремиться решить каждую проблемную ситуацию с максимальной пользой для ребенка.

*Непрерывность сопровождения.* Ребенку гарантировано непрерывное сопровождение на всех этапах помощи в решении проблемы. Специалист сопровождения прекратит поддержку ребенка только тогда, когда проблема будет решена или подход к решению будет очевиден. Этот принцип означает также и то, что дети, находящиеся под постоянным воздействием факторов риска (например: хронически больной ребенок, ребенок в системе специального образования, ребенок-сирота и т. д.), будут обеспечены непрерывным сопровождением в течение всего периода их становления.

*Мультидисциплинарность* сопровождения. Принцип требует согласованной работы «команды» специалистов, проповедующих единые ценности, включенных в единую организационную модель и владеющих единой системой методов.

*Автономность.* Один из самых сложно реализуемых принципов. С одной стороны, автономность центра выступает гарантом защиты от административного давления со стороны руководства, педагогов школы или детского сада на те или иные рекомендации центра. Ни для кого не секрет, что педагоги часто именно в стремлении «избавиться от неугодного ребенка» обращаются за консультацией в центр и бывают серьезно раздосадованы, если их требования не подтверждаются специалистами. С другой стороны, сотрудники независимого, автономного центра оказываются малоинформированными о реальной жизни образовательного учреждения, им труднее установить контакт с педагогами по сравнению с сотрудниками службы, которые являются членами педагогического коллектива. Поэтому в практике наиболее часто развивается модель, для которой характерно наряду с крупными независимыми центрами сопровождения создавать в учреждениях службы или группы сопровождения. В состав последних могут входить самые разные педагогические работники школы или детского сада, объединенные в группу по принципу осуществления деятельности общего или тематического сопровождения детей.

**Глава 3. Характеристика стратегии индивидуального сопровождения гиперактивных детей**

Индивидуальное сопровождение развития ребенка направлено на всестороннее развитие его задатков и способностей. Эффективность образовательного процесса во многом зависит от уровня знаний педагогом своих воспитанников, умения осуществлять дифференцированный подход к ним. Эту задачу помогает решить всесторонняя диагностика, которая дает возможность получать данные о характере и динамике психического развития, о личностных особенностях ребенка, о состоянии его здоровья и социального благополучия.

Поэтому *первым этапом* деятельности по сопровождению развития ребенка является сбор информации о ребенке. Это первичная диагностика соматического, психического, социального здоровья ребенка. При этом используется широкий спектр различных методов: тестирование, анкетирование родителей и педагогов, наблюдение, беседа, анализ продуктов разных видов труда и деятельности ребенка, документации ОУ.

*Второй этап* — анализ полученной информации. На основе анализа определяется, сколько детей нуждаются в неотложной помощи, каким детям необходима психолого-педагогическая поддержка, кому необходима социальная помощь и т. д. Для создания технологий сопровождения развития ребенка с той или иной степенью выраженности проблем в развитии условно выделяют следующие группы:

* дети, не имеющие предпосылок к возникновению проблем и не имеющие проблем в развитии в данный момент;
* дети, имеющие предпосылки (медико-биологические, социальные, психолого-педагогические, факторы риска) к возникновению тех или иных проблем в развитии;
* дети, имеющие проблемы в развитии в данный момент;
* дети, имеющие отклонения в развитии.

Такое выделение групп условно, но оно помогает определить основные виды и направления комплексной помощи детям, родителям, педагогам.

*Третий этап:* совместная выработка рекомендаций для ребенка, педагога, родителей, специалистов; составление плана комплексной помощи для каждого «проблемного» воспитанника.

*Четвертый этап:* консультирование всех участников сопровождения о путях и способах решения проблем ребенка.

*Пятый этап:* решение проблем, т. е. выполнение рекомендаций каждым участником сопровождения.

*Шестой этап:* анализ выполненных рекомендаций всеми участниками.

*Седьмой этап:* дальнейший анализ развития ребенка.

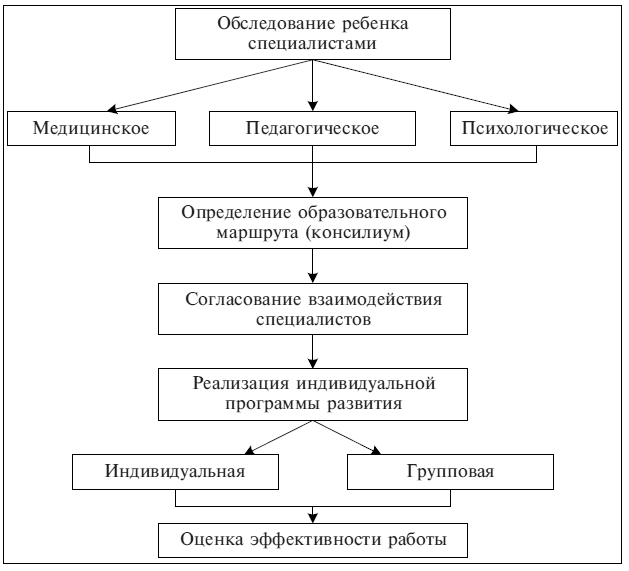
Все этапы условны, так как у каждого ребенка своя проблема и в ее решении требуется индивидуальный подход. Однако для решения проблем ребенка необходимы заинтересованность и высокая мотивация всех участников процесса сопровождения: ребенка, родителей, педагогов, специалистов.

Применительно к проблеме гиперактивности в дошкольном возрасте модель психологического сопровождения будет характеризоваться следующим образом. Объектом является комплексное сопровождение ребенка в общеобразовательных учреждениях, предметом — организация и содержание психолого-педагогического медико-социального сопровождения детей с ГДС в дошкольном образовательном учреждении.

Н.Н. Заваденко отмечает, что оказание помощи гиперактивным детям должно носить комплексный характер и объединять различные подходы, в том числе работу с родителями и воспитателями ДОУ, методы модификации поведения (т. е. специальные воспитательные приемы), психолого-педагогическую коррекцию, а также медикаментозное лечение.

**Глава 4. Условия эффективной психолого-педагогической помощи гиперактивным детям**

Деятельность психолога является ведущей в психолого-педагогическом сопровождении детей с гиперактивностью. В целом работу психолога можно отразить на схеме:



На каждом из этих этапов психолог является организатором-управленцем. В целом деятельность психолога может проходить в двух «режимах». Первым является работа психолога с ребенком в рамках психолого-педагогического консилиума.

Необходимо уточнить, что под «консилиумом» понимается не только общие обсуждения специалистов при анализе особенностей развития того или иного ребенка или ситуации вокруг него, но постоянно действующий, скоординированный, объединенный общими целями коллектив специалистов, реализующий ту или иную стратегию сопровождения ребенка. Основным требованием к деятельности подобного образования является необходимость не только истинного понимания задач и стратегии развивающей и коррекционной работы других специалистов помимо своей собственной, но и четкой согласованности действий всех специалистов по принципу «в нужное время в нужном месте».

Другим видом деятельности психолога образования является непосредственная работа с педагогами и родителями проблемных детей.

Если рассматривать первую составляющую деятельности психолога в рамках консилиума, то она состоит из ряда последовательных этапов, закономерно вытекающих один из другого. Первичное обследование ребенка разными специалистами (в том числе и психологом) является первым этапов сопровождения. Когда первичный прием проводит психолог, в своих рекомендациях он не только может, но и должен в каждом конкретном случае определить необходимость участия в обследовании других специалистов, а в некоторых случаях и последовательность (приоритетность) проведения обследований (консультаций) специалистами разных профилей. Огромную роль в такого рода координационной работе играет собственный опыт психолога. Психолог, осуществляющий первичное консультирование ребенка, собирает и анамнестические данные. Психологический анамнез не компенсирует медицинского анамнеза. По результатам обследования психолог составляет развернутое заключение.

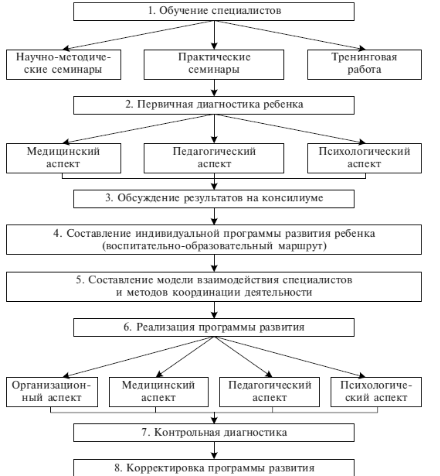
*Первый этап* заканчивается составлением индивидуальных заключений всеми специалистами. В соответствии с принципом индивидуально-коллегиального обследования после обследования ребенка специалисты коллегиально обсуждают полученные результаты. Это обсуждение можно рассматривать в качестве второго этапа сопровождения.

Коллегиальное обсуждение результатов обследования позволяет выработать единое представление о характере и особенностях развития ребенка, определить общий прогноз его дальнейшего развития и комплексных развивающе-коррекционных мероприятий, которые помогут ребенку. Завершающей частью этого *(второго) этапа* является участие в выработке решений по определению образовательного маршрута ребенка, а также определение необходимых для его развития психологических развивающе-коррекционных программ. Здесь же обсуждаются координация и согласованность последующего взаимодействия специалистов. При необходимости определяется последовательность включения различных специалистов в работу с ребенком.

Самыми главными являются вопросы такого порядка: кто должен организовать общую работу? Как наиболее эффективно ее распределить между специалистами? Эта функция должна быть возложена именно на психолога в силу большего «проникновения» в личность ребенка, так как именно он в большей степени является выразителем интересов и прав ребенка.

*Третьим этапом* деятельности психолога является собственно реализация решений по развивающе-коррекционным мероприятиям. Завершением этого этапа является динамическое обследование, которое, показывая динамику развития ребенка, является показателем эффективности процесса.

Общая схема работы специалистов представлена на схеме:



**Заключение**

Чтобы организовать и построить работу с гиперактивными детьми правильно и грамотно, необходимо иметь четкое представление о таких детях. В основе обучения и воспитания гиперактивных детей лежит необходимость коррекции поведения, которая опирается на индивидуальные особенности ребенка и семейное воспитание. В оказании психологической помощи гиперактивным детям решающее значение имеет работа с их родителями и учителями. Необходимо разъяснить взрослым проблемы ребенка, дать понять, что его поступки не являются умышленными, показать, что без помощи и поддержки, взрослых такой ребенок не сможет справиться с существующими у него трудностями. Для эффективной работы с гиперактивными детьми необходимо взаимодействие всех специалистов ДОУ. Все вместе они проводят комплексную диагностику, а затем составляют совместный план коррекционно-развивающей работы.

В работе с такими детьми можно использовать три основных направления:

1. по развитию дефицитарных функций (внимания, контроля поведения, двигательного контроля);
2. по отработке конкретных навыков взаимодействия с взрослыми и сверстниками;
3. при необходимости должна осуществляться работа с гневом.

Гиперактивный ребёнок – это не просто отдельные случаи заболевания детей, а социальная проблема, имеющая для общества государственное значение. Количество гиперактивных детей угрожающе велико и продолжает расти. Подавляющее большинство их не получает никакой помощи. Предоставленные самим себе, лишённые родительской любви и понимания окружающих, такие дети часто замыкаются. Их называют «трудный ребёнок». Необходимо изменить отношение родителей, педагогов, врачей к этой не «детской» проблеме. Одна из важнейших задач заключается в совершенствовании методов диагностики, лечения и педагогической работы с больными детьми.

**Список литературы:**

1. Болотовский Г.В., Чутко Л.С., Кропотов Ю.Д. Гиперактивный ребенок: лечить или наказывать. - СПб.: 2004.
2. Брязгунов И.П. "Ваш ребенок сверхподвижен" в хрестоматии "Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития", СПб, "Питер", 2001
3. Брязгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. М., 2008.
4. Дубровина И.В. Практическая психология образования – М., 1997.
5. Заваденко Н.Н. "Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания" библиотека жур. "Дефектология", № 5, 2000.
6. Князева Ю.А. Психолого-педагогическая работа с гиперактивными детьми в условиях ДОУ – М., 2010.
7. Лютова-Робертс Е.К., Монина Г.Б., Чутко Л.С. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь. «Дом и Семья» - М., 2007.
8. Максимова А. Гиперактивность и дефицит внимания у детей. - Ростов-на-Дону, 2006.
9. Никитина В.А. Социальная педагогика. – М. 2002.
10. Токарь О.В., Зимарева Т.Т., Липай Н.Е. Психолого-педагогическое сопровождение гиперактивных дошкольников. Учебно-методическое пособие. «Библиотека психолога» МПСИ – Изд. «ФЛИНТА», 2014.