

Диплом на тему: Психологическое консультирование родителей младших школьников с гиперактивным поведением

www.diplomstudent.net

**Профессиональная
помощь
в написании
всех видов
работ
для
студентов
вузов**



СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ДЕТСКОЙ ГИПЕРАКТИВНОСТИ.....	8
1.1. История возникновения, причины и статистическое изучение детской гиперактивности.....	8
1.2. Диагностика и лечение гиперактивности ребенка.....	18
1.3. Работа психолога с родителями гиперактивного ребенка.....	27
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	35
2.1. Цель, задачи, объект, предмет, гипотеза, выборка исследования.....	35
2.2. Методики исследования.....	36
2.3. Результаты эмпирического исследования.....	44
2.4. Рекомендации для родителей гиперактивных детей младшего школьного возраста.....	54
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	60
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	66
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	69

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Одной из главных проблем современного общества является ухудшение здоровья детей как результат неблагоприятного воздействия экологических, социально-экономических и других факторов, тем или иным образом влияющих на их развитие. Часто причиной обращения к психологу становится чрезмерная двигательная активность ребенка, импульсивность, неумение сосредоточиться. Все эти признаки характеризуют гиперактивное поведение. Дети, отличающиеся гиперактивным поведением, часто вызывают нарекания со стороны учителей в школе, так как на уроках, не умея ждать своей очереди, постоянно выкрикивают; не дослушав вопрос, отвечают невпопад. Часто такие дети становятся инициаторами ссор и драк, поскольку нередко бывают неловкими, и как следствие задевают, роняют окружающие предметы, а в силу своей импульсивности не всегда могут конструктивно разрешить возникшую ситуацию. Исследователи выдвигают предположение, что синдром гиперактивности и дефицита внимания - не более чем плод медицинской моды, причем весьма опасный, так как для лечения детей используют серьезные психотропные лекарства.

Диагноз СДВГ становится все более модным и в России. Некоторые детские неврологи уверяют, что гиперактивен каждый третий ребенок нашей страны, при этом число гиперактивных детей с каждым годом увеличивается, а следовательно, существует риск роста преступлений, наркомании, игромании и другого антисоциального поведения. Важно отметить, что в России СДВГ редко диагностируют правильно, а еще реже - правильно лечат.

Актуальность темы исследования: «Психологическое консультирование родителей младших школьников с гиперактивным поведением», состоит в том, что гиперактивность представляет собой прежде всего расстройство, имеющее множество разнообразных аспектов: неврологические,

психиатрические, двигательные, языковые, воспитательные, социальные, психологические и т.д. Поэтому важна своевременная диагностика проявлений и причин гиперактивности у детей, так как по мнению многих психологов и психотерапевтов коррекция гиперактивности в детском возрасте более эффективна. При подготовке коррекционных программ необходимо учитывать особенности личности ребенка, стиль семейных взаимоотношений, причины развития гиперактивного поведения и т.п.

Из анализа отечественной и зарубежной литературы следует, что гиперактивное поведение уже давно стало объектом исследования различных специалистов, однако наибольшее число опубликованных работ является исследованиями клинического направления. Однако неясно, говорят ли они о связи гиперактивности с эмоциональными проявлениями, или же о том, что эмоциональная сфера предоставляет собой один из структурных компонентов гиперактивности. В последнее время исследователи, утверждавшие главной характеристикой гиперактивности повышенную активность поведения, подчеркивают важность такого симптома как осложнение вследствие нарушения внимания, тем самым перенося акцент на особенности внимания и настроения ребенка. Таким образом, малоизученность проблемы исследования еще раз подчеркивает ее актуальность.

Коррекционная работа с семьей гиперактивного ребёнка должна быть направлена на то, чтобы обогатить и разнообразить эмоциональный опыт гиперактивного ребёнка, помочь ему овладеть элементарными действиями самоконтроля и тем самым несколько сгладить проявления повышенной двигательной активности – значит изменить взаимоотношения его с близким взрослым. Основной задачей психологического консультанта по работе с гиперактивным ребёнком должно стать изменение отношения близких родственников с тем, чтобы лучше понять и снять излишние напряжения, формирующиеся вокруг него.

Противоречия исследования: это противоречия между возможностями коррекционной работы с родителями гиперактивных детей, ожидаемого поведения гиперактивного ребенка и требования со стороны родителей, педагогов и психологов.

Целью выпускной квалификационной работы является разработка практических рекомендаций по коррекционной работе родителей гиперактивных детей младшего школьного возраста. В связи с изложенной целью, **задачами исследования** являются: рассмотреть теоретические аспекты коррекционной работы с родителями гиперактивных детей младшего школьного возраста; выбор методик для изучения особенностей гиперактивных детей младшего школьного возраста; обоснование эмпирического исследования и разработка практических рекомендаций по работе с родителями гиперактивных детей младшего школьного возраста.

Объект исследования: младшие школьники средней общеобразовательной школы г. Москвы № 234.

Предмет исследования: синдром гиперактивности младших школьников.

Методы исследования. В соответствии с целями и задачами работы нами использовались следующие методы: теоретические, тестирования, анкетирования, методы беседы, наблюдения, статистический анализ полученных эмпирических данных.

Опытно-экспериментальная база исследования: проводилась на базе средней общеобразовательной школы г. Москвы № 234.

Теоретическая значимость исследования состоит в обобщении и систематизации теоретического материала по проблеме гиперактивности, причин и особенностей данного феномена у детей младшего школьного возраста.

Структура работы обусловлена целями и задачами и состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и приложений. Первая глава является теоретической, в ней представлена

история возникновения гиперактивности у детей младшего школьного возраста, изучены основные причины появления гиперактивности и ее симптомы, представлены статистические данные по детской гиперактивности в России и в зарубежных странах, описаны основные методы диагностики и лечения гиперактивности школьников, представлены методики коррекционной работы с родителями гиперактивных детей младшего школьного возраста. Во второй главе определены основные цели и задачи исследования, предмет и гипотеза, описаны основные методики эмпирического исследования; проведен анализ исследования младших школьников с синдромом гиперактивности, средней общеобразовательной школы г. Москвы № 234, предложены практические рекомендации по коррекционной работе с родителями гиперактивных детей младшего школьного возраста.

Проблематикой детской гиперактивности занимались множество отечественных и зарубежных авторов, основными из них являются: Алексеева Л.С., Афонина А.В., Алфёров А.Д., Брызгунов И.П., Варга А.Я., Венгер А.Л., Валлон А., Выготский Л.С., Груздева Н.В., Гамезо М.В., Добсон Дж., Касатикова Е.В., Кропотов Ю.Д., Корсакова Н.К., Кошелева А.Д., Лебединский В.В., Никольская О.С., Подласый И.П., Шевченко Ю.С. и другие.

Практическая значимость исследования: результаты исследования и предложенные рекомендации могут использоваться практическими психологами в консультировании, а также родителями и учителями в процессе воспитания и обучения гиперактивных детей младшего школьного возраста.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ДЕТСКОЙ ГИПЕРАКТИВНОСТИ

1.1. История возникновения, причины и статистическое изучение детской гиперактивности

Понятие гиперактивность представляет собой совокупность симптомов, связанных с чрезмерной психической и моторной активностью. В переводе с греческого «Гипер» -Hyper - над, сверху-составная часть сложных слов, указывающая на превышение нормы. Слово «активный» пришло в русский язык из латинского «activus» и означает «действенный, деятельный». Начало изучения проблемы гиперактивности положил немецкий врач-психоневролог Генрих Хоффман, впервые описав чрезвычайно подвижного ребенка, который ни секунды не мог спокойно усидеть на стуле, дав ему прозвище - Непоседа Фил. Это было около 150 лет тому назад. Французские авторы Ж.Филипп и П.Бонкур в книге «Психологические аномалии среди учащихся» (в переводе на русский язык эта книга вышла в 1911г.) наряду с эпилептиками, астениками, истериками, выделяли и так называемых неустойчивых учеников.

Отечественные неврологи обратили внимание на проблему гиперактивности значительно позднее. Так, в 1972 г. известный педиатр Ю.Ф. Домбровская в на симпозиуме, посвященном роли психогенного фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней, выделила группу «трудновоспитуемых» детей, которые доставляют больше всего проблем родителям и педагогам. [23] В 1987г. при пересмотре «Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям» американскими специалистами, было введено название болезни «синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)» и уточнены ее симптомы (критерии), рис.1.1. По мнению ученых, это название наиболее точно отражает сущность явления гиперактивности.

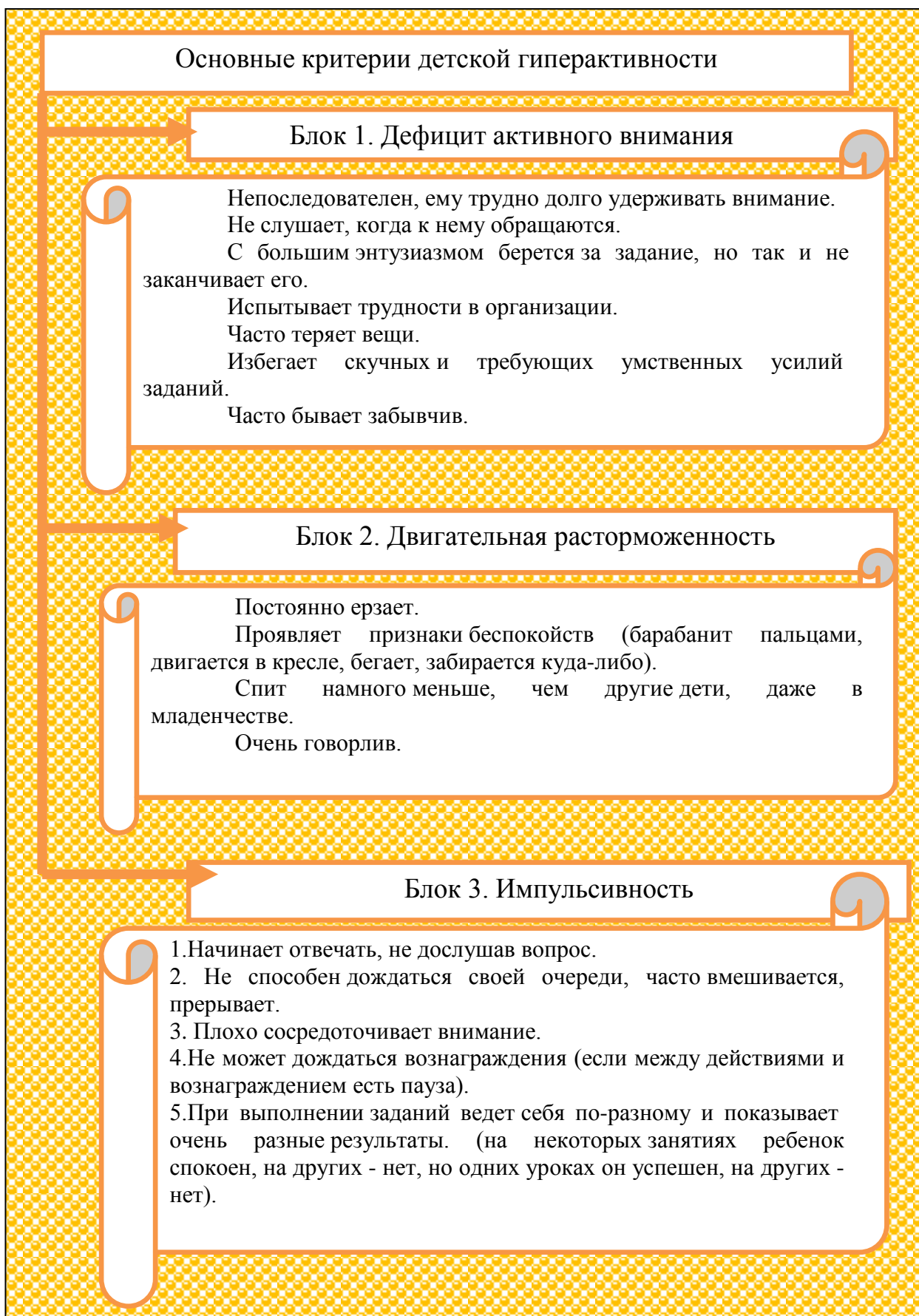


Рис.1.1. Основные критерии детской гиперактивности

Строгие критерии позволяют стандартизировать методику диагностирования детей с риском такого заболевания и дают возможность сравнивать данные, полученные исследователями в разных странах [35].

Таким образом, оценка отклоняющегося поведения ребенка представляет собой описание поведенческих комплексов-синдромов, в которых присутствуют одни и те же компоненты, относящиеся, как правило, к личностным характеристикам при сохранности интеллектуальной сферы. Американские психологи П.Бейкер и М. Алворд, условно разделив признаки гиперактивности на три основных блока, в которых сгруппированы критерии гиперактивного поведения: дефицит активного внимания, двигательная расторможенность, импульсивность (рис.1.1.). Если в возрасте до 7 лет проявляются хотя бы шесть из перечисленных признаков, педагог и родители могут предположить, что ребенок, за которым он наблюдает, является гиперактивным. При этом, критериями оценки проявления гиперактивности ребенка являются: контроль поведения, двигательная активность, характер движений. Гиперактивный ребенок постоянно импульсивен, активен, имеет лихорадочный и беспорядочный характер движений. Следует отличать тревожного ребенка от гиперактивного, который способен контролировать поведение, активен лишь в определенных ситуациях, имеет беспокойные и тревожные движения, рис.1.2.

Гиперактивность -как особый вариант поведения выражается в характерных особенностях двигательного развития и тесно связана с нарушением внимания и эмоциональной сферы. В обобщенном виде эти ведущие симптомы гиперактивности выглядят следующим образом: особенности моторно-двигательного развития, особенности внимания и контроля, особенности эмоциональной сферы, рис.1.2.

При этом, важно отметить, что гиперактивность следует отличать от активности ребенка. В частности, активный ребенок- не сидит на одном месте, любит подвижные игры, в свою очередь гиперактивный -постоянно



Рис. 1.2. Симптомы и критерии первичной оценки проявления гиперактивности ребенка

пребывает в движении, неспособен контролировать себя. Активный ребенок много и быстро говорит, задает множество вопросов. При этом, гиперактивный также общителен, говорит быстро и много, чаще всего не дослушивает и перебивает; редко выслушивает ответы на заданные вопросы. Активность активного ребенка проявляется не везде, он может дома вести себя беспокойно, тогда как в общественных местах относительно спокоен. Гиперактивный ребенок практически везде неуправляем, он не реагирует на ограничения и запреты, его поведение в различных условиях активно. Важно отметить, что гиперактивные дети в отличие от активных, сами провоцируют конфликты и неспособны контролировать агрессию.

Современные исследования говорят о том, что синдром гиперактивности может возникнуть в процессе развития очень рано. Но большинство исследователей гиперактивного поведения склонны думать, что признаки расстройства наиболее выражены в возрасте от 5 до 10 лет, т.е. в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте и чаще встречаются у мальчиков, чем у девочек. Анализ возрастной динамики СДВГ показал два всплеска проявления активности. Первый отмечается в 5-7 лет и приходится на период подготовки к школе, второй - в возрасте 12-15 лет (период полового созревания).

Таким образом, пик проявления синдрома гиперактивности приходится на период подготовки к школе и начало обучения[19]. Это обусловлено динамикой развития высшей нервной деятельности. К 7 годам, как пишет Д.А. Фарбер, происходит смена стадий интеллектуального развития, формируются условия для становления абстрактного мышления и произвольной регуляции деятельности. В возрасте от 6 до 7 лет дети с синдромом не готовы к школе, в связи с замедлением темпов функционального созревания коры и подкорковых структур. Систематические школьные нагрузки могут привести к срыву компенсаторных механизмов центральной нервной системы и развития

дезадаптационного школьного синдрома, усугубляемого учебными трудностями. Поэтому вопрос о готовности к школе для гиперактивных детей должен решаться в каждом конкретном случае психологом и наблюдающим ребенка врачом. Следует отметить, что причин возникновения гиперактивности у детей существует множество, основными из них являются: наследственная предрасположенность, здоровье матери, беременность и роды, дефицит жирных кислот в организме, окружающая среда, дефицит питательных элементов в организме, неправильное питание, отношения внутри семьи, рис.1.3. Рассмотрим кратко основные причины возникновения гиперактивности ребенка.

Одной из самых распространенных причин возникновения гиперактивности ребенка, является наследственность. Замечено, что у гиперактивных детей, как правило, кто-то из родителей был гиперактивным. Но до сегодняшнего дня не обнаружен какой-то особый ген гиперактивности, но замечено, что гиперактивность больше присуща мальчикам, нежели девочкам. Примерно пять мальчиков на одну девочку.

Важной причиной появления гиперактивности ребенка является здоровье матери. Замечено, что гиперактивные дети часто рождаются у матерей, болеющих аллергическими заболеваниями, это могут быть лихорадка, астма, мигрень и др.

От того, насколько успешно проходят роды матери, также будет зависеть гиперактивность еще не родившегося ребенка. При этом, проблемы связанные с беременностью, в частности: стрессы, аллергические реакции, осложнение родов, все это приводит к появлению гиперактивности ребенка.

Замечено также, что многие гиперактивные дети страдают от нехватки основных жирных кислот в организме. Симптомами этого дефицита является постоянное чувство жажды, сухость кожи, сухие волосы, частое мочеиспускание, случаи аллергических заболеваний в роду (астма и экзема).

Окружающая среда также оказывает существенное влияние на появление гиперактивности. [12]

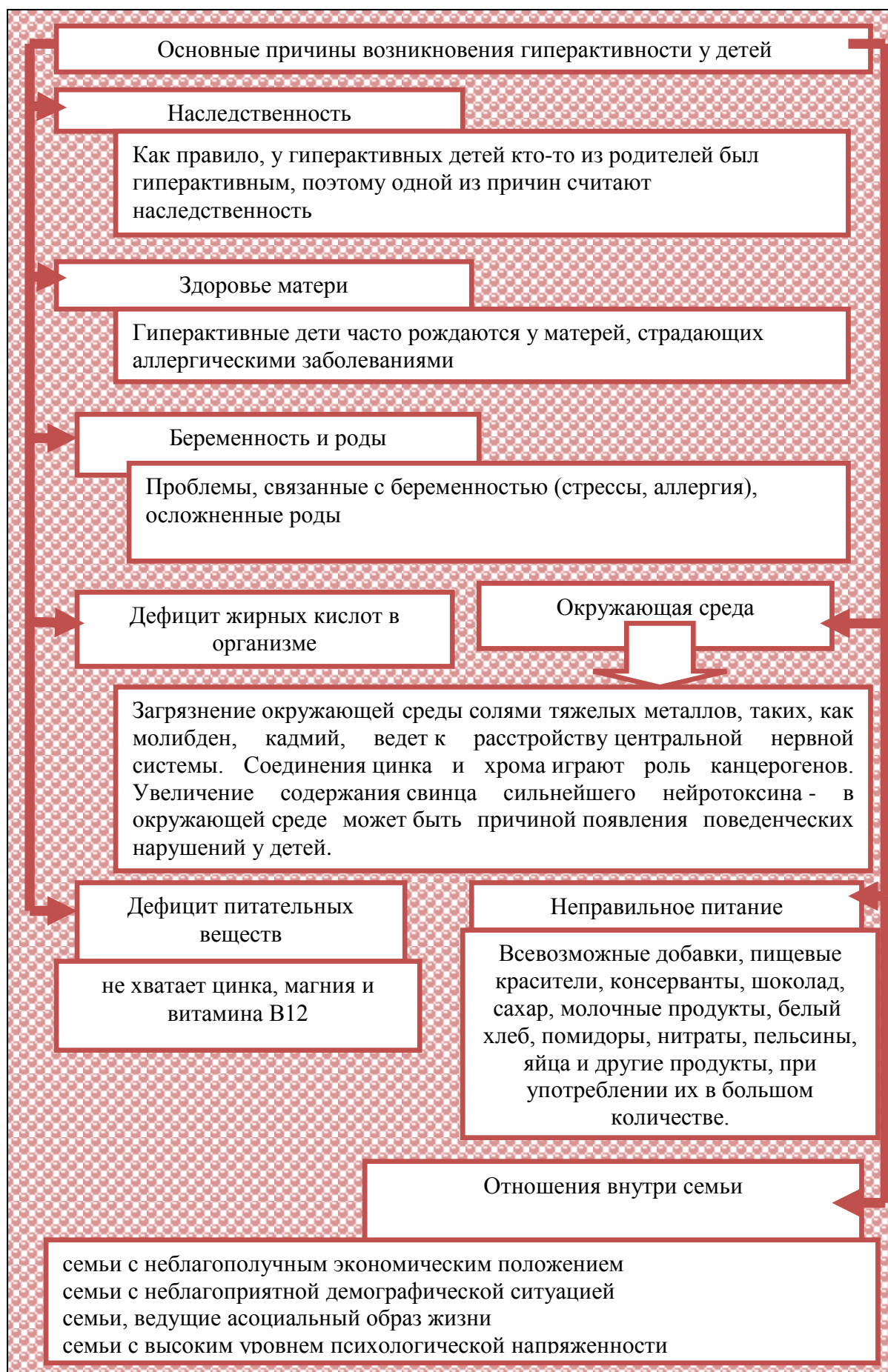


Рис. 1.3. Основные причины возникновения гиперактивности у детей

Например, диоксины - сверхядовитые вещества, возникающие при производстве, обработке и сжигании хлорированных углеводородов, они часто применяются в промышленности и домашнем хозяйстве и могут приводить к канцерогенному и психотропному действиям, а также к тяжелым врожденным аномалиям у детей. Загрязнение окружающей среды солями тяжелых металлов, таких, как молибден, кадмий, ведет к расстройству центральной нервной системы. Соединения цинка и хрома играют роль канцерогенов. Увеличение содержания свинца - сильнейшего нейротоксина - в окружающей среде может быть причиной появления поведенческих нарушений у детей.

У многих гиперактивных детей в организме не хватает питательных элементов, в частности: цинка, магния и витаминов группы В. Кроме этого, наличие всевозможных добавок, пищевых красителей, консервантов, шоколад, сахар, молочные продукты, белый хлеб, помидоры, нитраты, апельсины, яйца и другие продукты, при употреблении их в большом количестве, считаются возможной причиной гиперактивности.

Следующей не менее важной причиной появления гиперактивности у детей являются отношения внутри семьи. Исследования, проведенные Брызгуновым И.П., Касатиковой Е.В. показали, что две трети детей, характеризующихся как гиперактивные - это дети из семей высокого социального риска. К ним относятся семьи: семьи с неблагоприятным экономическим положением, в частности это семья, где один или оба родителя являются безработными, неудовлетворительные материально-бытовые условия, отсутствие постоянного места жительства и др.; семьи с неблагоприятной демографической ситуацией- это могут быть неполные или многодетные семьи, отсутствие обоих родителей; семьи с высоким уровнем психологической напряженности, это семьи в которых происходят постоянные ссоры и конфликты между родителями, трудности во взаимоотношениях между родителями и детьми, жесткое обращение с ребенком и др.; семьи, ведущие асоциальный образ жизни – это семьи в

которых родители страдают алкоголизмом, наркоманией, психическими заболеваниями, ведут аморальный образ жизни, совершают правонарушения. Следует отметить, что у гиперактивных детей с увеличенными требованиями психических и физических нагрузок нервная система не справляется. Поэтому в школе наблюдается значительное ухудшение состояния здоровья. При этом, основными признаками, на которые необходимо обратить внимание, являются: нервный тик; неспособность сидеть на одном месте некоторое время; неуравновешенность; невозможность сконцентрировать внимание; заниженная самооценка; вспыльчивость; затруднение выслушивания взрослого; энурез, возникновение разнообразных фобий (страхов); головная боль и др. [7]

Таким образом, причин формирования и проявления гиперактивного поведения ребенка существует множество, однако, говоря о гиперактивности, следует иметь в виду не выраженную патологию или криминальное поведение, а случаи, вполне укладывающиеся в популяционные распределения нормальных признаков и, следовательно, в представление о широкой вариативности форм индивидуального поведения и развития ребенка.

В продолжении темы гиперактивности детей, достаточно интересными являются данные статистической отчетности, которые показывают, что в различных странах доля гиперактивных детей существенно различается, рис.1.4.

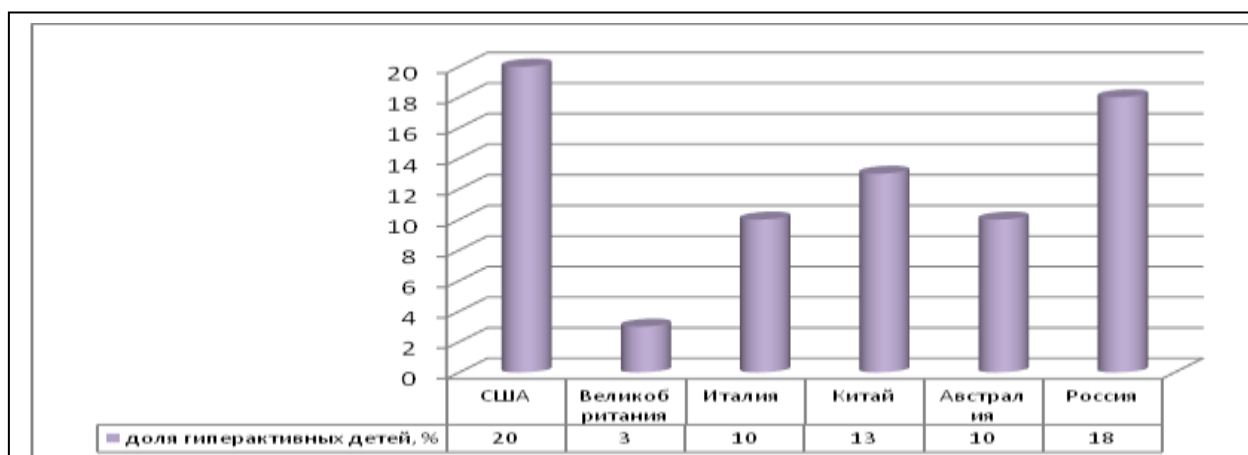


Рис. 1.4. Доля гиперактивных детей в различных странах

В частности, доля гиперактивных детей в США составляет 4-20%, в Великобритании доля таких детей колеблется в пределах от 1-3%, в Италии - 3-10%, в Китае - 1-13%, в Австралии - 7-10%, в России - 4-18%.[13] Те же статистические данные свидетельствуют об устойчивой тенденции к увеличению количества детей с СДВГ.

Таким образом, представленные выше данные статистической отчетности по детской гиперактивности имеют печальную динамику развития. Еще печальными являются последствия детской гиперактивности. В частности, по статистике, у половины детей с диагнозом СДВГ возникают серьезные проблемы в зрелом возрасте. Они чаще попадают в криминальные истории, уходят из дома, легче поддаются на иглу, крепче дружат с «зеленым змием». Гиперактивные дети склонны к неоправданному риску, сталкиваются с карьерными трудностями. Зарубежная статистика приводит следующие данные: 32–40% детей с СДВГ бросают школу, 50–70% почти не имеют друзей, около 30% попадают в аварии, а 20–30% даже беременеют в подростковом возрасте[13], рис.1.5.



Рис.1.5. Последствия гиперактивности детей школьного возраста

Гиперактивные дети в среднем в семь раз больше подвержены травмам, нежели их сверстники. Эксперты из Научного центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского на основании собственных исследований пришли к выводу, что более девяносто процентов игроманов, которые попадали к ним на лечение, в детстве страдали СДВГ. Есть даже основания предполагать, что люди с СДВГ меньше живут, поскольку у них чаще встречаются сердечно-сосудистые и онкозаболевания. Кроме того, у гиперактивных людей повышены риски развития депрессий и склонность к суицидам, однако с возрастом симптомы гиперактивности могут слабеть, но полностью не исчезают.

Следует также отметить, что причины возникновения СДВГ окончательно не выяснены, несмотря на значительное число исследований в данном направлении. На современном этапе доминируют три группы причин развития: повреждение центральной нервной системы во время беременности и родов; генетические факторы; негативное действие внутрисемейных отношений. Однако, как показал, представленный выше анализ последствия гиперактивности носят печальный характер, а поэтому деятельность родителей, психологов, педагогов и врачей должна быть направлена на снижение количества детей с данным заболеванием и определением причин его возникновения. Для того, чтобы более подробно рассмотреть диагностику и лечение гиперактивных детей, необходимо перейти к следующему параграфу исследования.

1.2. Диагностика и лечение гиперактивности ребенка

При диагностике гиперактивности ребенка психолог предлагает родителям и педагогам, разработанный Всемирным Обществом Здравоохранения список симптомов гиперактивности, к ним относятся: беспокойность, нетерпимость, невнимательность, сложности с

недостаточностью понимания, незавершенность каких-либо действий, совершение опасных действий и др., рис.1.6.

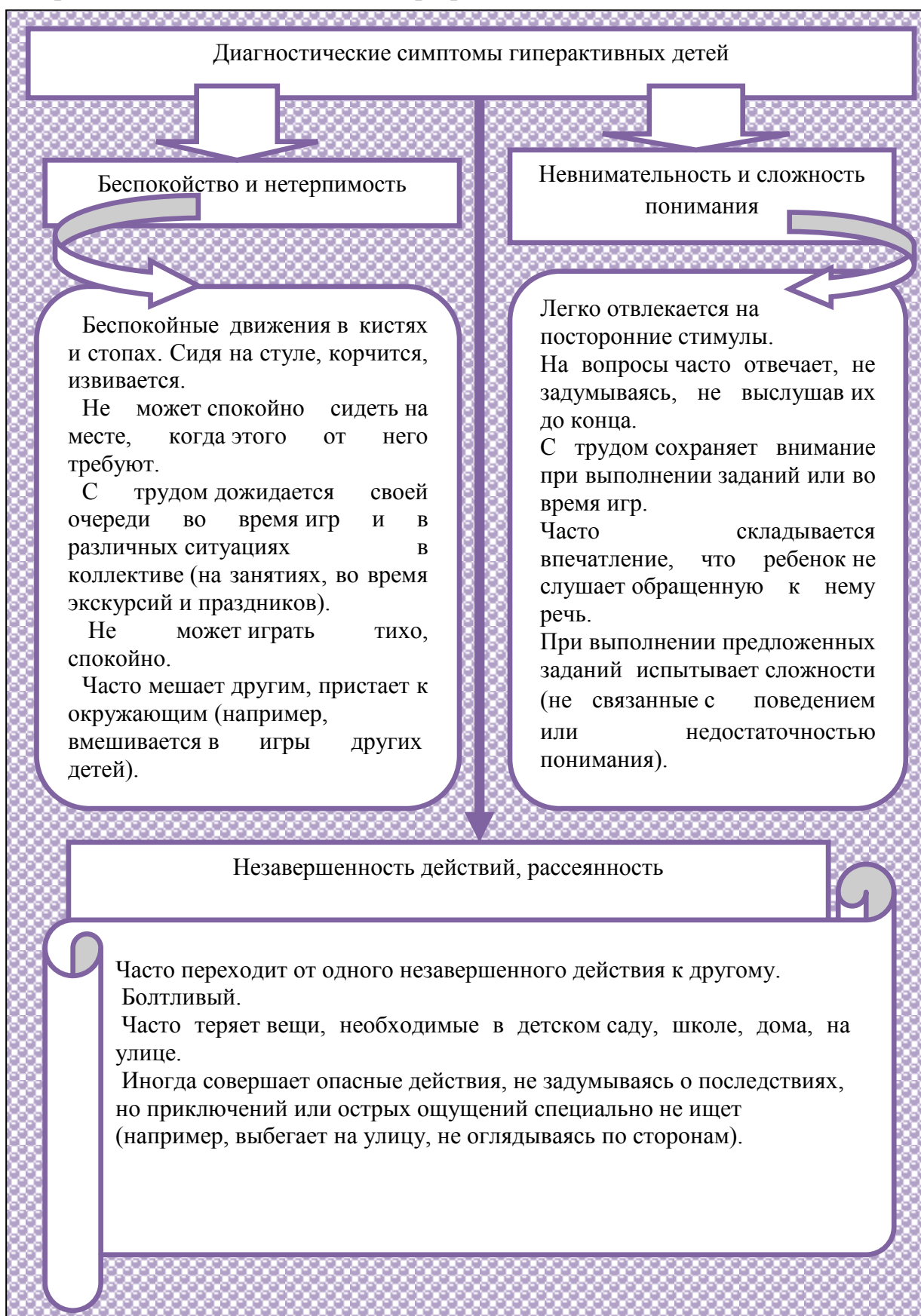


Рис.1.6. Диагностические симптомы гиперактивных детей

Диагноз считается правомерным, если наличествуют по меньшей мере, восемь из всех симптомов. Если ребенок действительно признается гиперактивным, для того, чтобы разработать коррекционные меры, необходимо выяснить возможные причины гиперактивного поведения ребенка. Для уточнения диагноза ребенка направляют на консультацию к специалистам: логопеду, офтальмологу, эпилептологу, отоларингологу, эндокринологу. Подтверждается синдром гиперактивности после обследований: ЭЭГ головного мозга, ЭхоКГ, анализа коваи (общий и биохимия), МРТ(магнитно-резонансная терапия) головного мозга.

После уточнения причин заболевания и выявления сопутствующих нарушений ставится диагноз с указанием преобладающих отклонений – дефицита внимания, гиперактивности или импульсивности или сочетания этих нарушений. На основе диагностических данных выстраивается индивидуальная схема лечения и психолого-педагогической коррекции.

Взрослые часто не понимают, что происходит с ребёнком, но его поведение их раздражает. Не зная о наследственной природе гиперактивности, они объясняют поведение ребенка «неправильным» воспитанием и обвиняют друг друга. Специалисты должны помочь родителям разобраться в поведении ребёнка, объяснить, на что реально можно надеяться и как вести себя с ребёнком. Необходимо использовать всё многообразие методик и выбрать наиболее эффективные при данных нарушениях. Психолог (врач) должен объяснить родителям, что улучшение состояния ребёнка зависит от назначаемого лечения, но в значительной мере от доброго, спокойного и последовательного отношения к нему. При этом для лечения гиперактивности ребенка применяются следующие методы: медикаментозная терапия, поведенческая психотерапия, специальное обучение, двигательная активность, психотерапия(визуализация, медитация, аутогенная тренировка, семейная психотерапия), рис.1.7. Рассмотрим подробнее перечисленные методы лечения гиперактивности детей.

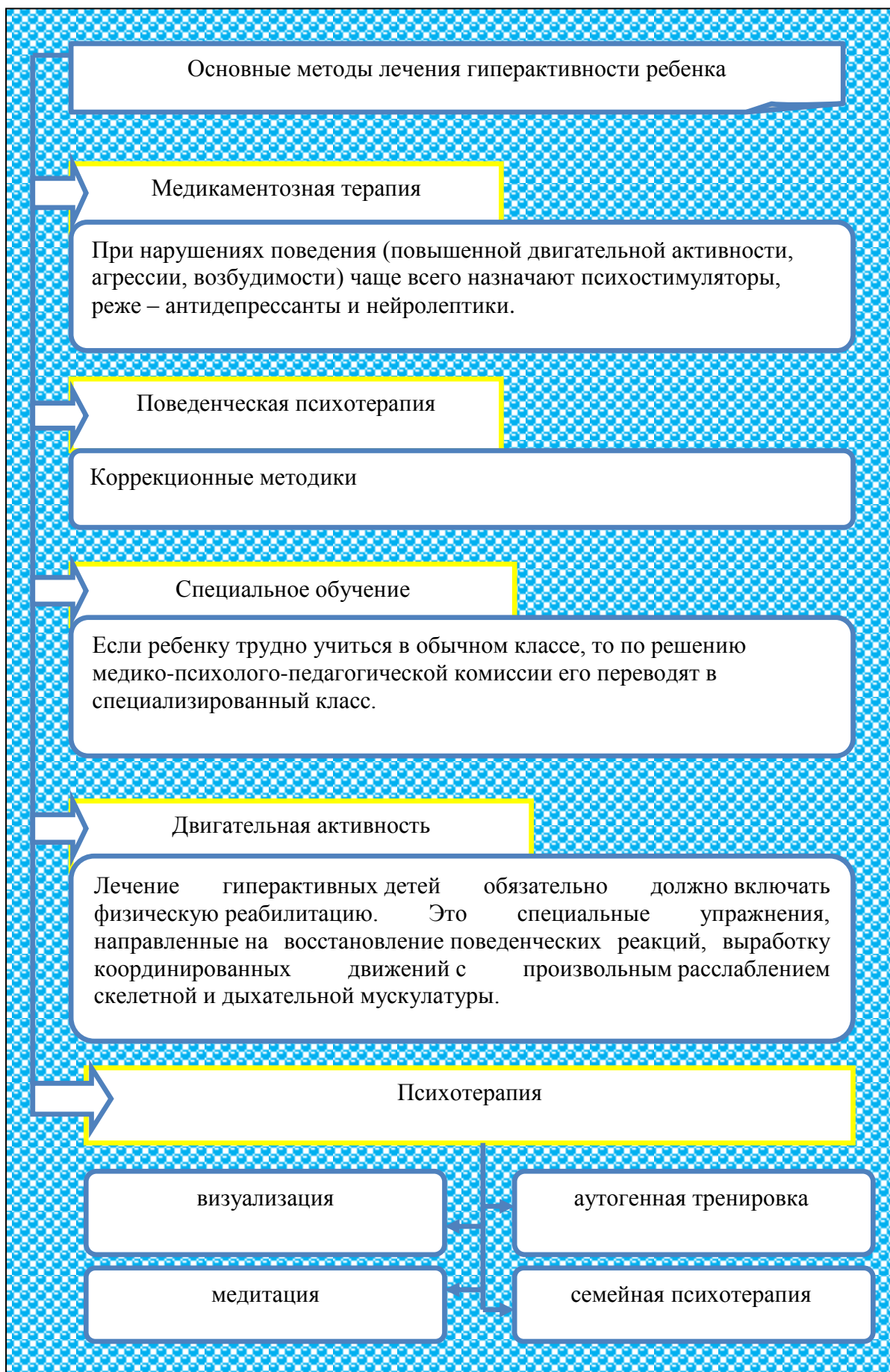


Рис.1.7. Основные методы лечения гиперактивности ребенка

При нарушениях поведения, в частности: повышенной двигательной активности, агрессии, возбудимости, применяется медикаментозная терапия. При этом чаще всего назначают психостимуляторы, реже – антидепрессанты и нейролептики. Психостимуляторы стали применяться для лечения двигательной расторможенности и нарушений внимания с 1937 г. и до сих пор это самые эффективные препараты при этом заболевании. К этой группе препаратов относятся метилфенидат (коммерческое название риталин), декстроамфетамин (декседрин) и пемолин (цилерт). При приёме препаратов у гиперактивных детей улучшается поведение, когнитивные и социальные функции: они становятся более внимательными, успешно выполняют задания в классе, у них повышается успеваемость, улучшаются взаимоотношения с окружающими. Однако нельзя надеяться только на лекарственные препараты, так как: не у всех больных наблюдается ожидаемый эффект; психостимуляторы, как и любые лекарства, имеют ряд побочных действий; применение одних только лекарств не всегда улучшает поведение ребенка. [3]

Поведенческая психотерапия является одним из психолого-педагогических методов коррекции гиперактивного поведения. Поведенческие программы требуют значительного умения, взрослым приходится прилагать всю свою фантазию и опыт общения с детьми, чтобы во время занятий поддерживать мотивацию постоянно отвлекающегося ребёнка. Коррекционные методики будут эффективны лишь при условии тесного сотрудничества семьи и школы, которое обязательно должно включать обмен информацией между родителями и учителями посредством совместных семинаров, курсов-тренингов и т.д. Успех в лечении будет гарантирован при условии поддержания единых принципов в отношении к ребёнку дома и в школе: система «вознаграждения», помощь и поддержка взрослых, участие в совместной деятельности. Непрерывность лечебной терапии в школе и дома – является главным залогом успеха.

Кроме родителей и учителей большую помощь в организации программы коррекции должны оказывать врачи, психологи, социальные педагоги, то есть те, кто может оказать профессиональную помощь в индивидуальной работе с таким ребёнком. Коррекционные программы должны быть ориентированы на возраст ребенка.

Необходимо помнить, что негативные методы воспитания неэффективны у этих детей. Особенности их нервной системы таковы, что порог чувствительности к отрицательным стимулам очень низок, поэтому они не восприимчивы к выговорам и наказанию, но легко отвечают на малейшую похвалу. Хотя способы вознаграждения и поощрения ребёнка надо постоянно менять. В разговоре с ребёнком и, особенно, при выдаче ему задания, необходимо избегать директивных указаний, желательно повернуть ситуацию таким образом, чтобы ребёнок почувствовал: он делает полезное дело для всей семьи, ему всецело доверяют, на него надеются. При разговоре с ребёнком необходимо избегать постоянных одёргиваний типа «сиди спокойно» или «не болтай, когда я с тобой разговариваю» и другие неприятные для него вещи.

Приведем несколько примеров поощрений и вознаграждений: разрешить ребёнку посмотреть телевизор вечером на полчаса больше положенного времени, угостить специальным десертом, дать возможность поучаствовать в играх вместе с взрослыми (лото, шахматы), позволить лишний раз сходить на дискотеку, купить ту вещь, о которой он давно мечтал. Если ребёнок в течении недели ведёт себя примерно, в конце недели он должен получить дополнительное вознаграждение. Это может быть какая-то поездка вместе с родителями за город, экскурсия в зоопарк, в театр и другие.[3]

Приведённый вариант поведенческого тренинга является идеальным и не всегда его использование возможно у нас в настоящее время. Но родители и учителя могут использовать отдельные элементы этой программы, взяв её основную идею: поощрение ребёнка за выполнение поставленных целей.

Причём не имеет значения, в каком виде это будет представлено: материальное вознаграждение или просто ободряющая улыбка, ласковое слово, повышенное внимание к ребёнку, физический контакт, то есть поглаживание. При неудовлетворительном поведении рекомендуется лёгкое наказание, которое должно быть немедленным и неизбежным. Это может быть просто словесное неодобрение, временная изоляция от других детей, лишение «привилегий». Родителям рекомендуется написать список того, чего они ожидают от ребёнка в плане поведения. Этот список в доступной манере объясняется ребёнку. После этого всё написанное неукоснительно соблюдается, и ребёнок поощряется за успех в его выполнении. От физического наказания необходимо воздерживаться.

Специальное обучение применяется если ребенку трудно учиться в обычном классе, то по решению медико-психолого-педагогической комиссии его переводят в специализированный класс. Гиперактивному ребёнку может помочь обучение в особых условиях, соответствующих его способностям. Основные причины плохой успеваемости при данной патологии – невнимательность и отсутствие должной мотивации и целеустремлённости, иногда в сочетании с парциальными задержками развития школьных навыков. В отличие от обычной «задержки психического развития» они являются временным явлением и при интенсивных занятиях могут успешно нивелироваться. При наличии парциальных задержек рекомендуется класс коррекции, а при нормальном интеллекте – класс для догоняющих.[4]

Обязательным условием обучения гиперактивных детей в коррекционных классах является создание благоприятных условий для развития: наполняемость не более десяти человек в классе, обучение по специальным программам, соответствующих учебников и развивающих материалов, индивидуальные занятия с психологом, логопедом и другими специалистами. Класс желательно изолировать от внешних раздражителей, в нем должно быть минимальное количество отвлекающих и стимулирующих

предметов (картин, зеркал и т.д.); ученики должны сидеть отдельно друг от друга, учащиеся с более выраженной двигательной активностью следует усаживать за предметные столы ближе к учителю, чтобы исключить их влияние на других детей. Продолжительность занятий сокращается до 30–35 минут. В течение дня обязательно проводятся занятия по аутогенной тренировке. Однако, организовывать класс исключительно для гиперактивных детей нецелесообразно, так как в своём развитии они должны опираться на успевающих учеников. Особенно это касается первоклассников, которые развиваются главным образом путём подражания и следования авторитетам.

В последнее время в связи с недостаточным финансированием организация классов коррекции нерациональна. Однако надо помнить, что отсутствие вообще какой-либо коррекции может привести к развитию хронической формы заболевания, а значит, к проблемам в жизни этих детей и окружающих.

Двигательная активность является еще одним не менее важным методом лечения гиперактивных детей и включает в себя физическую реабилитацию. Это специальные упражнения, направленные на восстановление поведенческих реакций, выработку координированных движений с произвольным расслаблением скелетной и дыхательной мускулатуры. Положительный эффект физических упражнений, особенно на сердечно-сосудистую и дыхательную системы организма, хорошо известен всем врачам. Большинство проведённых экспериментов показало, что механизм улучшения самочувствия связан с усиленной продукцией при длительной мышечной активности особых веществ – эндорфинов, которые благотворно влияют на психическое состояние человека. Однако, не все виды физической активности могут быть полезны для гиперактивных детей. Для них не показаны игры, где сильно выражен эмоциональный компонент (соревнования, показательные выступления). Рекомендуются физические упражнения, носящие аэробный характер, в виде длительного, равномерного

тренинга лёгкой и средней интенсивности: длительные прогулки, бег «трусцой», плавание, лыжи, езда на велосипеде и другие. Особое предпочтение следует отдавать равномерному длительному бегу, который благоприятно влияет на психическое состояние, снимает напряжённость, улучшает самочувствие. Перед тем как ребёнок начнёт заниматься физическими упражнениями, он должен пройти медицинский осмотр с целью исключения заболеваний, прежде всего, сердечно-сосудистой системы.

Давая рекомендации по рациональному двигательному режиму гиперактивным детям, врач должен учитывать не только особенности данного заболевания, но и росто-весовые данные детского организма, а также наличие гиподинамии. Известно, что только мышечная активность создаёт предпосылки для нормального развития организма в детском возрасте, а дети с синдромом, вследствие общей задержки развития, часто отстают в росте и массе тела от здоровых сверстников.

Психотерапия является еще одним методом лечения гиперактивности ребенка. Существует множество психотерапевтических методик, которые могут принести пользу как матери, так и ребенку. Остановимся на некоторых из них.

Визуализация – создает условия для восстановления умственного и физического равновесия. Медитация – снижает активность симпатической системы, способствует снижению тревожности и расслаблению. При этом замедляются сердечный ритм и дыхание, снижается потребность в кислороде, меняется картина мозгового напряжения, реакция на стрессовую ситуацию уравнивается. Аутогенная тренировка – способствует снижению двигательной расторможенности, эмоциональной возбудимости, улучшают координацию в пространстве, двигательный контроль, усиливает концентрацию внимания. Семейная психотерапия – необходима родителям, которые чувствуют вину за «плохое» воспитание ребенка, и самому ребенку. Метод метафоры, целью которого являются инициация сознательного или

подсознательного транс деривационного поиска, который может помочь человеку в использовании своих личностных ресурсов для такого обогащения внутренней картины мира, чтобы суметь справиться с проблемой. Иногда применяют туманные метафоры, чтобы люди использовали собственные ресурсы. Так же в качестве метафор могут использоваться истории о других семьях. [8]

Таким образом, выше были рассмотрены основные методы лечения гиперактивности ребенка, в частности: медикаментозная терапия, поведенческая психотерапия, специальное обучение, двигательная активность, психотерапия(визуализация, медитация, аутогенная тренировка, семейная психотерапия). Однако, согласно проблематики исследования является необходимым рассмотреть сущность работы психолога с родителями гиперактивного ребенка, для этого перейдем к следующей части исследования.

1.3. Работа психолога с родителями гиперактивного ребенка

Коррекционная работа с семьей гиперактивного ребенка направлена, прежде всего, на то, чтобы обогатить и разнообразить эмоциональный опыт гиперактивного ребенка, помочь ему овладеть элементарными действиями самоконтроля и тем самым несколько сгладить проявления повышенной двигательной активности – значит изменить взаимоотношения его с близким взрослым, и прежде всего с мамой. Этому будут способствовать любое действие, любая ситуация, событие, направленные на углубление контактов, их эмоциональное обогащение.

Основной задачей психолога и педагога становится изменение отношения близких родственников и, прежде всего, матери к ребенку, с тем, чтобы лучше его понять и снять излишние напряжения, формирующиеся вокруг него.

Родителям гиперактивного ребенка нужно объяснить, что улучшение состояния ребенка зависит не только от назначаемого специального лечения, даже если нужно (направленно-компенсаторное нейропсихологическое или медикаментозное, замещающее дефект развития психических функций за счет других зон мозга), но в значительной мере от доброго, спокойного и последовательного отношения к нему. Конечно в зависимости от причин, для каждой семьи разрабатывается своя программа коррекции. Но, независимо от причин, все родители, имеющие гиперактивных детей должны:

во-первых, усвоить одну важную аксиому нейропсихологии – мозг очень пластичен и максимально восприимчив с рождения до 9-10 лет. Вовремя проведенная коррекция обязательно приведет к восполнению дефицита развития;

во-вторых, нельзя на ребенке «ставить крест». Проще всего махнуть рукой: «неумеха, лентяй, тупица», – и тогда не надо тратить сил, а можно просто сетовать: «не повезло с ребенком». Необходимо верить в своего малыша, и тогда вы ему сможете помочь;

в-третьих, как можно скорее начать коррекционную работу.

Родителям гиперактивных детей следует дать общие рекомендации, которые могут оказаться полезными в каждой такой семье: говорить сдержанно, спокойно, мягко, использовать зрительную стимуляцию, поощрять ребенка, поддерживать дома четкий распорядок дня, избегать по возможности большого скопления людей, оберегать ребенка от утомления, давать возможность ребенку расходовать излишнюю энергию, осуществлять прогулки на свежем воздухе, занимать его спортивными секциями и др., рис.1.8.

Необходимо помнить о том, что что присущая детям с синдромом дефицита внимания гиперактивность хотя и неизбежна, но может удерживаться под разумным контролем с помощью перечисленных мер. Работа психолога и педагога должна быть направлена на активное взаимодействие ребенка с близким взрослым, на развитие способности как

взрослого, так и ребенка, почувствовать друг друга, сблизиться эмоционально.



Рис.1.8.Основные рекомендации родителям гиперактивных детей

В работе с родителями гиперактивных детей можно предложить тренинги родительской компетенции (ТРК), которые способны дать родителям необходимые навыки, в частности: устранение вызывающего поведения ребенка, адаптация к различным эмоциональным трудностям, защита членов семьи и другие, рис.1.9.

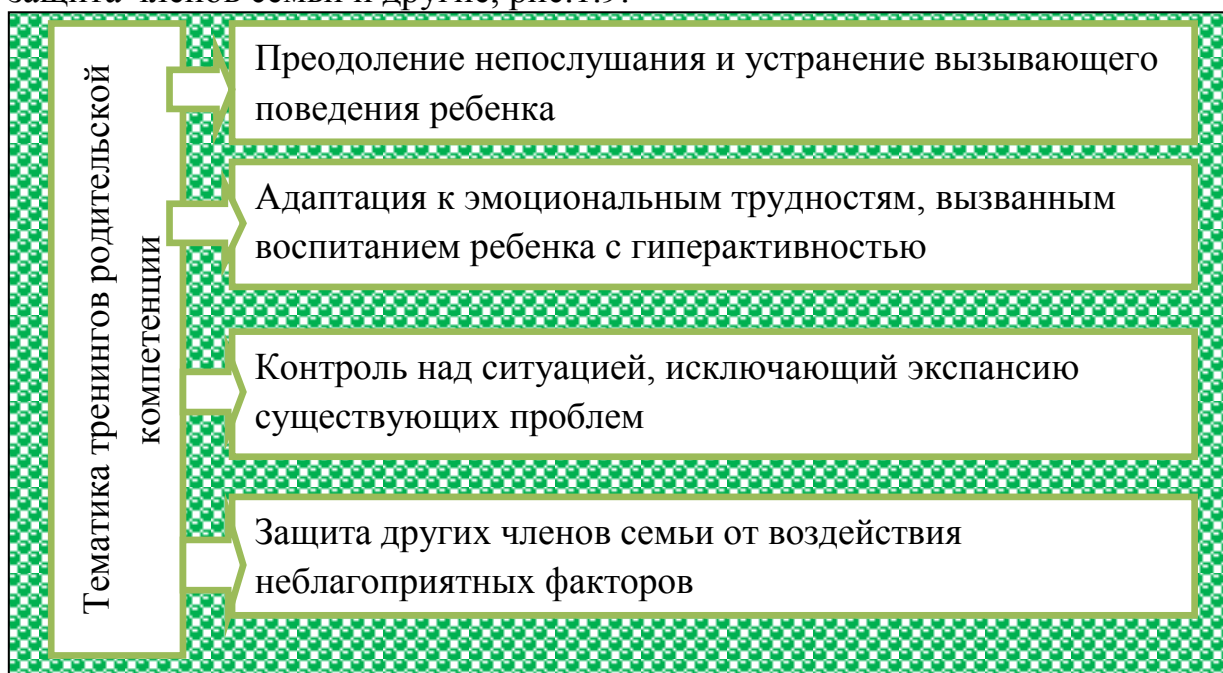


Рис. 1.9. Тематика тренингов родительской компетенции

Родителям гиперактивных детей в первую очередь необходимо рассказывать о специфике гиперактивности, чтобы они понимали биологическую основу этого расстройства. Кроме этого, родителей необходимо знакомить с общими принципами воспитания ребенка с гиперактивностью, учить их постоянно использовать свое влияние на ребенка, планировать и добиваться последовательности в своих действиях, не персонализировать проблемы ребенка и уметь прощать его.

Кроме этого, родителей гиперактивных детей необходимо обучать техникам, позволяющим изменять поведение ребенка. Они должны знать, как идентифицировать те формы поведения, которые они хотят поощрить или предотвратить, как использовать поощрения и наказания для достижения определенных целей, как установить дома жетонную систему. Родителей

гиперактивных детей необходимо научить то, что ребенок делает хорошо, и умению хвалить ребенка за его достоинства и достигнутые успехи. Кроме этого, родители должны обучиться использовать систему штрафов (пенальти) за деструктивное поведение (таких как потеря привилегий или тайм-аут) и справляться с непослушанием в общественных местах. Родители гиперактивного ребенка должны научиться использовать программы поощрения, основанные на системе школа-дом, при которых учителя оценивают их детей в карте ежедневной записи. Эти карты служат для того, чтобы дома родители использовали поощрения или наказания (обычно жетоны), учитывающие поведение ребенка в классе. И, наконец, родители гиперактивного ребенка должны учиться тому, как справляться с плохим поведением ребенка в дальнейшем, и посещать группы поддержки.

Родителям гиперактивных детей необходимо рассказывать о том, как ежедневно заниматься с ребенком так, чтобы эти занятия приносили совместное удовольствие. Каждый родитель, должен уметь организовывать деятельность гиперактивного ребенка, чтобы успех ребенка был максимален, а неудачи - минимальны. Например, если ребенку сложно выполнить задание, необходимо разбить его на несколько меньших частей и радоваться завершению каждой части. Родителей гиперактивных детей, необходимо обучать также тому, как снижать собственную раздражительность путем релаксации, медитации или физических упражнений. Пониженная раздражительность и агрессия позволяют родителям реагировать на поведение ребенка более спокойно. Многие исследования подтверждают эффективность ТРК, который позволяет справляться с проявлениями оппозиционного и вызывающего поведения ребенка; однако преимущества этого метода и долгосрочность его воздействия еще не изучены. Но, психолог и педагог должны учитывать, что коррекция родительского поведения и лечение самого гиперактивного ребенка должны проходить одновременно. В связи с этим необходимо кратко рассмотреть работу с гиперактивным ребенком.

Жизнь может быть очень тяжелой для детей с гиперактивностью. Они редко достигают хороших результатов, которые позволяют сохранять чувство собственной компетентности. Возможно, именно из-за этого, даже в тех случаях, когда им все же удается достичь успеха, они объясняют его неконтролируемыми факторами, такими как легкость задания или удача. Им очень часто приходится подвергаться наказанию и слышать обвинения в том, что они глупые или плохие. У них мало друзей и много проблем. Воздействие стрессов может привести к тому, что они будут чувствовать себя изолированными, считать себя ненормальными, глупыми и обреченными на неудачу. Индивидуальное консультирование пытается разрешить эти проблемы.[34]

В процессе консультирования дети учатся находить и развивать свои сильные качества, начинают понимать, что иметь гиперактивность не означает быть плохим. Гиперактивные дети обсуждают возникающие мысли и чувства, изучают паттерны собственного поведения и учатся адаптивным методам управления своими эмоциями. Обсуждение проблем и практические действия позволяют детям понять, что они могут измениться и жить более счастливо и продуктивно. Для коррекции поведения, в консультировании гиперактивных детей дошкольного и младшего школьного возраста психологи и педагоги часто используют методы игровой терапии, это могут быть подвижные игры на развитие внимания, игры на распределение внимания, игру на тренировку выдержки- контроль импульсивности, тренировка усидчивости и другие, прил. 1.

Начиная с младшего школьного возраста, психологи и педагоги в коррекционной работе с гиперактивными детьми должны проводить тренинги социальных навыков, где обучать стратегиям преодоления конфликтов во взаимоотношениях и налаживания позитивных взаимодействий с взрослыми и ровесниками. Возможно так же проведение когнитивно-поведенческих тренингов самоконтроля, где отрабатывается

умение оценивать проблемные ситуации и приобретение навыков управления когнитивными и поведенческими реакциями в этих ситуациях, обучение стратегиям самоподкрепления и преодоления симптомов гиперактивности.

Резюмируя выше изложенное можно сделать вывод, что под гиперактивностью ребенка следует понимать особый вариант поведения, который выражается в характерных особенностях двигательного развития и тесно связано с нарушением внимания и эмоциональной сферы. Основными симптомами гиперактивности являются: беспокойность, нетерпимость, невнимательность, сложности с недостаточностью понимания, незавершенность каких-либо действий, совершение опасных действий. При этом, причин возникновения гиперактивности у детей существует множество, основными из них являются: наследственная предрасположенность, здоровье матери, беременность и роды, дефицит жирных кислот в организме, окружающая среда, дефицит питательных элементов в организме, неправильное питание, отношения внутри семьи.

Детская гиперактивность имеет печальную статистику, в среднем 10-20% детей являются гиперактивными (в различных странах это значение различно). При этом, наблюдается положительная динамика детей с таким диагнозом. Следует отметить, что еще печальнее являются последствия гиперактивных детей, в частности, большинство из них чаще попадают в криминальные истории, уходят из дома, легче подсаживаются на иглу, крепче дружат с «зеленым змием», склонны к неоправданному риску, сталкиваются с карьерными трудностями, бросают школу, многие из них не имеют друзей, попадают в аварии, беременеют в подростковом возрасте и др. Таким образом, лечение гиперактивного ребенка является необходимостью как самих родителей, так и психологов и педагогов. При этом для лечения гиперактивности ребенка применяются следующие методы: медикаментозная терапия, поведенческая психотерапия, специальное обучение, двигательная активность, психотерапия (визуализация, медитация,

аутогенная тренировка , семейная психотерапия). Коррекционная работа с семьей гиперактивного ребенка направлена, прежде всего, на то, чтобы обогатить и разнообразить эмоциональный опыт гиперактивного ребенка, помочь ему овладеть элементарными действиями самоконтроля и тем самым несколько сгладить проявления повышенной двигательной активности – значит изменить взаимоотношения его с близким взрослым, и прежде всего с мамой. Этому будут способствовать любое действие, любая ситуация, событие, направленные на углубление контактов, их эмоциональное обогащение. В работе с родителями гиперактивных детей применяются различные методики и тренинги, при работе с самими детьми чаще всего используется методы игровой терапии. Основной целью по работе с родителями и гиперактивными детьми является снижение числа детей, страдающих синдромом гиперактивности. Однако, для того, чтобы провести эмпирическое исследование и разработать рекомендации по работе с родителями гиперактивных школьников, необходимо перейти к следующей главе исследования.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Цель, задачи, объект, предмет, гипотеза, выборка исследования

Целью данной работы является: определение количества опрошиваемых детей младшего школьного возраста на наличие признаков гиперактивности и готовности гиперактивных младших школьников к образовательному процессу.

Задачи исследования: теоретический анализ существующих методик тестирования на гиперактивность детей младшего школьного возраста и их готовность к образовательному процессу в школе; проведение анкетирования и опроса детей и их родителей, обработка и анализ полученных данных эмпирического исследования; формулировка рекомендаций по работе с родителями гиперактивного ребенка младшего школьного возраста.

Объект исследования : гиперактивность и готовность детей младшего школьного возраста к обучению в школе.

Предмет исследования: особенности социальной и личностной готовности гиперактивных младших школьников к образовательному процессу.

Гипотеза исследования: психологическая готовность гиперактивных детей младшего школьного возраста к образовательному процессу обладает определенными особенностями; у гиперактивных детей наблюдается низкая успеваемость в школе.

Выборка исследования. Исследование проводилось на базе средней общеобразовательной школы г. Москвы № 234. В качестве испытуемых были привлечены дети младшего школьного возраста (с 6 до 9 лет), обучающиеся с 1- 4 класс. В общем, для определения гиперактивности ребенка было отобрано 70 человек детей, часть детей, которая являлась гиперактивными, с ними проводилось дальнейшее исследование. Опрос проводился как среди мальчиков, так и среди девочек.

2.2. Методики исследования

В процессе изучения теоретических аспектов и методик тестирования были выбраны наиболее интересные методики по изучению гиперактивности ребенка младшего школьного возраста, изучение особенностей готовности гиперактивного ребенка к обучению в школе, а также изучение морально-психологического климата в семье гиперактивного ребенка.

В частности были применены следующие методики: 1) для определения гиперактивности ребенка и его импульсивности применялась методика П. Бейкера и М. Алворда.;2) для изучения зрелости детей младшего школьного возраста для обучения в школе применялись методики: оценки психосоциальной зрелости по тестовой беседе, имитации написанного текста, определение мышления и речи; изучение умозаключения ребенка (прил.2); 3) Для оценки уровня школьной мотивации и диагностики мотивационной сферы применялись методики (Н.Г.Лускановой); 4)для определения самооценки младших школьников была использована методика «Лесенка» и «Какой Я» ; 5)для определения семейных отношений гиперактивного ребенка применялась методика «Проективный рисунок «Моя семья»(прил.3).

Рассмотрим подробнее все выше перечисленные методики.

1)Методика определения гиперактивности ребенка и его импульсивности (П. Бейкера и М. Алворда). Американские психологи П. Бейкер и М. Алворд предлагают следующие критерии выявления гиперактивности у ребенка: дефицит активного внимания, двигательная расторможенность; импульсивность, рис.2.1.

На представленные выше признаки гиперактивности, родителям детей младшего школьного возраста, предлагалось дать ответ. Если в младшем школьном возрасте проявляются хотя бы шесть из перечисленных признаков, представленных на рис.2.1, то можно предположить (но не поставить диагноз!), что ребенок, гиперактивен.

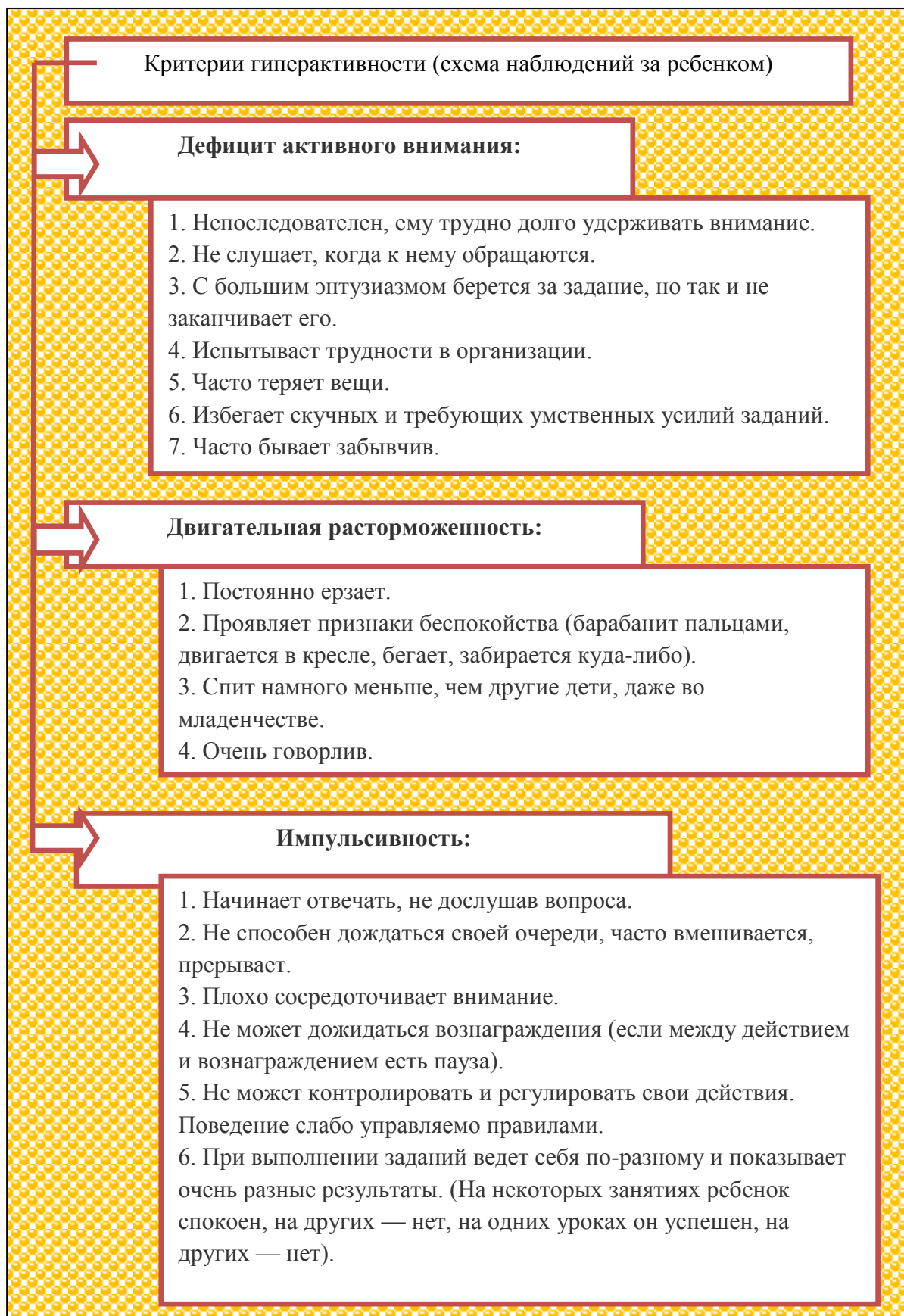


Рис.2.1. Критерии гиперактивности (схема наблюдений за ребенком) по методике П. Бейкера и М. Алворда

Также для оценки признаков импульсивности, родителям ребенка предлагалось заполнить анкету, которая состояла из двадцати вопросов, рис.2.2. В результате суммирования баллов, оценка импульсивности проводится по следующей шкале: 15-20 баллов свидетельствует о высокой импульсивности, 7-14баллов - о средней импульсивности, 1-6 баллов - о низкой импульсивности.

Признаки импульсивности (анкета)	
Импульсивный ребенок :	
1.	Всегда быстро находит ответ, когда его о чем-то спрашивают (возможно, и неверный).
2.	У него часто меняется настроение.
3.	Многие вещи его раздражают, выводят из себя.
4.	Ему нравится работа, которую можно делать быстро.
5.	Обидчив, но не злопамятен.
6.	Часто чувствуется, что ему все надоело.
7.	Быстро, не колеблясь, принимает решения.
8.	Может резко отказаться от еды, которую не любит.
9.	Нередко отвлекается на занятиях.
10.	Когда кто-то из ребят на него кричит, он кричит в ответ.
11.	Обычно уверен, что справится с любым заданием.
12.	Может наругать родителей, воспитателю.
13.	Временами кажется, что он переполнен энергией.
14.	Это человек действия, рассуждать не умеет и не любит.
15.	Требуя к себе внимания, не хочет ждать.
16.	В играх не подчиняется общим правилам.
17.	Горячится во время разговора, часто повышает голос.
18.	Легко забывает поручения старших, увлекается игрой.
19.	Любит организовывать и предводительствовать.
20.	Похвала и порицание действуют на него сильнее, чем на других.

Рис.2.2. Анкета для родителей гиперактивного ребенка на проверку признаков импульсивности

2) Методики для изучения зрелости детей младшего школьного возраста для обучения в школе: оценка психосоциальной зрелости по тестовой беседе, имитация написанного текста, определение мышления и речи; изучение умозаключения ребенка. Программа содержит четыре методики, направленные на выявление психосоциальной зрелости, уровня развития аналитического мышления и речи, а также школьно-необходимых функций в форме способности к произвольному поведению. Успешность

выполнения каждой из методик оценивается в баллах, общий показатель успешности работы ребенка по программе оценивается суммарным баллом по всем методикам. Более подробное описание этих методик представлено в прил.2.

3)Методика оценки уровня школьной мотивации и диагностики мотивационной сферы осуществлялась по методу Н. Г. Лускановой. Целью анкетирования является: определение уровня школьной мотивации, рис.2.3.

<p>Анкета для оценки уровня школьной мотивации (1-4 кл.)</p> <p>Инструкция: Выбери один из трёх предъявляемых ответов (наиболее тебе подходящий) на поставленный вопрос, отметь его галочкой.</p> <p>1.Тебе нравится в школе? а) не очень б) нравится в) не нравится</p> <p>2.Утром, когда ты просыпаешься, ты всегда с радостью идёшь в школу или тебе часто хочется остаться дома? а) чаще хочется остаться дома б) бывает по-разному в) иду с радостью</p> <p>3.Если бы учитель сказал, что завтра в школу не обязательно приходить всем ученикам, что желающие могут остаться дома, ты пошёл бы в школу или остался дома? а) не знаю б) остался бы дома в) пошёл бы в школу</p> <p>4. Тебе нравится, когда у вас отменяют какие-нибудь уроки? а) не нравится б) бывает по-разному в) нравится</p> <p>5. Ты хотел бы, чтобы тебе не задавали домашних заданий? а) хотел бы б) не хотел бы в) не знаю</p> <p>6. Ты хотел бы, чтобы в школе остались одни перемены? а) не знаю б) не хотел бы б) хотел бы</p> <p>7. Ты часто рассказываешь о школе родителям? а) часто б) редко в) не рассказываю</p> <p>8. Ты хотел бы, чтобы у тебя был менее строгий учитель? а) точно не знаю б) хотел бы в) не хотел бы</p> <p>У тебя в классе много друзей? а) мало б) много в) нет друзей</p> <p>10.Тебе нравятся твои одноклассники ? а) нравятся б) не очень в) не нравятся</p>

Рис.2.3. Анкета для оценки уровня школьной мотивации

Представленную выше анкету предлагалось заполнить детям и ответ ребёнка, свидетельствующий о его положительном отношении к школе и предпочтении им учебных ситуаций, оценивается в три балла; нейтральный ответ («не знаю», «бывает по-разному» и т.п.) оценивается в один балл; ответ, позволяющий судить об отрицательном отношении ребёнка к той или иной школьной ситуации, оценивается в ноль баллов.

Оценки в два балла отсутствуют, так как математический анализ показал, что при оценках в ноль, один, три балла возможно более надёжное разделение детей на группы с высокой, средней и низкой мотивацией. При этом, согласно данной методики, установлено пять основных уровней школьной мотивации: первый уровень: 25-30 баллов-это высокий уровень школьной мотивации, учебной активности; второй уровень: 20-24 балла -это хорошая школьная мотивация; третий уровень: 15–19 баллов- положительное отношение к школе, но школа привлекает таких детей внеучебной деятельностью; четвертый уровень: 10–14 баллов - низкая школьная мотивация; пятый уровень: ниже 10 баллов - негативное отношение к школе, школьная дезадаптация.

Кроме выше представленной методики, детям была также предложена диагностика «Лесенка побуждений». Целью является: диагностика мотивационной сферы ребенка младшего школьного возраста. При этом. Согласно данной методике, школьник в форме лесенки должен ранжировать 2 вида мотивов учения - социальные и познавательные, рис.2.4.

Результаты, полученные с помощью данной методики, свидетельствуют о соотношении социальных и познавательных мотивов учения школьника, которые определяются по тому, какие мотивы занимают первые четыре места в иерархии. В случае, если эти места занимают два социальных и два познавательных мотива, делается вывод об их гармоничном сочетании у школьника. Если эти места занимают четыре мотива одного типа, делается вывод о доминировании данного типа мотивов учения (например, социальных). Таким образом, выше были рассмотрены методики направленные на изучение мотивационных факторов к обучению ребенка младшего школьного возраста.

4)Для определения самооценки младших школьников была использована методика «Лесенка» и «Какой Я» . Суть методики «Лесенка» заключается в том, что педагог рисует на листе бумаги лесенку из десяти ступенек и ребенку младшего школьного возраста предлагалось нарисовать

себя на одной из этих ступенек, с учетом того, что на самой нижней ступеньки стоят самые плохие мальчики и девочки. На второй - чуть-чуть лучше, а вот на верхней ступеньке стоят самые хорошие, добрые и умные мальчики и девочки.

Диагностика «Лесенка побуждений»

Ученик в форме лесенки ранжирует 2 вида мотивов учения — социальные и познавательные.

Познавательные мотивы:

- 1) широкий познавательный — ориентация на овладение новыми знаниями;
- 2) процессуальный — ориентация на процесс учения;
- 3) результативный — ориентация на результат учения (оценку);
- 4) учебно-познавательный — ориентация на усвоение способа получения знаний.

Социальные мотивы:

- 1) широкий социальный мотив — стремление приобрести знания, чтобы быть полезным обществу;
- 2) учительский мотив — стремление заслужить похвалу и одобрение со стороны учителя;
- 3) родительский мотив — стремление заслужить похвалу и одобрение родителей;
- 4) товарищеский мотив — стремление заслужить уважение своих товарищей.

Ученикам предъявляются на отдельных карточках следующие 8 утверждений, соответствующих вышеуказанным 4 познавательным и 4 социальным мотивам:

1. Я учусь для того, чтобы все знать.
2. Я учусь потому, что мне нравится процесс учения.
3. Я учусь для того, чтобы получать хорошие оценки.
4. Я учусь для того, чтобы научиться самому решать задачи.

1. Я учусь для того, чтобы быть полезным людям.
2. Я учусь для того, чтобы учитель был доволен моими успехами.
3. Я учусь для того, чтобы своими успехами радовать родителей.
4. Я учусь для того, чтобы за мои успехи меня уважали товарищи.

Рис.2.4. Методика диагностики мотивационной сферы ребенка младшего школьного возраста

Обработка результатов проводилась по следующей оценке:

- 1-3 ступенька - низкий уровень самооценки (заниженная);
- 4-7 ступенька - средний уровень самооценки (правильный);

8-10 ступенька - высокий уровень самооценки (завышенная).

Методика «Какой Я?» предназначена для определения самооценки ребенка 6-9 лет. Экспериментатор, пользуясь представленным далее протоколом, спрашивает у ребенка, как он сам себя воспринимает и оценивает по десяти различным положительным качествам личности. Оценки, предлагаемые ребенком самому себе, предоставляются экспериментатором в соответствующих колонках протокола, а затем переводятся в баллы. Оценка результатов: ответы типа «да» оцениваются в 1 балл, ответы типа «нет» оцениваются в 0 баллов, ответы типа «не знаю» или «иногда» оцениваются в 0,5 балла. Уровень самооценки определяется по общей сумме баллов, набранной ребенком по всем качествам личности. Протокол методики «Какой я» представлен в табл.2.1.

Таблица 2.1

Протокол методики «Какой я»

№ п/п	Оцениваемые качества личности	Оценки по вербальной шкале			
		да	нет	иногда	не знаю
1	Хороший				
2	Добрый				
3	Умный				
4	Аккуратный				
5	Послушный				
6	Внимательный				
7	Вежливый				
8	Умелый (способный)				
9	Трудолюбивый				
10	Честный				

Оценка по выше представленной методике проводилась по следующим баллам: 10 баллов - очень высокий ;8-9 баллов – высокий; 4-7 баллов – средний; 2-3 балла – низкий; 0-1 балл - очень низкий. Следует отметить, что

ответы ребенка на некоторые вопросы (например, послушный, честный) могут свидетельствовать об адекватности самооценки. Так, например, если наряду с ответами «да» на все вопросы ребенок утверждает, что он «послушный всегда», «честный всегда», можно предположить, что он не всегда достаточно критичен к себе. Адекватность самооценки можно проверить, сравнив ответ ребенка по данной шкале с ответами родителя о ребенке по тем же личностным качествам.

5) Методика «Проективный рисунок «Моя семья» (прил.3). Цель методики: тест помогает выявить отношение ребенка к членам своей семьи, семейные отношения, которые вызывают тревогу или конфликты для рисующего, показывают, как ребенок воспринимает взаимоотношения с другими членами семьи и свое место в семье.

Используя тест, следует иметь в виду, что каждый рисунок является творческой деятельностью, не только отражающей восприятие ребенком своей семьи, но и позволяющей ребенку анализировать и переосмысливать семейные отношения. В этом смысле рисунок семьи не только отражает настоящее и прошлое, но также направлен и на будущее, так как при рисовании ребенок интерпретирует ситуацию, решает проблему актуальных семейных отношений. В этом смысле психолог может дать ребенку понять свою ситуацию в семье, вместе с ним поискать возможности лучшей адаптации ребенка в своей семье. Но здесь следует избегать суггестивной, привнесенной извне интерпретации ситуации, предоставив возможность самому ребенку понять и воспринять столько, сколько он может, исходя из его психологической зрелости. Обычно тест состоит из двух частей: рисование семьи и беседы после рисования. Для выполнения теста ребенку давался стандартный лист бумаги для рисования, карандаш (твердость 2М) и ластик. Содержательными характеристиками рисунка являются изображаемая деятельность членов семьи, представленных на рисунке, их взаимодействие и расположение, а также отношение вещей и людей на рисунке.

При интерпретации основное внимание обращается на следующие аспекты: а) анализ структуры рисунка семьи (сравнение состава реальной и нарисованной семьи, расположение и взаимодействие членов семьи на рисунке); б) анализ особенностей рисунка отдельных членов семьи, различия в стиле рисования, количество деталей; в) анализ процесса рисования (последовательность рисования каждого члена семьи, комментарии, паузы, эмоциональные реакции во время рисования). При оценке, выделено пять симптомокомплексов: благоприятная семейная ситуация; тревожность; конфликтность в семье; чувство неполноценности в семейной ситуации; враждебность в семейной ситуации, табл.2.2(прил.3).

Таким образом, в процессе исследования были определены следующие характеристики ребенка: 1) наличие гиперактивности; 2) зрелость и готовность детей к обучению в школе; 3) определение самооценки ребенка; 4) определение уровня школьной мотивации и мотивационной сферы; 5) определение семейных отношений гиперактивного ребенка.

В результате проведенного исследования были получены результаты, на основании которых были предложены рекомендации по работе с родителями гиперактивного ребенка младшего школьного возраста. Для того, чтобы более подробно рассмотреть результаты проведенного исследования, необходимо перейти к следующему параграфу исследования.

2.3. Результаты эмпирического исследования

Как уже было описано, для определения количества гиперактивных детей младшего школьного возраста было отобрано 70 человек детей. Однако, для определения гиперактивности ребенка, опрашивались родители по наличию у ребенка основных признаков гиперактивности, при наличии шести признаков, ребенка можно считать гиперактивным. Таким образом, из 70 опрошенных, было выявлено, что 27 детей являются гиперактивными, из

них наибольшую долю занимают мальчики, их количество составило 18 человек, 9 человек гиперактивных детей- девочки, рис.2.5.

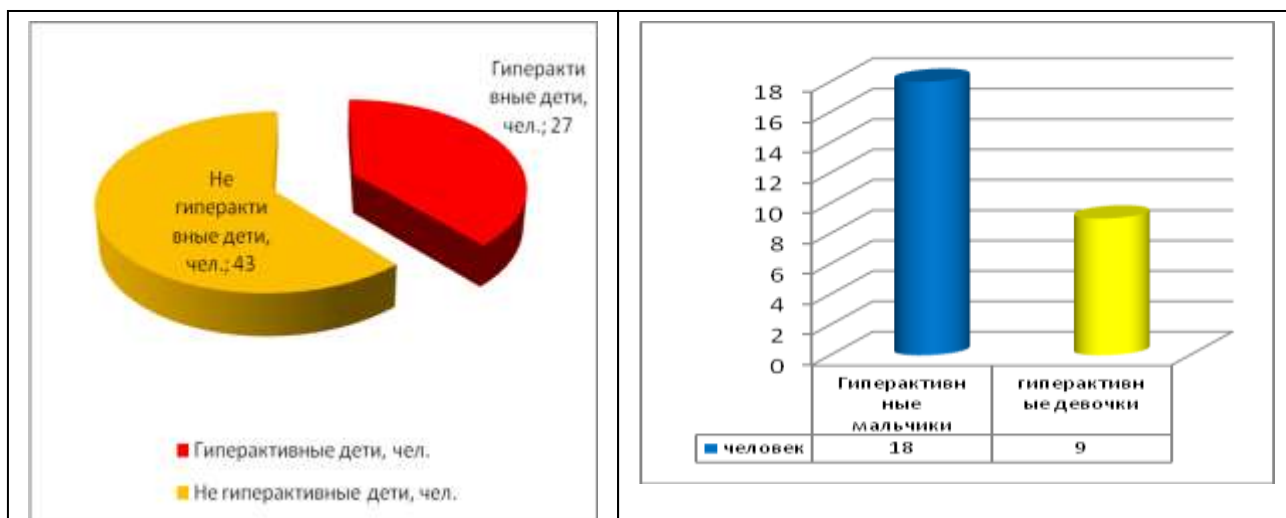


Рис.2.5 Результаты определения числа и доли гиперактивных детей

В целом из 70 чел. опрошенных, большинство детей не являются гиперактивными, их доля составляет 61,43%, небольшой удельный вес приходится на гиперактивных детей и составляет 38,57%.

Практически у каждого гиперактивного ребенка имеются как минимум по два признака импульсивности, основными из этих признаков являются: не способны дожидаться своей очереди, часто вмешиваются, прерывают; плохо сосредотачивают внимание, не могут дождаться вознаграждения, не способны отвечать не дослушав вопроса, и др. Для определения степени импульсивности ребенка была предложена анкета родителям гиперактивных детей, которая состояла из двадцати вопросов. В результате были опрошены только родители гиперактивных детей в количестве 27 чел. и было выявлено, что большинство детей имеют средний уровень импульсивности, их насчитывается 14 чел., небольшую долю занимают дети с низкой и высокой импульсивностью их доля составила 33,33% и 14,81% соответственно, рис.2.6.

Так как гиперактивность существенно влияет на успеваемость и готовность ребенка к школе, необходимо было провести исследование детей на уровень психосоциальной зрелости, уровень развития аналитического мышления и речи, меру развития способности к произвольному поведению.

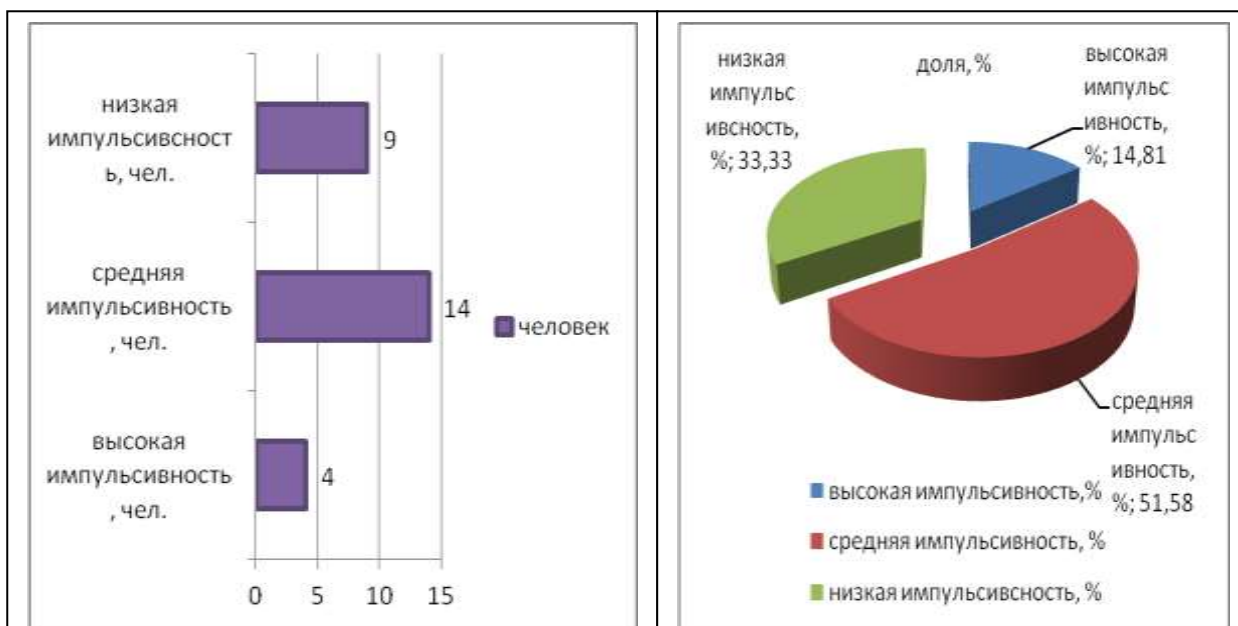


Рис.2.6. Результаты опроса на изучение степени импульсивности детей младшего школьного возраста

В результате опроса 27 детей были получены следующие результаты. Более 70% гиперактивных детей имеют средний уровень школьной зрелости, 18,52% опрошенных являются условно-неготовыми к школьной жизни и всего один ребенок из опрошенных 27 человек, является школьно зрелым, рис.2.7.

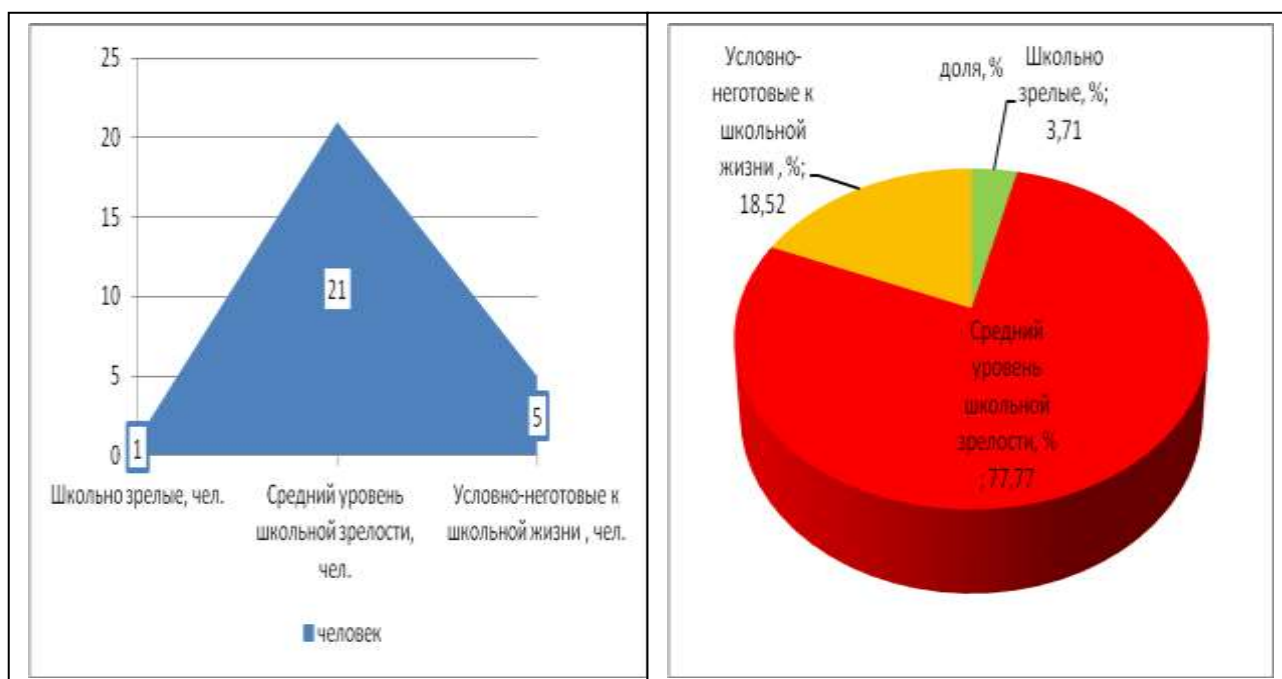


Рис.2.7. Результаты опроса гиперактивных детей младшего школьного возраста на уровень психосоциальной зрелости

Следует отметить, что по результатам данной методики можно сделать только предварительные выводы, которые необходимо подтверждать и проверять по другим результатам диагностики, в связи с этим, был проведен опрос гиперактивных детей по методике «Имитация написанного текста», которая показала, что наибольший удельный вес опрошенных детей считаются готовыми к обучению в школе при условии контроля и внимания в первоначальный период обучения, доля таких детей составила 66,66%. Третья часть детей нуждаются в дополнительных занятиях, особенно пристальном внимании в начальный период обучения. У них, скорее всего, возникают проблемы с пониманием заданий учителя, освоением рисунка и письма. И лишь 3,72% опрошенных детей считаются зрелыми для школьного обучения, рис.2.8.

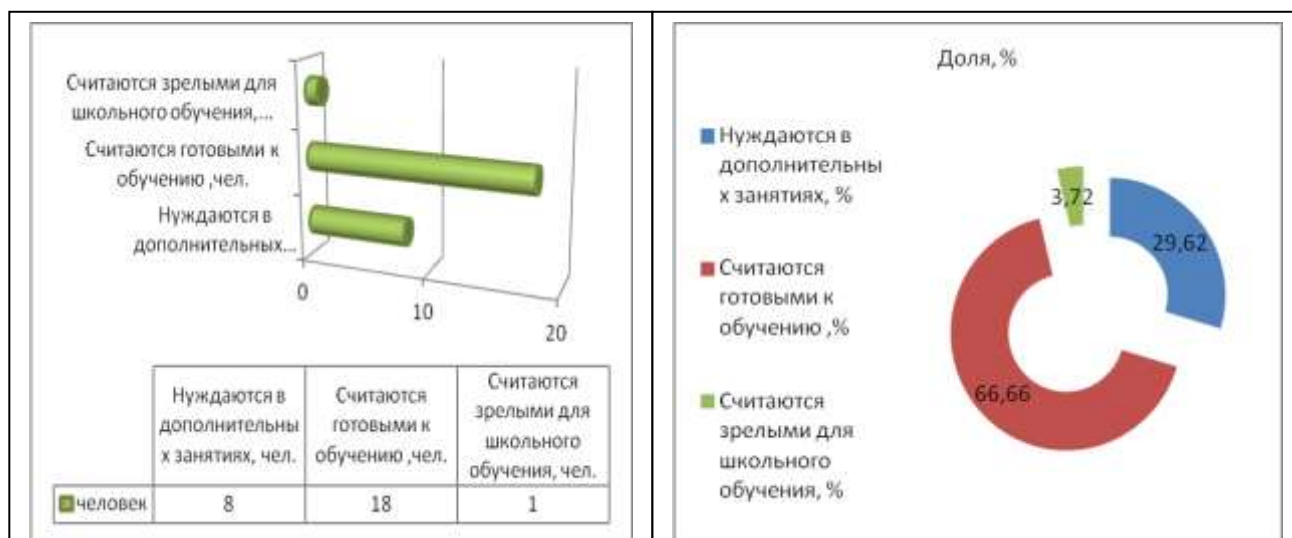


Рис.2.8. Результаты опроса гиперактивных детей по методике «Имитация написанного текста»

Для определения уровня развития аналитического мышления и речи, детям было дано задание, в результате которого были получены следующие результаты: трое детей нуждаются в дополнительной работе по развитию речи (организация бесед, пересказ, лингвистические игры). Все остальные опрошенные не имеют существенных недостатков в данном направлении развития, рис.2.9. При этом 19 детей при прохождении данного задания допустили не более двух ошибок, не более 6 ошибок допустили 5 человек

опрошенных. Таким образом, можно считать что большая часть детей имеют неплохой уровень развития аналитического мышления и речи.

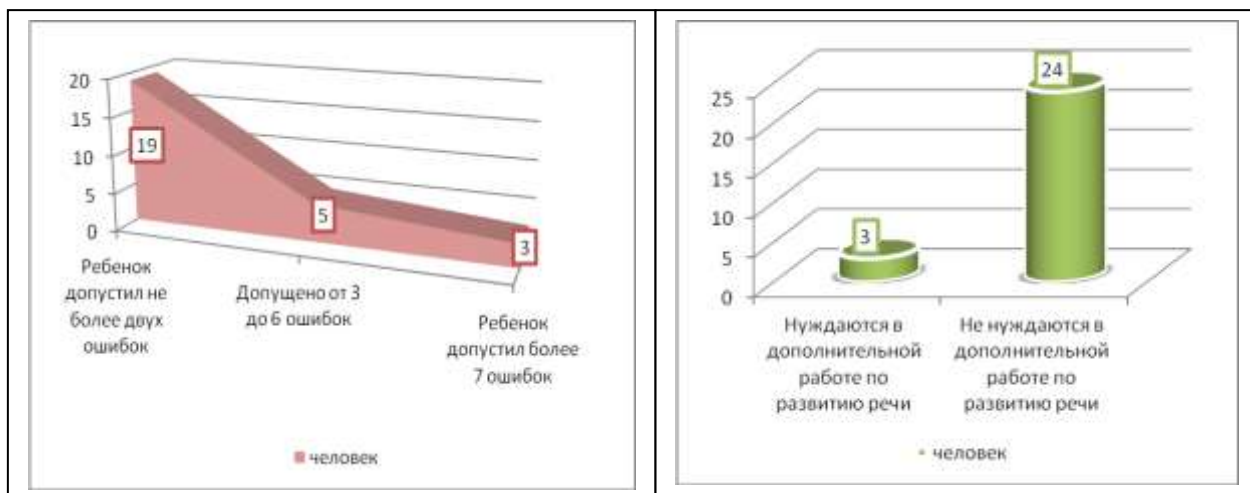


Рис.2.9. Результаты опроса на уровень развития аналитического мышления и речи гиперективных детей младшего школьного возраста

Кроме выше перечисленных методик, для определения способности ребенка делать умозаключения по аналогии с предлагаемым образцом было проведено задание по методике «умозаключения» авторов :Э.Замбацявичене, Л.Чупров, согласно которого были получены следующие результаты, рис.2.10.

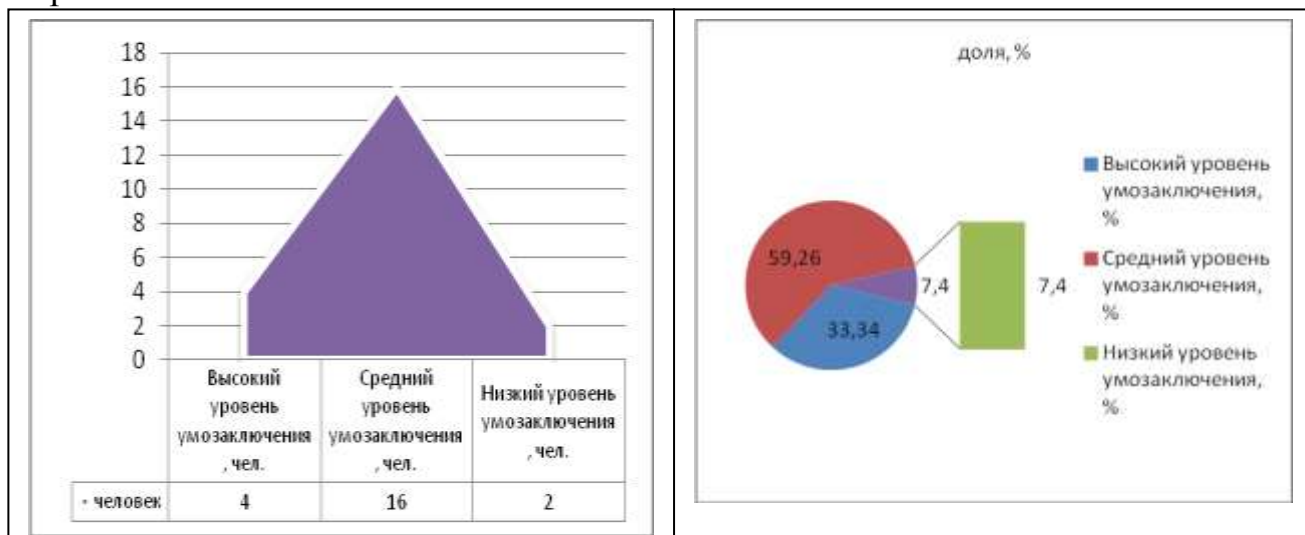


Рис.2.10. Результаты методики на определение ребенка делать умозаключения по аналогии с предлагаемым образцом(методика «Умозаключение»)

У 7,4% детей практически отсутствуют навыки мыслительных операций, что предъявляет особые требования к развитию у них навыков

логического мышления в учебной познавательной деятельности; высокий уровень умозаключения имеют 33,34%, и наибольший удельный вес детей приходится со средним уровнем умозаключения, рис.2.10.

Общий балл успешности по определению изучения зрелости детей младшего школьного возраста к обучению в школе проводился суммированием баллов по выше перечисленным методикам. В результате было выявлено, что 16 человек детей имеют средний уровень готовности к обучению, они набрали от 28 до 38 баллов, небольшая часть опрошенных гиперактивных детей, имеют высокий и низкий уровень готовности к школе, их число составило 3 чел. и 8 чел. соответственно, рис.2.11.

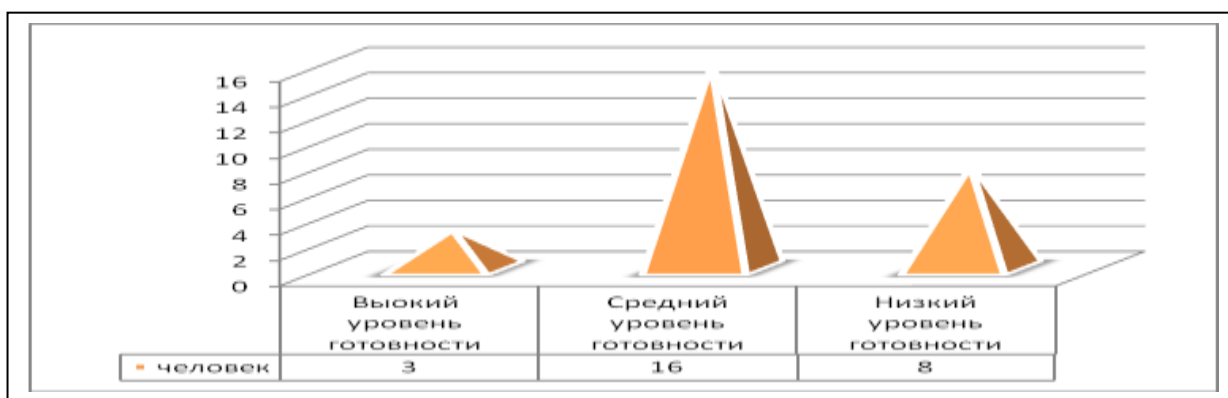


Рис.2.11. Результаты опроса и анкетирования на уровень подготовки гиперактивных детей к обучению в школе

Таким образом, проведенное исследование на изучение зрелости детей младшего школьного возраста для обучения в школе, показало, что большая часть детей имеют средний уровень школьной зрелости, считаются готовыми к обучению в школе при условии контроля и внимания в первоначальный период обучения; не нуждаются в дополнительной работе по развитию речи имеют средний уровень развития умозаключения. Однако, среди опрошенных 8% школьников все же являются не готовыми к обучению в школе. Для наиболее полного анализа готовности детей к обучению, была исследована мотивация детей для обучения. Для этого, школьникам было предложено заполнить анкету-тест, в результате исследования, было выявлено, что более 50% детей имеют положительное отношение к школе, такие дети достаточно благополучно чувствуют себя в школе, однако чаще

ходят в школу, чтобы общаться с друзьями, с учителем. Им нравится ощущать себя учениками, иметь красивый портфель, ручки, тетради. Познавательные мотивы у таких детей сформированы в меньшей степени, и учебный процесс их мало привлекает. 25,9% опрошенных детей имеют низкую школьную мотивацию и негативное отношение к школе, таких опрошенных составило 3 и 4 человека соответственно. Следует отметить, что дети с низкой школьной мотивацией посещают школу неохотно, предпочитают пропускать занятия. На уроках часто занимаются посторонними делами, играми. Испытывают серьёзные затруднения в учебной деятельности. Находятся в состоянии неустойчивой адаптации к школе. Дети, которые имеют негативное отношение к школе испытывают серьёзные трудности в обучении: они не справляются с учебной деятельностью, испытывают проблемы в общении с одноклассниками, во взаимоотношениях с учителем. Школа нередко воспринимается ими как враждебная среда, пребывание в которой для них невыносимо, рис.2.12.



Рис.2.12. Результаты опроса на определение уровня школьной мотивации гиперактивных детей младшего школьного возраста

Важно отметить, что 6 человек опрошенных детей относятся к школе хорошо и ни одного ребенка из опрошенных не имеют высокого уровня школьной мотивации. В продолжении исследования мотивации образовательной деятельности, школьникам также была предложена

методика: «Лесенка побуждений» для определения мотивационной сферы. В результате проведенной диагностики, были получены следующие результаты: 18 школьников при обучении ориентируются на социальные мотивы, для них важен «учительский мотив» - стремление заслужить похвалу и одобрение со стороны учителя; «родительский мотив»--стремление заслужить похвалу и одобрение родителей; «товарищеский мотив»- стремление заслужить уважение своих товарищей или «широкий социальный мотив» - стремление приобрести знания, чтобы быть полезным обществу, рис.2.13.

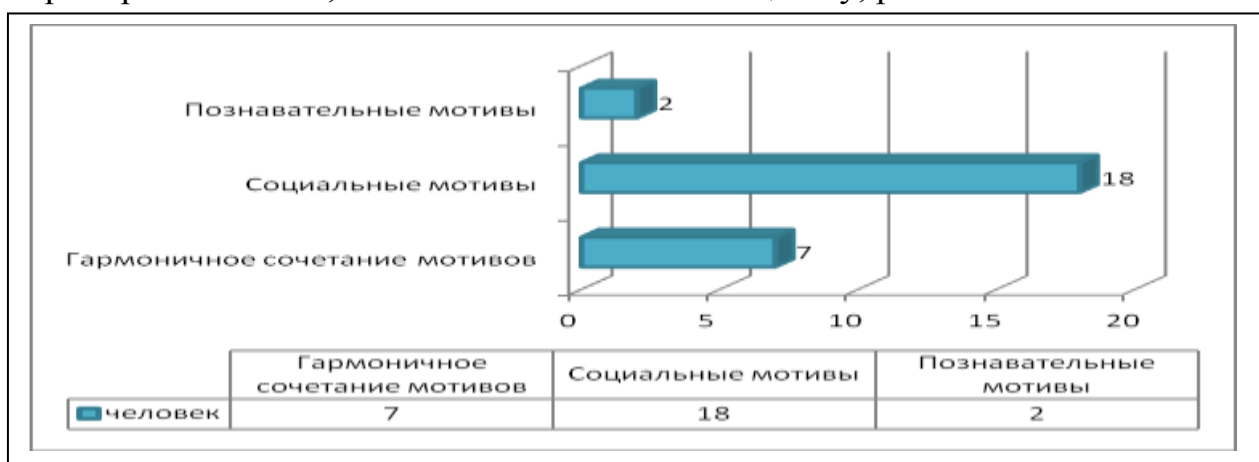


Рис.2.13. Результаты опроса детей по методике: «Лесенка побуждений» для определения мотивационной сферы

Небольшой процент опрошенных обучаются в школе и при этом ориентируются на познавательные мотивы. Для таких учащихся важны следующие познавательные мотивы: 1) широкий познавательный- ориентация на овладение новыми знаниями; 2) процессуальный - ориентация на процесс учения; 3) результативный - ориентация на результат учения (оценку); 4) учебно-познавательный - ориентация на усвоение способа получения знаний.

25,92% опрошенных школьников имеют гармоничное сочетания познавательных и социальных мотивов обучения. Таким образом, проведенное исследование по школьной мотивации гиперактивных детей младшего школьного возраста показало, что большинство опрошенных имеют положительное отношение к школе, гораздо меньше тех, кто относиться к ней негативно. Однако, из опрошенных не оказалось ни одного школьника, который бы имел высокую школьную мотивацию. При этом,

замечено, что большинство учащихся из опрошенных учатся благодаря социальным мотивам, меньше тех, кого интересует учеба и 25,93% учащихся имеют гармоничное сочетание мотивов обучения.

Не менее важным показателем изучения личности гиперактивного ребенка является определение его самооценки. Для этого, учащимся была предложена методика «Лесенка» и «Какой Я». В результате исследования самооценки по методике «Лесенка» было выявлено, что большинство учащихся имеют средний уровень самооценки, их составило 13 человек, примерно столько же школьников с низким уровнем самооценки их число составило 11 человек, и лишь небольшая доля гиперактивных школьников с высоким уровнем самооценки, рис.2.14.

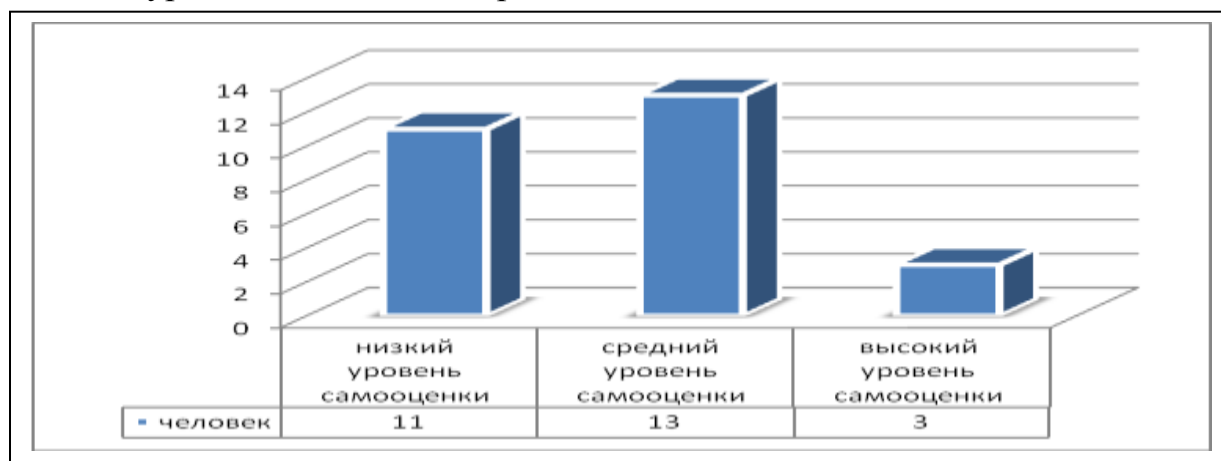


Рис.2.14. Результаты тестирования на исследование самооценки гиперактивных детей младшего школьного возраста по методике «Лесенка»

Для проверки адекватности уровня самооценки, школьникам и их родителям была предложена методика: «Какой я», которая показала, что большинство из детей недостаточно к себе самокритичны, их число составило 19 чел, меньшая доля опрошенных являются адекватными, их доля составила 29,62%, рис.2.15.

Таким образом, представленный анализ показал, что большинство гиперактивных детей низкий и средний уровень самооценки, при этом являются недостаточно критичными к самим себе.

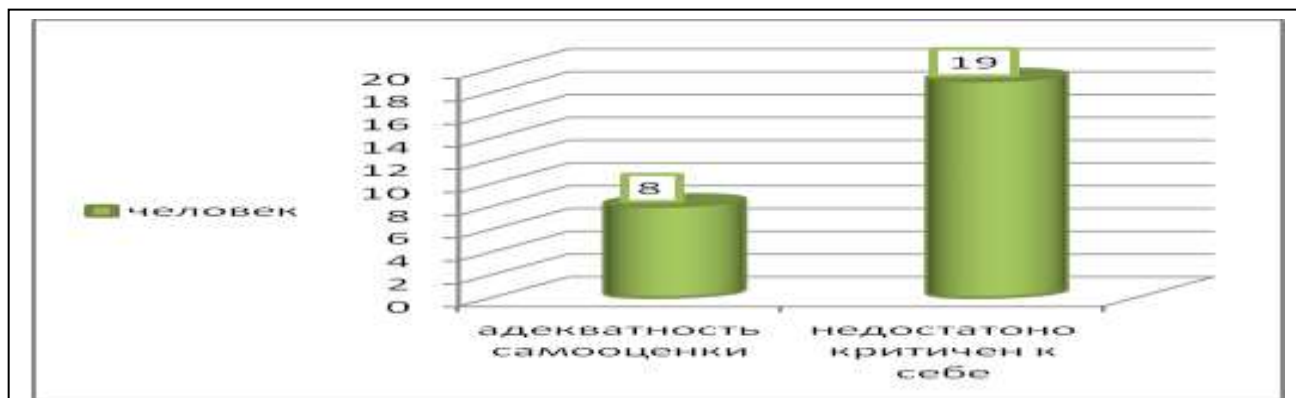


Рис.2.15. Результаты проверки адекватности оценок по тестированию на определение самооценки (тест Какой Я») гиперактивных детей младшего школьного возраста

Как уже было описано выше, причин развития гиперактивности ребенка существует великое множество и при этом семья не является исключением. Поэтому для наиболее полного анализа исследования личности гиперактивного ребенка, детям было предложено тестирование «Моя семья», целью которого является выявить отношение гиперактивного ребенка к членам своей семьи, семейные отношения, которые вызывают тревогу или конфликты для него, определить как ребенок воспринимает взаимоотношения с другими членами семьи и свое место в семье. В результате проведенного исследования, были получены результаты, представленные на рис.2.16.

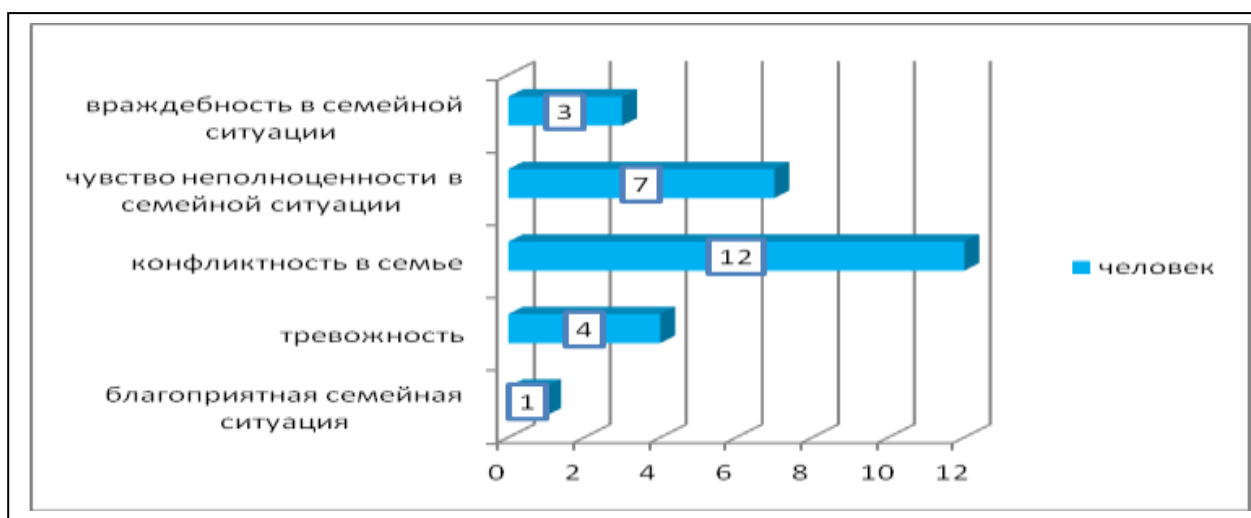


Рис.2.16.Результаты тестирования гиперактивных детей младшего школьного возраста по методике «Моя семья»

Данные рис.2.16 показывают, что большинство гиперактивных детей живут в конфликтных семьях, их число составило 12 человек из 27 опрошенных. 7 человек детей испытывают чувство неполноценности в семейной ситуации, 4 ребенка испытывают тревожность, примерно такое же количество детей наблюдают враждебность в семейной ситуации и лишь один ребенок воспитывается в благоприятной семье.

Таким образом, представленный выше анализ показал, что гиперактивные дети чаще всего воспитываются в не совсем благоприятных семьях, а поэтому очень важна коррекционная работа с родителями гиперактивных детей младшего школьного возраста. Для того, чтобы рассмотреть рекомендации для родителей гиперактивных детей младшего школьного возраста, необходимо перейти к следующему параграфу исследования.

2.4. Рекомендации для родителей гиперактивных детей младшего школьного возраста

Выше проведенное исследование показало, что основными проблемами гиперактивных детей младшего школьного возраста являются: низкая мотивация к обучению в школе, низкая самооценка, конфликты в семьях и др. В целом, коррекционная работа с родителями гиперактивного ребенка должна быть направлена на разъяснение и проведения различных тренингов с родителями гиперактивного ребенка по проблемам исключения семейных конфликтов, повышения уровня самооценки детей и повышения мотивации ребенка к трудовой деятельности. Кроме этого, необходимо для родителей гиперактивных детей раздавать памятки по разрешению той или иной ситуации. В частности, для того, чтобы повысить школьную мотивацию ребенка младшего школьного возраста можно предложить памятку, которая включает в себя двадцать полезных рекомендаций, рис.2.17.

Памятка родителям для повышения учебной мотивации школьников

1. Обсудите с вашим ребенком важность школы и образования. Это очень важно.
2. Спрашивайте вашего ребенка каждый день, как прошел его день в школе. Удостоверьтесь, что он вам рассказывает подробности.
3. Узнайте: задали ли ему домашнее задание или какой-либо проект в классе, который он должен сделать.
4. Если у вашего ребенка нет никакого домашнего задания, удостоверьтесь, что они тратят по крайней мере 30 минут на изучение, просмотр и практику уроков.
5. Прочтите и поговорите с вашим ребенком о каких-либо признаках его прогресса, который он делает дома. Если необходимо, поставьте какие-либо ограничения на его действия или сделайте что-либо по поводу его плохого поведения.
6. Поощряйте позитивные действия. Не надо концентрировать ваше внимание только на его негативных действиях или плохом поведении.
7. Поддержите вашего ребенка, если даже он плохо сдал какой-либо экзамен или тест.
8. Если у вашего ребенка проблемы в учебе, ему необходима дополнительная помощь учителя, домашнего репетитора.
9. Поговорите с его учителем о различных альтернативах или источниках, которые могут помочь вашему ребенку, если же у него или нее есть проблемы в учебе.
10. Самое главное: регулярно будьте в постоянном контакте с учителями вашего ребенка, которые следят за успеваемостью и поведением вашего ребенка в школе.
11. Чётко ставьте цели перед подростком: чего хотим добиться, какими знаниями обладать.
12. Определяйте и оглашайте сроки реализации поставленной цели (когда я это исправлю, выучу).
13. По возможности, определяйте прикладную направленность обучения. (Зачем мне это надо знать, как я это применю в жизни?).
14. Чёткое и своевременно отслеживайте результаты деятельности собственного ребёнка в процессе всей работы (учёбы).
15. Разработайте приемы поощрения (похвала при всей семье). Хвалите за дело – стимулируйте мотивацию.
16. Позитивно, регулярно поддерживайте подростка. Доброе слово и дельный совет лучше порицания.
17. Формируйте положительный стимул для обретения новых знаний в школе.
18. Так как ведущая деятельность подростка – общение, группирование, обучение должно происходить через общение. Оцените положительные действия ребёнка, спросите мнение по предмету, обсудите с ним предмет.
19. Не сравнивайте результаты обучения вашего подростка с ребятами из класса, это может привести к раздражению.
20. Любите ребенка.

Рис.2.17 Памятка родителям гиперактивных детей младшего школьного возраста, для повышения мотивации ребенка к обучению в школе

Предложенные выше рекомендации позволят родителям повысить трудовую мотивацию. Однако, в случае возникновения каких-либо

сложностей с обучением ребенка, родителям необходимо обращаться за помощью к специалистам по работе с гиперактивными детьми младшего школьного возраста.

Еще одной немаловажной проблемой гиперактивных детей является низкая самооценка. Взрослые должны помнить, что, прежде всего, от их положительного примера зависит, какая у ребенка будет самооценка. Правильное разъяснение поступков, как можно делать, а как нельзя, позволят ребенку обрести уверенность в себе и в своих собственных силах. В данном случае, можно порекомендовать родителям (памятку) , направленную на повышение самооценки гиперактивного ребенка младшего школьного возраста, рис.2.18.

<p>Памятка родителям гиперактивных детей младшего школьного возраста для повышения самооценки ребенка</p>
<p>Стремление ребенка к какой-либо деятельности необходимо поощрять. Нельзя говорить, что малыш не станет художником, танцором, певцом. Этими фразами можно отбить ребенка все желание к достижению поставленной цели.</p> <p>Необходимо поощрять и хвалить ребенка за отметки, сделанную поделку, красивый рисунок и т. д.</p> <p>По чаще говорите слова: «Ты сможешь!», «У тебя получится!», «Я верю в тебя!». Только не перехвалите ребенка.</p> <p>Существуют как поощрения, так и наказания. Оно должно быть ни физическим, ни психологическим. Важно, чтобы наказание было одно за все провинности.</p> <p>Нельзя отнимать у ребенка подаренные вещи. Никогда!</p> <p>Проанализируйте с малышом его неудачи, от чего они зависят и т.д. Ребенок должен чувствовать, что между вами доверительные и близкие отношения.</p> <p>В какой-нибудь ситуации попросите у ребенка совета или помощи. Пусть даже совет будет не самым лучшим, но все равно поблагодарите ребенка. Он будет знать, что учитывают и его мнение тоже. Малыш будет чувствовать себя наравне с родителями.</p>

Рис. 2.18.Памятка родителям гиперактивных детей младшего школьного возраста для повышения самооценки ребенка

Конфликты в семьях гиперактивного ребенка также существенно влияют на формирующееся сознание ребенка младшего школьного возраста: общая нервозность при развитии ребенка в противоречивых условиях взаимоотношений матери и отца; нарушение духовного равновесия в семье ведет к психологической патологии у развивающегося ребенка; увеличивается риск бесконтрольного поведения ребенка, так как для ребенка

падает родительский авторитет; ребенком хуже усваиваются моральные и общекультурные ценности; повышается вероятность формирования негативного чувства по отношению к тому или иному полу, в зависимости от симпатий ребенка к одному из родителей. Семейные конфликты – это достаточно болезненный и острый вопрос нашего времени. Как бы то ни было, следует помнить, что неразумные и необдуманные действия родителей могут привести к формированию истерического характера у детей. Эмоциональное здоровье семьи – это не просто прерогатива благополучной семьи, но и мудрое правило культурного и гармоничного уклада семейных отношений. В связи с этим для родителей гиперактивных детей, в чьих семьях постоянно происходят конфликты, наблюдается нервная обстановка целесообразно дать несколько рекомендаций по улучшению морально-психологического климата в семье, прил.4. Хотя время от времени ссоры в присутствии детей обязательно происходят, и это не очень хорошо, но, с другой стороны, такие ссоры дают детям возможность увидеть, что даже когда гнев и обида открыто проявляются, семья может решить проблемы и восстановить чувство любви.

Таким образом, выше были рассмотрены основные рекомендации родителям гиперактивного ребенка младшего школьного возраста, которые направлены на повышение школьной мотивации, уровня самооценки и снижения конфликтности и напряженности в семьях. В целом следует отметить, что в домашней программе коррекции детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности должен преобладать поведенческий аспект, в связи с этим взрослые должны изменить свое поведение и отношение к гиперактивному ребенку; изменить психологический микроклимат в семье; организовать режим дня и места для занятий, рис.2.19.

Однако, для того, чтобы дать более детальные рекомендации родителям гиперактивного ребенка младшего школьного возраста, необходимо применять индивидуальный подход к каждой семье и ребенку с признаками гиперактивности.

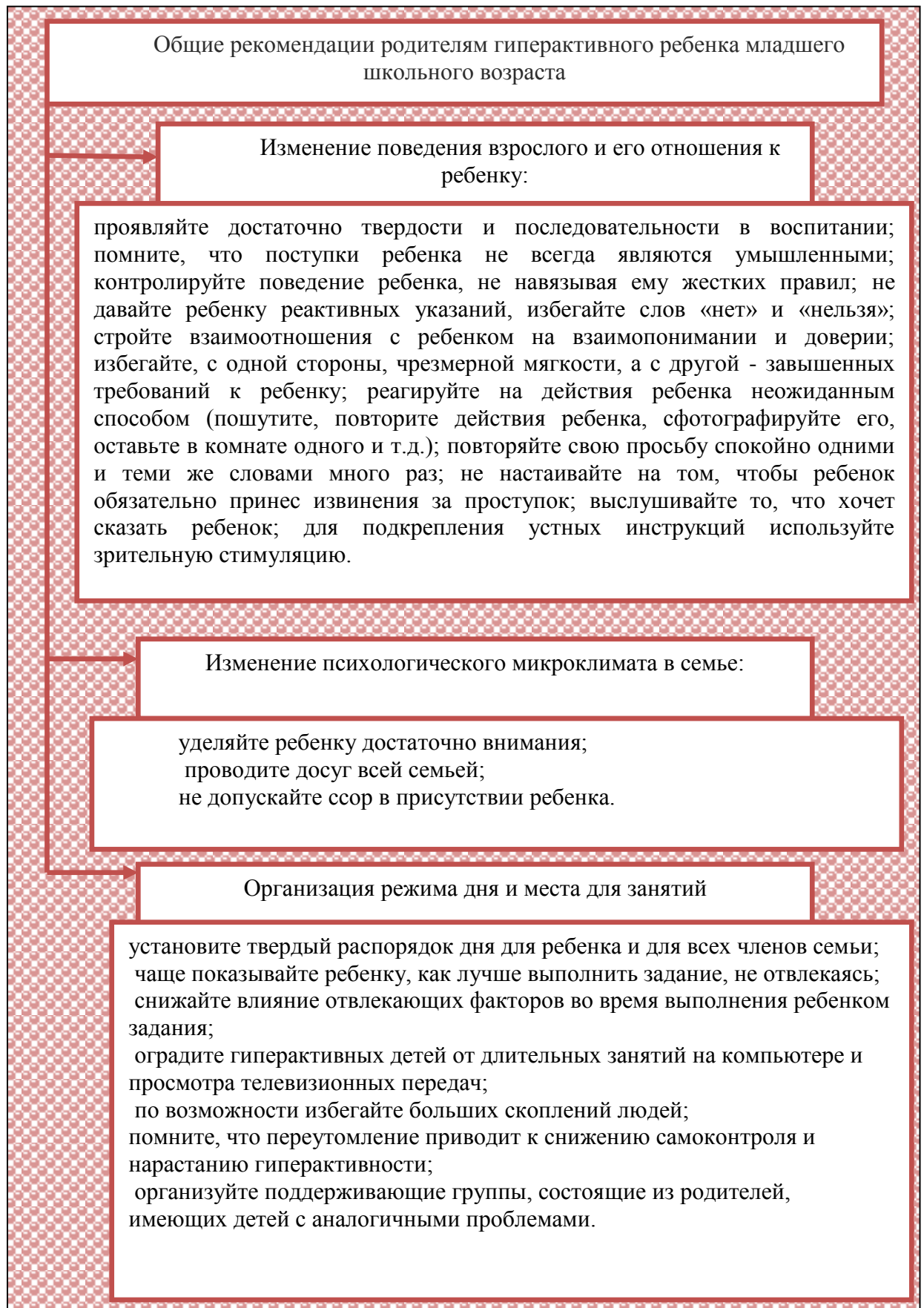


Рис.2.19. Общие рекомендации родителям гиперактивного ребенка младшего школьного возраста

При этом необходимо помнить, что гиперактивность - это не поведенческая проблема, и не результат плохого воспитания, а медицинский и нейропсихологический диагноз, который может быть поставлен только по результатам специальной диагностики. Проблему гиперактивности невозможно решить волевыми усилиями, авторитарными указаниями и словесными убеждениями, для этого требуется более мягкий и профессиональный подход.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В выпускной аттестационной работе была рассмотрена тема: «Психологическое консультирование родителей младших школьников с гиперактивным поведением». Под гиперактивностью следует понимать особый вариант поведения в характерных особенностях двигательного развития. В обобщенном виде эти ведущие симптомы гиперактивности выглядят следующим образом: особенности моторно-двигательного развития, особенности внимания и контроля, особенности эмоциональной сферы. Анализ проведенный в работе показал, что в различных странах доля гиперактивных детей существенно различается. В частности, доля гиперактивных детей в США составляет 4-20%, в Великобритании доля таких детей колеблется в пределах от 1-3%, в Италии - 3-10%, в Китае - 1-13%, в Австралии - 7-10%, в России - 4-18%. Те же статистические данные свидетельствуют об устойчивой тенденции к увеличению количества детей с СДВГ. Таким образом, представленные выше данные статистической отчетности по детской гиперактивности имеют печальную динамику развития. Еще печальными являются последствия детской гиперактивности. В частности, по статистике, у половины детей с диагнозом СДВГ возникают серьезные проблемы в зрелом возрасте. Они чаще попадают в криминальные истории, уходят из дома, склонны к неоправданному риску, сталкиваются с карьерными трудностями, курят, беременеют в раннем возрасте и т.д.

В процессе изучения теоретических аспектов и методик тестирования были выбраны наиболее интересные методики по изучению гиперактивности ребенка младшего школьного возраста, изучение особенностей готовности гиперактивного ребенка к обучению в школе, а также изучение морально-психологического климата в семье гиперактивного ребенка. В частности, для исследования гиперактивности ребенка младшего школьного возраста и особенностей его развития, были применены следующие методики: 1) для определения гиперактивности ребенка и его импульсивности применялась

методика П. Бейкера и М. Алворда.;2) для изучения зрелости детей младшего школьного возраста для обучения в школе применялись методики: оценки психосоциальной зрелости по тестовой беседе, имитации написанного текста, определение мышления и речи; изучение умозаключения ребенка; 3) Для оценки уровня школьной мотивации и диагностики мотивационной сферы применялись методики (Н.Г.Лускановой); 4)для определения самооценки младших школьников была использована методика «Лесенка» и «Какой Я» ; 5)для определения семейных отношений гиперактивного ребенка применялась методика «Проективный рисунок «Моя семья».

Для исследования гиперактивности детей младшего школьного возраста и особенностей развития, было отобрано 70 человек детей на базе средней общеобразовательной школы № 234 г. Москвы. Опрос проводился как среди мальчиков, так и среди девочек. Представленный анализ показал, что в целом из 70 человек опрошенных, большинство детей не являются гиперактивными, их доля составляет 61,43%, небольшой удельный вес приходится на гиперактивных детей и составляет 38,57%. Практически у каждого гиперактивного ребенка имеются как минимум по два признака импульсивности, основными из этих признаков являются: не способны дожидаться своей очереди, часто вмешиваются, прерывают; плохо сосредотачивают внимание, не могут дождаться вознаграждения, не способны отвечать не дослушав вопроса и др. Так как гиперактивность существенно влияет на успеваемость и готовность ребенка к школе, необходимо было провести исследование детей на уровень психосоциальной зрелости, уровень развития аналитического мышления и речи, меру развития способности к произвольному поведению.

В результате опроса 27 детей были получены следующие результаты. Более 70% гиперактивных детей имеют средний уровень школьной зрелости, 18,52% опрошенных являются условно-неготовыми к школьной жизни и всего один ребенок из опрошенных 27 человек, является школьно зрелым.

Опрос гиперактивных детей по методике «Имитация написанного текста», показал, что наибольший удельный вес опрошенных детей считаются готовыми к обучению в школе при условии контроля и внимания в первоначальный период обучения, доля таких детей составила 66,66%. Третья часть детей нуждаются в дополнительных занятиях, особенно пристальном внимании в начальный период обучения. У них, скорее всего, возникают проблемы с пониманием заданий учителя, освоением рисунка и письма. И лишь 3,72% опрошенных детей считаются зрелыми для школьного обучения.

Для определения уровня развития аналитического мышления и речи, детям было дано задание, в результате которого были получены следующие результаты: трое детей нуждаются в дополнительной работе по развитию речи (организация бесед, пересказ, лингвистические игры). Все остальные опрошенные не имеют существенных недостатков в данном направлении развития.

Кроме выше перечисленных методик, для определения способности гиперактивного ребенка делать умозаключения по аналогии с предлагаемым образцом было проведено задание по методике «умозаключения» авторов :Э.Замбацьявичене, Л.Чупров, согласно которого были получены следующие результаты: у 7,4% детей практически отсутствуют навыки мыслительных операций, что предъявляет особые требования к развитию у них навыков логического мышления в учебной познавательной деятельности; высокий уровень умозаключения имеют 33,34% опрошенных, и наибольший удельный вес детей приходится со средним уровнем умозаключения.

В целом, проведенное исследование на изучение зрелости гиперактивных детей младшего школьного возраста для обучения в школе, показало, что большая часть детей имеют средний уровень школьной зрелости, считаются готовыми к обучению в школе при условии контроля и внимания в первоначальный период обучения; не нуждаются в

дополнительной работе по развитию речи имеют средний уровень развития умозаключения.

Проведенное исследование по школьной мотивации гиперактивных детей младшего школьного возраста показало, что большинство опрошенных имеют положительное отношение к школе, гораздо меньше тех, кто относится к ней негативно. Однако, из опрошенных не оказалось ни одного школьника, который бы имел высокую школьную мотивацию. При этом, замечено, что большинство учащихся из опрошенных учатся благодаря социальным мотивам, меньше тех, кого интересует учеба и 25,93% учащихся имеют гармоничное сочетание мотивов обучения.

Не менее важным показателем изучения личности гиперактивного ребенка является определение его самооценки. Для этого, учащимся была предложена методика «Лесенка» и «Какой Я». В результате исследования самооценки по методике «Лесенка» было выявлено, что большинство учащихся имеют средний уровень самооценки, их составило 13 человек, примерно столько же школьников с низким уровнем самооценки их число составило 11 человек, и лишь небольшая доля гиперактивных школьников с высоким уровнем самооценки. Таким образом, большинство гиперактивных детей имеют низкий и средний уровень самооценки, при этом являются недостаточно критичными к самим себе.

Причин развития гиперактивности ребенка существует великое множество и при этом семья не является исключением. Поэтому для наиболее полного анализа исследования личности гиперактивного ребенка, детям было предложено тестирование «Моя семья», целью которого являлось выявить отношение гиперактивного ребенка к членам своей семьи, семейные отношения, которые вызывают тревогу или конфликты для него, определить как ребенок воспринимает взаимоотношения с другими членами семьи и свое место в семье. В результате проведенного исследования, выяснилось, что гиперактивные дети чаще всего воспитываются в не совсем благоприятных

семьях, а поэтому очень важна коррекционная работа с родителями гиперактивных детей младшего школьного возраста.

В целом проведенное исследование показало, что основными проблемами гиперактивных детей младшего школьного возраста являются: низкая мотивация к обучению в школе, низкая самооценка, конфликты в семьях и др. Следовательно, коррекционная работа с родителями гиперактивного ребенка должна быть направлена на разъяснение и проведения различных тренингов с родителями гиперактивного ребенка по проблемам исключения семейных конфликтов, повышения уровня самооценки детей и повышения мотивации ребенка к трудовой деятельности. Кроме этого, необходимо для родителей гиперактивных детей раздавать памятки по разрешению той или иной ситуации. В частности, в работе были предложены рекомендации –памятки родителям гиперактивных детей по улучшению мотивации ребенка к обучению в школе, повышению уровня самооценки и исключения конфликтных ситуаций в семьях гиперактивного ребенка младшего школьного возраста.

Следует отметить, что в домашней программе коррекции детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности должен преобладать поведенческий аспект, в связи с этим взрослые должны изменить свое поведение и отношение к гиперактивному ребенку; изменить психологический микроклимат в семье; организовать режим дня и места для занятий. Однако, для того, чтобы дать более детальные рекомендации родителям гиперактивного ребенка младшего школьного возраста, необходимо применять индивидуальный подход к каждой семье и ребенку с признаками гиперактивности. Коррекционная работа с семьей гиперактивного ребенка направлена, прежде всего, на то, чтобы обогатить и разнообразить эмоциональный опыт гиперактивного ребенка, помочь ему овладеть элементарными действиями самоконтроля и тем самым несколько сгладить проявления повышенной двигательной активности, а значит изменить взаимоотношения его с близким взрослым. Этому будут

способствовать любое действие, любая ситуация, событие, направленные на углубление контактов, их эмоциональное обогащение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Афолина А.В., Груздева Н.В., Пойми меня и действуй правильно!, методическое пособие для психологов, педагогов и родителей, Иваново 2005 год.
2. Алфёров А.Д., Психология развития школьника. Ростов – на – Дону «Феникс», 2012 год.
3. Астапов В.М. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. – СПб.: Питер Пресс, 2014. – 256 с.
4. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. – М.: Медпрактика, 2010. – 128 с.
5. Башаева Т.В., Развитие восприятия у детей (форма, цвет, звук.) Популярное пособие для родителей и педагогов. Ярославль «Академия развития», 1997 год.
6. Батаршев А.В. (составитель) Многофакторный личностный опросник Р.Кэттелла:Практическое руководство.-Таллинн:Центр информационных и социальных технологий "регалис", 2000. - 88 с.
7. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. - 96 с.
8. Бурменская Г.А., Карабанова О.А., Лидерс А. Г. Возрастно-психологическое консультирование: Проблемы психологического развития детей. - М.: Изд-во МГУ, 1990. -158 с.
9. Варга А.Я., Психологическая коррекция нарушений общения детей, младшего школьного возраста //Семья в психологической консультации//, Москва, 1990 год.
- 10.Венгер А.Л. Психологическое консультирование и диагностика. Часть в двух частях, - Москва, Генезис, 2001 год.
- 11.Валлон А. Психическое развитие ребенка. - М.: "Просвещение", 1967. - 122 с.

- 12.Добсон Дж. Непослушный ребенок. Практическое руководство для родителей. - М.: Пенаты, 1992. - 52 с.
- 13.Детская гиперактивность. Причины. Рекомендации[Электронная версия][Ресурс: http://uti-puti.com.ua/view_articles.php?id=204]
- 14.Выготский Л.С. Вопросы детской психологии. Санкт-Петербург, Союз, 1997 год.
- 15.Гаврина С.Е., Играем в слова. – Ярославль, 1997 год.
- 16.Гамезо М.В., Петрова Е.А., Орлова Л.М., Возрастная и педагогическая психология, педагогическое общество России, Москва – 2001 год.
- 17.Дробинский А.О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания // Дефектология. - №1. - 1999. - С.31-36.
- 18.Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., Балашова Е.Ю. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. - М.: Рос.пед.агентство, 1987. - 125 с.
- 19.Кошелева А.Д., Алексеева Л.С. Диагностика и коррекция гиперактивности ребенка. - М.:НИИ семьи, 1997. - 64 с.
- 20.Кропотов Ю.Д., Пальчик А.Б., Чутко Л.С. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков. – СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2004. – 112 с.
- 21.Коррекция гиперактивности в семье[Электронная версия][Ресурс: <http://www.vashpsixolog.ru>]
- 22.Как родителям повышать учебную мотивацию школьников [Электронная версия][Ресурс: <http://www.poznaysebia.com>]
- 23.Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. - М.: Изд-во МГУ, 1990. - 53 с.
- 24.Майерс Д. Социальная психология. Интенсивный курск. - СПб.:прайм_ЕВРОЗНАК, 2000. - 512 с.
- 25.Новикова Е.В., Кочубей Б.И. Эмоциональная устойчивость школьника. - М., 1998. - 96 с.

- 26.Окленд В. Окна в мир ребенка: Руководство по детской психологии/ Перев. с англ. - М.: Независимая фирма "Класс", 2000.- 336 с.
- 27.Подласый И.П. Курс лекций по коррекционной педагогике. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 332 с.
- 28.Практикум по психодиагностике. Психодиагностические материалы / Под ред. А.А. Бодалева, И.М. Карпинской, С.Р. Пантилеева, В.В. Столина. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1988. – 141 с.
- 29.Первый Международный Форум «Охрана здоровья детей в России» [Электронная версия][Ресурс: <http://www.7ya.ru/news/7070/>]
- 30.Ребёнок и семейные скандалы [Электронная версия].[Ресурс: <http://www.baby.ru/>]
- 31.Сатир В. Как строить себя и свою семью / Пер. с англ. - М.:Педагогика-Пресс, 1992. - 256 с.
- 32.Семья в психологической консультации: Опыт и проблемы психологического консультирования / Под ред. А.А.Бодалева, В.В.Столина. - М.:Педагогика, 1989. - 262 с.
- 33.Торре Делла А. Ошибки родителей. - М.: Прогресс, 1993. - 136 с.
- 34.Ученые развенчали миф о гиперактивности[Электронная версия][Ресурс: <http://www.mk.ru/social/2012/07/13/725368-uchenyie-razvenchali-mif-o-giperaktivnosti.html>]
- 35.Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. - С., 1997. - 58 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ