

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
1. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ГИПЕРАКТИВНЫХ ОБУЧАЮЩИХСЯ	
1.1. Феноменология гиперактивности	7
1.2. Педагогическая диагностика симптомов гиперактивности	11
1.3. Педагогическая поддержка гиперактивных обучающихся	14
1.4. Психолого-педагогическая коррекция поведения гиперактивных обучающихся	19
1.5. Консультирование родителей гиперактивных обучающихся	26
2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ОДАРЕННЫХ ОБУЧАЮЩИХСЯ	
2.1. Феноменология одаренности	29
2.2. Педагогическая диагностика одаренности	35
2.3. Педагогическая поддержка одаренных обучающихся	38
2.4. Психолого-педагогическая коррекция поведения неадаптивных одаренных обучающихся	48
2.5. Консультирование родителей одаренных обучающихся	55
3. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ, СКЛОННЫХ К ДЕВИАНТНОМУ ПОВЕДЕНИЮ	
3.1. Феноменология девиантного поведения	59
3.2. Диагностика девиантного поведения обучающихся	69
3.3. Профилактическое направление работы с обучающимися, склонными к девиациям	73
3.4. Коррекционно-развивающая работа с обучающимися	79
3.5. Работа с семьями обучающихся с девиантным поведением	88

4. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ ИЗ ПРИЕМНЫХ СЕМЕЙ	91
4.1. Феноменология приемной семьи в современном обществе	91
4.2. Особенности психического развития приемного ребенка	96
4.3. Направления работы по психолого-педагогическому сопровождению приемных семей в образовательной организации	103
Заключение	108
Список рекомендованной литературы	110

ВВЕДЕНИЕ

Увеличение количества обучающихся с особыми образовательными потребностями требует от педагогов не только комплексных теоретических знаний по методике преподавания предмета, но и развитых компетенций психолога-педагогического сопровождения различных субъектов образовательных отношений. Этого требуют и нормативные документы различного уровня. Так, в ст. 35 Закона «Об образовании» (№ 273-ФЗ от 29.12.2012 г.) прописана необходимость предоставления условий для обучения с учетом особенностей психофизического развития и состояния здоровья обучающихся, в том числе получение социально-педагогической и психологической помощи, бесплатной психолого-медицинской-педагогической коррекции; развитие своих творческих способностей и интересов. При этом педагогическая и социальная помощь включает в себя психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) и педагогических работников; коррекционно-развивающие и компенсирующие занятия с обучающимися, помочь обучающимся в профориентации, получении профессии и социальной адаптации.

В «Профессиональном стандарте педагога» (№ 544н от 18.10.2013 г.) в разделе 3.1.3 «Развивающая деятельность» указаны необходимые специалисту знания и умения, в частности:

- выявление в ходе наблюдения поведенческих и личностных проблем обучающихся, связанных с особенностями их развития;
- применение инструментария и методов диагностики и оценки показателей уровня и динамики развития ребенка;
- владеть стандартизованными методами психодиагностики личностных характеристик и возрастных особенностей обучающихся;
- оказание адресной помощи обучающимся;

- освоение и адекватное применение специальных технологий и методов, позволяющих проводить коррекционно-развивающую работу;
- разрабатывать и реализовывать индивидуальные образовательные маршруты, индивидуальные программы развития и индивидуально-ориентированные образовательные программы с учетом личностных и возрастных особенностей обучающихся;
- освоение и применение психолого-педагогических технологий (в том числе инклюзивных), необходимых для адресной работы с различными контингентами учащихся: одаренные дети, дети, попавшие в трудные жизненные ситуации, дети-сироты, дети с особыми образовательными потребностями (аутисты, дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью и др.), дети с ограниченными возможностями здоровья, дети с девиациями поведения, дети с зависимостью.

В связи с этим актуальным и значимым является материал данного пособия, раскрывающего специфику работы педагогов с обучающимися, склонными к девиантному поведению, гиперактивными, одаренными детьми, а также детьми, взятыми на воспитание в приемные семьи.

Учебное пособие будет интересным для широкого круга читателей: психологов образовательных организаций, педагогов, студентов психолого-педагогического и педагогического направлений подготовки. Также пособие окажет существенную помощь студентам при прохождении практики.

1. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ГИПЕРАКТИВНЫХ ОБУЧАЮЩИХСЯ

- 1.1. Феноменология гиперактивности.
- 1.2. Педагогическая диагностика симптомов гиперактивности.
- 1.3. Педагогическая поддержка гиперактивных обучающихся.
- 1.4. Психолого-педагогическая коррекция поведения гиперактивных обучающихся.
- 1.5. Консультирование родителей гиперактивных обучающихся.

1.1. Феноменология гиперактивности

Согласно Е.Л. Григоренко, Т.М. Марютиной, синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) представляет собой хроническое расстройство поведения в детском возрасте, среди клинических проявлений которого называются двигательное беспокойство, импульсивность, невозможность сконцентрироваться. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью представляет собой наиболее распространенную форму хронических нейроповеденческих расстройств детского возраста (Н. Н. Заваденко).

СДВГ — это полиморфный психопатологический клинический синдром, который классифицируется в МКБ-10 в разделе эмоциональных и поведенческих расстройств, начинающихся обычно в детском и подростковом возрасте, но сохраняющихся на протяжении жизни. Главным проявлением СДВГ является нарушение способности контролировать и регулировать свое поведение, которая проявляется в различных ситуациях и в течение длительного времени.

СДВГ — это биopsихосоциальная проблема, при которой главные этиологические факторы — биологические, а основные прогностические — психосоциальные. Физиологические причины СДВГ не ясны, однако научно доказана значимость нарушения интегративной функции мозговых систем, в частности лобных долей, оказывающее влияние на поведение. На фоне генетической предрасположенности спонтанно или вследствие воздействия экзогенных, в том числе соматогенных, факторов формируются нейромедиаторные нарушения.

Современные исследования по этиологии синдрома указывают на комбинированный характер и воздействие нескольких факторов, влияющих друг на друга, среди которых:

- 1) генетически обусловленная дисфункция систем дофамина и норадреналина; генома рецепторов D4, D2 с дефицитом подкрепления и/или увеличение влияния тормозного нейромедиатора ЦНС (Gillis J.J.);
- 2) энцефалопатическая дисфункция при уменьшении объема и активности лобных долей, уменьшение кровотока позвоночной артерии (Cormier E.);
- 3) дизонтогенетическая нейромедиаторная дисфункция в системе «ингибирования поведения» (контроля и «гашения») в системе лимбико-гиппокампального комплекса лобных долей; норадреналина в ретикулярной формации, серотонина в лимбической системе (В.И. Гузева, М.Я. Шарф);
- 4) биopsихосоциальная дезинтеграция на уровне психофизиологической регуляции; физиологических механизмов обеспечения деятельности (Р.А. Shapiro).

Нарушение нейрофизиологических показателей свидетельствует о дисфункции механизмов активации филогенетически древних лимбических структур на фоне снижения функционирования корковых структур лобных долей головного мозга, что приводит к нарушениям оперативной памяти. Дисфункция лобно-гиппокампальной системы регуляции уровня внимания, угнетение системы коркового торможения при низкой корти-

кальной возбудимости приводит к поведению, не соответствующему подкреплению.

К основным типам СДВГ (на основе поведенческих характеристик) относят:

- СДВГ — преимущественно гиперактивный тип;
- СДВГ — тип с преимущественным дефицитом внимания;
- СДВГ — комбинированный тип.

Дефиниции триады симптомов:

1. **Гиперактивность**: неспособность сосредоточиться на предъявляемом задании, спокойно сидеть на месте сочетается с двигательным беспокойством.

2. **Импульсивность**: немедленная реакция без обдумывания на предъявляемый стимул, а также невозможность подавить нежелательную реакцию.

3. **Нарушение внимания**: низкая степень концентрации и объема внимания, высокая отвлекаемость, неустойчивость внимания в различных условиях — семейных, учебных, других социально обусловленных ситуациях.

Формы СДВГ: чистые формы СДВГ (*simplex*) и сочетанные (комбинированные) формы СДВГ (*complex*,). Последние сопровождаются дополнительными нарушениями: обучения (дислексия, дискалькулия, дисграфия и так далее), моторики (нарушения моторного умения), общения (коммуникативные): нарушения экспрессивной и рецептивно-экспрессивной речи, фонации, логоневрозы.

Большинство экспертов в области изучения СДВГ сходятся во мнении, что интеллект при СДВГ обычно не страдает. Однако у части детей и подростков с СДВГ выявляются когнитивные нарушения, снижающие способность к обучению и приводящие к академической неуспеваемости (В.М. Студеникин, С.В. Баланская, В.И. Шелковский).

Часто симптомы гиперактивности и импульсивности отмечаются, начиная с 3—4-летнего возраста. Обычно гиперактивность становится первым проявлением СДВГ, которое является

повородом для обращения к специалистам. Второй критический период относится к возрасту 6—7 лет и совпадает с началом школьного обучения. У детей с СДВГ может возникнуть школьная дезадаптация, приводящая к проблемам поведения. СДВГ у первоклассника проявляется в двигательной расторможенности, суетливости, неусидчивости, невнимательности и отсутствии упорства при выполнении поставленных задач. Дети с СДВГ легко вступают в конфликты со сверстниками и часто нарушают школьные правила. При этом нередко наблюдается стабильно повышенное настроение с переоценкой собственных возможностей, озорством и бесстрашием, недостаточной настойчивостью в деятельности, особенно требующей активного внимания, склонность переходить от одного занятия к другому, не завершая ни одного из них. Такие дети нуждаются в постоянной смене деятельности, новых впечатлениях. В возрасте 9—10 лет проявления синдрома, в первую очередь двигательная расторможенность, постепенно сглаживаются, порой полностью исчезая в возрасте старше 14—15 лет.

В пубертатном периоде все вышеперечисленные симптомы претерпевают ряд изменений, что связано с психосоциальным развитием ребенка.

Гиперактивность. Моторная (двигательная) гиперактивность значительно снижается, но признаки неадекватного беспокойства все еще проявляются. Исследователи отмечают повышение двигательной активности в больших группах мышц (покачивание тела, когда подросток стоит, и ног — когда он сидит). 30% детей «перерастают проблему», а у остальных 70% симптоматику врачи и психологи продолжают диагностировать. Гиперактивность подростков просто приобретает другую форму. Они научаются трансформировать свою повышенную активность в социально приемлемые формы поведения: спорт, езда на велосипеде, плавание.

Импульсивность. Как и для предыдущего симптома, примерно у 30% детей импульсивность в этом возрасте практически полностью угасает, но для большинства данный симптом может

вылиться в опасную социальную дезадаптацию. Подросток может сорвать занятия в учебном заведении, угнать родительский автомобиль, спровоцировать драку. Он может пристраститься к спиртному, наркотическим веществам. Асоциальное поведение часто возникает у гиперактивных подростков с заниженным чувством собственного достоинства, возникающим вследствие неудач в учебе, в общении со сверстниками, педагогами и родителями. Познавательная импульсивность также может сохраняться, приводя к нарушению организационной способности и снижению успеваемости.

Нарушение внимания. Нарушение внимания в пубертатном периоде часто выражается в неспособности достичь поставленной цели, сосредоточиться на специфической задаче, частой смене вида деятельности. В связи с этим происходит занижение чувства собственного достоинства ребенка, возникает ощущение безнадежности, беспомощности. Подросток бросает попытки решить более или менее сложную проблему, что может вызвать ощущение постоянной неудачи.

Таким образом, гиперактивность может являться причиной школьной неуспеваемости, требует медицинской и психолого-педагогической помощи.

1.2. Педагогическая диагностика симптомов гиперактивности

В России принята классификация МКБ-10, в соответствии с которой СДВГ диагностируется в рамках гиперкинетических расстройств (F90). В 2013 году опубликована новая версия диагностических критерииев СДВГ в классификации DSM-V. Если в DSM-IV СДВГ был представлен в главе «Расстройства, обычно впервые диагностируемые в младенческом, детском и подростковом возрастах», то в DSM-V название данной главы изменено на «Расстройства развития нервной системы». К диагностическим критериям СДВГ по классификации DSM-V относятся:

1. Постоянный паттерн проявлений невнимательности и гиперактивности и импульсивности, оказывающий влияние на функционирование и развитие и характеризующийся симптомами.
2. Несколько симптомов невнимательности или гиперактивности и импульсивности присутствовали в возрасте до 12 лет.
3. Несколько симптомов невнимательности или гиперактивности и импульсивности отмечаются в двух или более видах обстановки (например, дом, школа или работа, контакты с друзьями или родственниками, других видах деятельности).
4. Имеются явные подтверждения тому, что симптомы оказывают значительное влияние, снижая качество деятельности в социальных контактах, обучении, профессиональной сфере.
5. Симптомы не связаны исключительно с течением шизофрении или другого психотического расстройства, не могут быть лучше объяснены наличием другого психического расстройства (например, расстройства настроения, тревожного расстройства, диссоциативного расстройства, расстройства личности, интоксикацией каким-либо веществом или синдромом отмены).

Таблица 1

**Проявления невнимательности
и гиперактивности и импульсивности**

Группы симптомов СДВГ	Редко	Иногда	Часто	Очень часто
1	2	3	4	5
Нарушения внимания				
1. Не может сосредоточить внимание на деталях, допускает ошибки по невнимательности в школе и других местах	0	1	2	3
2. Не может поддерживать внимание в течение достаточно длительного времени, даже когда играет или чем-то увлечен	0	1	2	3

Таблица 1 (продолжение)

1	2	3	4	5
3. Складывается впечатление, что не слушает, когда к нему обращаются	0	1	2	3
4. Не может довести до конца выполнение заданий в школе и дома, даже если понимает необходимость этого	0	1	2	3
5. Не может самостоятельно организовывать свои занятия	0	1	2	3
6. Стремится избегать занятий, связанных с умственной нагрузкой, таких как выполнение классных и домашних заданий	0	1	2	3
7. Теряет часто используемые предметы, такие как игрушки, карандаши, книги или другие школьные принадлежности	0	1	2	3
8. Часто отвлекается от начатого занятия	0	1	2	3
9. Забывает выполнять регулярные требования	0	1	2	3
Гиперактивность				
10. Не может сидеть спокойно, перебирает руками или ногами	0	1	2	3
11. Не может высидеть требуемое количество времени, например, в течение урока или обеда	0	1	2	3
10. Не может сидеть спокойно, перебирает руками или ногами	0	1	2	3
11. Не может высидеть требуемое количество времени, например, в течение урока или обеда	0	1	2	3

Таблица 1 (окончание)

1	2	3	4	5
10. Не может сидеть спокойно, перебирает руками или ногами	0	1	2	3
11. Не может высидеть требуемое количество времени, например, в течение урока или обеда	0	1	2	3
Импульсивность				
16. Не отвечает, а выпаливает ответы еще до того, как вопрос закончен	0	1	2	3
17. С трудом ожидает своей очереди	0	1	2	3
18. Перебивает других во время разговора	0	1	2	3

При этом предлагается обращать внимание на оценку в 3 балла, если она встречается 6 раз и более, а также на общий балл (если он равен 25 баллам и выше).

В случае выявленных симптомов гиперактивности необходима консультация и наблюдение детского психиатра.

1.3. Педагогическая поддержка гиперактивных обучающихся

Наиболее эффективной при СДВГ является комплексная помощь, при которой объединяются усилия врачей, психологов, педагогов, работающих с ребенком и его семьей. Лечение СДВГ должны быть своевременными и обязательно включать:

- помочь семье ребенка с СДВГ — приемы семейной и поведенческой терапии, обеспечивающие лучшее взаимодействие в семьях детей, страдающих СДВГ;
- выработку у родителей навыков воспитания детей с СДВГ, включая программы тренинга родителей;

- просветительскую работу с учителями, коррекцию плана школьного обучения — через особую подачу учебного материала и создание такой атмосферы на уроке, которая максимально повышает возможности успешного обучения детей;
- психотерапию детей и подростков с СДВГ, преодоление трудностей формирования навыков эффективного общения у детей с СДВГ в ходе специальных коррекционных занятий;
- лекарственную терапию.

Лекарственная терапия требует достаточной продолжительности, поскольку улучшение состояния должно распространяться не только на основные симптомы СДВГ, но и на социально-психологическую сторону жизни гиперактивных школьников. Поэтому планировать ее целесообразно на срок от нескольких месяцев до продолжительности всего учебного года.

Основные принципы педагогической поддержки гиперактивных обучающихся:

1. Комплексный и системный подход к диагностике, профилактике и коррекции.
2. Учет возрастных индивидуально-личностных особенностей ребенка и специфики социально-педагогической ситуации развития ребенка.
3. Опора на положительное в личности ребенка, ориентация на гармонизацию ее развития.
4. Единство и взаимодополняемость психологических и педагогических методов.

Для профилактики школьной дезадаптации на первом году обучения, прежде всего, необходимо выявлять дошкольников, склонных к проявлениям гиперактивности и проводить работу по их подготовке к школе, обращая особое внимание на развитие навыков и культуры общения. В случае школьной дезадаптации гиперактивного ребенка следует определить ее причины и осуществлять педагогическую поддержку.

Дж.Дж. ДюПол на Первом Международном форуме сообщил о наиболее распространенных способах воздействия на детей с СДВГ в Соединенных Штатах: применение психотропных препаратов; ситуационный менеджмент на дому; ситуационный менеджмент в школе; обучение детей на дому; ежедневное написание заметок учителя для родителей.

Способы педагогического воздействия на сознание гиперактивного ребенка: вывешивать правила нахождения в школе; гибко изменять учебные задания; регулировать учебную нагрузку; предоставлять выбор.

Способы предотвращения учителем проблем с поведением учеников:

- напоминать ученикам правила;
- поддерживать с учениками зрительный контакт;
- напоминать ученикам о желаемом поведении;
- ходить по классу в целях контроля / обеспечения обратной связи;
- использовать невербальные средства переключения внимания / деятельности учащихся;
- поддерживать живой темп речи при объяснении;
- обеспечивать понимание учащимися содержания деятельности;
- хорошо организовывать переключение с одной деятельности на другую;
- рассказывать о планировании времени работы в классе.

Давая рекомендации педагогам по обучению учащихся с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, Г.Б. Моннина пишет, что необходимо повышение учебной мотивации — применение системы поощрений и наказаний. В условиях школы такими поощрениями, в зависимости от индивидуальных и возрастных особенностей ребенка, могут стать:

1) возможность выбрать то или иное задание, помочь учителю в проверке тетрадей, возможность писать на школьной доске во время перемены или на уроке, первое место в строю, выпол-

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно
в интернет-магазине
«Электронный универс»
e-Univers.ru