

## ИЗМЕНЕНИЕ САМООЦЕНКИ ГИПЕРАКТИВНЫХ ДЕТЕЙ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ

*В статье приводится сравнительный анализ уровней самооценки учащихся с СДВГ в начале и через месяц школьного обучения. Даны рекомендации родителям и педагогам по взаимодействию с гиперактивными детьми.*

**Ключевые слова:** самооценка, уровень притязаний, синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ).

**Постановка проблемы.** Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – неврологическо-поведенческое расстройство развития, начинающееся в детском возрасте. По данным американских психологов в структуре синдрома дефицита внимания с гиперактивностью можно выделить следующие симптомы: невнимательность, гиперактивность, импульсивность [3]. Это одна из форм проявления минимально-мозговой дисфункции (ММД), то есть очень легкой недостаточности мозга, который проявляется в дефиците определенных структур и нарушении созревания более высших этажей мозговой деятельности. ММД относят к категории функциональных нарушений, обратимых и нормализуемых по мере роста и созревания мозга. ММД не является медицинским диагнозом в прямом смысле этого слова, скорее это только констатация факта наличия легких нарушений в работе мозга, причину и суть которых еще предстоит выяснить для того, чтобы начать лечение [7]. Детей с реактивным типом ММД и называют иначе гиперактивными.

СДВГ чаще встречается у мальчиков. Относительная распространенность среди мальчиков и девочек колеблется от 3:1 до 9:1, в зависимости от критериев диагноза, методов исследования и групп исследования (дети, которых направили к врачу; школьники; население в целом).

В основе СДВГ лежит нарушение коры и подкорковых структур и характеризуется триадой признаков: гиперактивность, дефицит внимания, импульсивность.

Гиперактивность, или чрезмерная двигательная расторможенность, является проявлением утомления. Утомление у ребенка идет не так, как у взрослого, который контролирует это состояние и вовремя отдохнет, а в перевозбуждении (хаотическом подкорковом возбуждении), слабом его контроле.

Дефицит активного внимания – неспособность удерживать внимание на чем-либо в течение определенного отрезка времени. Это произвольное внимание организуется лобными долями. Для него нужна мотивация, понимание необходимости сосредоточиться, то есть, достаточная зрелость личности.

Импульсивность – неспособность отгормозить свои непосредственные побуждения. Такие дети часто действуют, не подумав, не умеют подчиняться правилам, ждать. У них часто меняется настроение.

Гиперактивному ребенку сложно справиться со своими поведенческими особенностями, и в связи с этим, многие дети с СДВГ имеют проблемы в школьном обучении, испытывают трудности взаимодействия с учителями и сверстниками. Как никогда остро встает вопрос, как помочь такому ребенку без ущерба для здоровья научиться выполнять новые правила и требования учителя, как плавно и безболезненно перейти от игровой к новой, очень сложной учебной деятельности. Гиперактивные дети не всегда ощущают дистанцию между собой и педагогом. Среди них много драчунов, легко возбуждающихся и даже агрессивных по отношению к одноклассникам. Они также не способны выдержать весь урок, уже через четверть часа теряют интерес к занятию, смотрят в окно, отвлекаются. У детей с СДВГ быстро наступает утомление, их нервная система легко истощается. Гиперактивные дети часто создают неприятные ситуации в школе, за что часто бывают наказаны. Их поведение раздражает учителей и воспитателей. В результате, ребенок постоянно испытывает чувство вины, его самооценка резко снижается [6]. Как показывает практика, учителя всячески пытаются избавиться от такого ребенка, отсылая на всевозможные комиссии и в специальные учебные заведения. Это лишь усугубляет негативные чувства ребенка по отношению к самому себе.

**Методика и процедура исследования.** Целью данного обследования было определение уровня самооценки гиперактивных первоклассников при поступлении в школу, а также через месяц обучения в школе. В исследовании приняли участие 20 первоклассников, имеющих диагноз СДВГ. Для достижения цели исследования были выбраны следующие методы: наблюдение, беседа, психологическое тестирование с применением методик: «Какой Я?», «Лесенка», «Автопортрет».

При проведении беседы использовали вопросы Е.З. Басиной:

- 1 Что ты больше всего на свете любишь? Что вообще ты любишь, что тебе нравится?
- 2 Что ты больше всего на свете не любишь? Чего ты вообще не любишь, что тебе не нравится?
- 3 Представь себе человека, который бы тебе так нравился, что ты хотел бы быть таким, как он, хотел бы быть похож на него. Какой это человек? Каким бы ты хотел быть? На кого бы ты хотел быть похож?
- 4 Представь себе человека, который бы тебе так не нравился, что ты ни за что не хотел бы быть на него похож. Какой это человек? Каким бы ты не хотел быть? На кого бы ты не хотел быть похож?
- 5 Что ты можешь рассказать о себе? Какой ты сам?

Анализ ответов ребенка позволяет выявить: широту представлений о себе (по количеству названных качеств); дифференцированность представлений о себе (называние качеств, характеризующих ребенка в различных видах деятельности и в различных ситуациях); уровень осознанности и критичности суждений о себе, соотношение реальных и идеальных представлений.

**Полученные результаты и их анализ.** В результате проведения исследования обнаружено, что у 33±9% детей с СДВГ. Проявления нарушения адаптации исчезли в период до двадцати дней пребывания в школе, нормализовался сон, аппетит. Настроение стало бодрым, заинтересованным. Появился интерес к процессу обучения, к одноклассникам и учителю. Признаки невротичных реакций и изменения в деятельности вегетативной нервной системы отсутствовали.

Средняя степень адаптации отмечалась у 40±9% детей с СДВГ. Нарушения в общем состоянии в данном случае были выражены ярче и протекали дольше. Сон возобновился лишь через 20—30 дней, качество сна тоже не страдало. Аппетит возобновился через 20—30 дней. Настроение было неустойчивым на протяжении месяца, плаксивость на протяжении всего дня. Отношение к близким — эмоционально-возбужденное (плач, крик при расставании и встрече). Отношение к детям, как правило, безразлично, иногда — заинтересованное. Изменения вегетативной нервной системы: бледность, потливость, тени под глазами, плавающие щеки, шелушение кожи (диатез) — на протяжении полутора-двух недель.

Тяжелая степень адаптации отмечалась у 27±8% гиперактивных детей. Отмечались нарушения ночного сна, дети плакали во сне, просыпались со слезами; аппетит снижался значительно и надолго, иногда возникал стойкий отказ от еды, невротическая рвота, функциональные нарушения стула, энурез. Настроение было безразличным, ребенок много и долго плакал. Отношение к близким было эмоционально-возбужденным, лишенным практического взаимодействия. Отношение к одноклассникам: избегание, проявления агрессии. Дети отказывались от участия в деятельности.

Таким образом, можно сказать, что синдром дефицита внимания у детей младшего школьного возраста является фактором причиной тяжелого протекания адаптации к условиям школы. Такие дети нуждаются в проведении систематической психологической коррекции, которая имела бы своей целью не только коррекцию самого синдрома гиперактивности, но и предотвращение и преодоление трудностей, связанных с адаптацией первоклассников с СДВГ к условиям образовательного учреждения. Такая система должна привлекать как специалистов воспитателей и психологов, так и родителей ребенка с СДВГ.

Далее было проведено исследование самооценки учащихся с помощью методик «Какой Я?», «Лесенка», «Автопортрет». Сравнительные результаты, полученные при проведении психологического обследования детей младшего школьного возраста, приведены в таблице 1. При поступлении в первый класс распределение детей с СДВГ по уровням самооценки было следующим: неадекватно завышенная самооценка - 15±8%, адекватная - 60±11%, заниженная - 25±10%.

Дети с неадекватно завышенной самооценкой были очень подвижны, несдержанны, быстро переключались с одного вида деятельности на другой, часто не доводили начатое дело до конца. Они не пытались анализировать результаты своих действий и поступков, пытались решать любые, в том числе весьма сложные, задачи «с налета». Не осознавали своих неудач. Такие дети были склонны к демонстративности и доминированию. Они стремились к лидерству, однако не были склонны к сотрудничеству. К похвале учителя дети с неадекватно завышенной самооценкой относились как к чему-то само собой разумеющемуся. Ее отсутствие вызывало у них недоумение, тревогу, обиду, иногда раздражение и слезы. На порицание реагировали по-разному. Одни дети игнорировали критические замечания в свой адрес, другие отвечали на них повышенной эмоциональностью (криком, слезами, обидой на воспитателя). Некоторых детей одинаково привлекали и похвала и порицание, главным для них было нахождение в центре внимания взрослого.

Дети с адекватной самооценкой склонны были анализировать результаты своей деятельности, пытались выяснить причины ошибок, Они были уверены в себе, активны, уравновешены, быстро переключались с одной деятельности на другую, были настойчивы в достижении цели. Стремилась сотрудничать, помогать другим, проявляли общительность и дружелюбие. В ситуации неудачи пытались выяснить причину и выбирали задачи несколько меньшей сложности (но не самые легкие). Успех в деятельности стимулировал их желание попытаться выполнить более сложную задачу. Этим детям было свойственно стремление к успеху.

Дети с заниженной самооценкой были нерешительны, малообщительны, недоверчивы, молчаливы, скованны в движениях. Они были очень чувствительны, готовы расплакаться в любой момент, не стремились к сотрудничеству и не были способны постоять за себя. Эти дети проявляли тревожность, неуверенность в себе, трудно включались в деятельность. Они заранее отказывались от решения задач, которые казались им сложными, но при эмоциональной поддержке взрослого легко справлялись с ними. Они долго не приступали к выполнению задания, опасаясь, что выполнят все неправильно; старались угадать, доволен ли ими взрослый. Детям с заниженной самооценкой свойственно было стремление избегать неудач, они мало проявляли инициативу, выбирали заведомо простые задачи. Неудача в деятельности чаще всего приводил к отказу от нее. Эти дети обычно имели низкий социальный статус в группе сверстников, попадали в категорию отверженных.

Таблица 1

*Распределение первоклассников с СДВГ по уровням самооценки*

Уровень самооценки	При поступлении в первый класс		Через месяц после поступления в первый класс	
	Абс. количество	%	Абс. количество	%
Неадекватно завышенный	3	15±8	1	5±5
Адекватный	12	60±11	8	40±11
Заниженный	5	25±10	11	55±11

Как видно из таблицы 1, в группе обследованных детей наблюдается резкое снижение уровня самооценки через месяц после начала обучения по сравнению с первыми днями учебы в школе: неадекватно завышенная самооценка - 5±5%, адекватная - 40±11%, заниженная - 55±11%.

Мы связываем это с неправильным подходом преподавателей к стимулированию учеников, использованию неэффективной системы поощрений и наказаний (со значительным преобладанием первых), что и является негативным фактором, снижающим уровень самооценки учащихся.

Целесообразным было бы дать некоторые рекомендации родителям и педагогам по взаимодействию с ребенком с СДВГ, основанные на рекомендациях А. Л. Сиротюк, Ю. С. Шевченко, Н. Н. Заваденко, Г. Б. Моница, Е. К. Лютова-Робертс, Л. С. Чутко и др. [2; 6]:

1. Уважайте ребенка и принимайте его таким, как он есть. Будьте реалистичны в ваших ожиданиях и требованиях.

2. Поддерживайте дома четкий распорядок дня. Из дня в день время приема пищи, выполнения домашних заданий и сна должно соответствовать этому распорядку. Расписание нужно поместить так, чтобы ребенок мог его видеть. Эффективный способ напоминания для детей с СДВГ — применение специальных листов-памяток, которые напоминают о важнейших делах и вывешиваются на видном месте. Кроме текста на этих листах можно разместить соответствующие рисунки. После выполнения какого-либо задания ребенок должен сделать определенную пометку.

3. Избегайте повторения слов «нет» и «нельзя».

4. Говорите сдержанно, спокойно, мягко.

5. Для подкрепления устных инструкций используйте зрительную стимуляцию.

6. В определенный отрезок времени давайте ребенку только одно задание, чтобы он мог его завершить.

7. Избегайте мест и ситуаций, где собирается много людей. Пребывание в крупных магазинах, на рынках, в ресторанах оказывает на ребенка чрезмерно стимулирующее действие. Во время игр ограничивайте ребенка одним партнером.

8. Поощряйте ребенка за все виды деятельности, требующие концентрации внимания (работа с кубиками, раскрашивание и т. п.).

9. В отношениях с ребенком придерживайтесь «позитивной модели». Хвалите его каждый раз, когда он этого заслужил, подчеркивайте успехи. Это поможет укрепить уверенность ребенка в собственных силах, повысит его самооценку. Поощряйте ребенка сразу же, не откладывая на будущее.

10. Давайте ребенку возможность для расходования избыточной энергии. Полезны ежедневные физические занятия на свежем воздухе, длительные прогулки, бег.

11. Оберегайте ребенка от утомления

12. Ограничьте просмотр телевизионных передач и занятия на компьютере.

В процессе работы по созданию программы коррекции СДВГ у детей, их социализации и социальной адаптации, важно создание комплексной программы помощи таким детям, которая включала бы психокоррекционную работу с гиперактивными детьми, психологическую помощь родителям детей с СДВГ, их педагогам и специальные психолого-педагогические подходы к обучению, развитию и воспитанию таких детей в детском саду, школе, семье.

**Вывод.** Нарушения адаптации к школе чаще встречаются у детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Таким образом, синдром дефицита внимания с гиперактивностью следует считать фактором, обуславливающим тяжелое протекание процесса адаптации к условиям школьного обучения у детей младшего школьного возраста.

Настоящее исследование также определило, что уже через месяц после поступления в первый класс, у учащихся с СДВГ наблюдается резкое снижение уровня самооценки. Неправомерный подход педагогов к коррекции поведения гиперактивных детей, по нашему мнению, является фактором, негативно влияющим на самооценку последних. Важным является индивидуальный подход в обучении детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью с учетом их индивидуально-психологических и личностных особенностей.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. *Брызгунов И.П., Касатикова О.В.* Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях / И.П. Брызгунов. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. – 96 с.
2. *Заваденко Н.Н.* Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте /Н.Н.Заваденко/, М.: «Академия», – 2005. – 256 с.
3. *Заика Е. В.* Синдром ослабленного внимания и гиперактивности у детей и его коррекция (анализ зарубежных исследований) / Е.В. Заика, С.А. Готвянский / Практическая психология и социальная работа. – 2011. – № 5. – С. 41–45
4. *Заломихина И.Ю.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей /И.Ю.Заломихина// Журнал «Логопед»/– 2007. - № 3. - С. 33-39
5. *Кузнецов В.Н.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей и подростков. Проблемы диагностики и терапии / В.Н. Кузнецов // Практическая психология и социальная работа. – 2012. - № 3. – С. 2–7.
6. *Монина Г.* Гиперактивные дети. Психолого-педагогическая помощь / Г. Монина, О.Лютова-Робертс, Л.Чутко/, СПб.: Речь, 2007. – 186с.
7. *Никанорова М.Ю.* Синдром дефицита внимания и гиперактивности / М.Ю. Никанорова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – №3. – 48 с.

*Подано до редакції 07.09.12*

---