

5.2 Гіперактивність дитини в контексті її соціальних взаємовідносин

Дошкільне дитинство – короткий, але важливий час становлення особистості. Саме в цей віковий період дитина отримує початкові знання про навколишній світ, у неї починає формуватися образ власного Я, ставлення до інших людей, до праці, закладаються навички і звички необхідної соціальної поведінки. У педагогічній практиці досить часто зустрічаються діти з певними особливостями в поведінці. Однак, не завжди педагоги можуть диференціювати причини таких відхилень. Адже деякі порушення поведінки дитини можуть бути пов'язані з її темпераментальними та характерологічними особливостями, а також з недоліками у її вихованні, а деякі - викликані вродженими або набутими психофізіологічними відхиленнями, що не належать до психічних захворювань.

Найпоширенішим з таких порушень є гіперактивність, яка, унаслідок дисбалансу процесів збудження і гальмування в нервовій системі, виявляється в надмірній активності дитини, імпульсивності, нездатності до вольової регуляції поведінки. Діти, що мають подібні відхилення, потребують індивідуального підходу у вихованні з урахуванням особливостей їх психофізіологічного розвитку. Відсутність відповідних знань у педагога та батьків зумовлює вибір неправильних засобів педагогічного впливу. Це поглиблює проблеми дитини та ще більше погіршує її поведінку [256].

За даними різних досліджень поширеність синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) становить від 3% до 20%. Офіційний показник в DSM–IV становить 3,5%. Тобто, щонайменше кожна тридцята дитина має СДУГ, а це реально означає, що у групі дошкільного навчального закладу чи в класі загальноосвітньої школи є принаймні одна гіперактивна дитина. Такі діти погіршують соціально-психологічний клімат у групах, стають активним джерелом нервозності, викликають глибоке занепокоєння батьків, педагогів та вихователів [257].

Вивчення та аналіз психолого-педагогічних досліджень дає можливість стверджувати, що прояви гіперактивності у дітей переважно вивчаються з точки

зору різних вікових груп (Н.В.Алікіна, М.Деряшкявичус, С.М.Єніколопов, І.В.Дубровіна, М.М.Заваденко, Л.Йовайша, Л.С.Славіна), у зв'язку з конфліктною поведінкою дитини в колективі однолітків (Г.С.Васильєва, В.І.Гарбузов, В.В.Ковальов, Є.Квятковска-Тохович, В.С.Мерлін, М.С.Неймарк), у зв'язку з характером емоційної сфери дитини з гіперактивністю (В.К. Вілюнас, Т.Дембо, Д. Зілманд, К. Ізард, Я. Рейковський, О.О. Захаров). Однак, в науково-психологічній літературі залишається недостатньо освітленим важливий для педагогічної практики аспект психодіагностики та корекції дитячої гіперактивності. Тому питання обґрунтування впливу гіперактивної поведінки дошкільників на побудову соціальних відносин залишається доволі актуальним не лише для науковців, але й для безпосередньо педагогів та вихователів дитячих освітніх закладів.

Симптомокомплекс синдром дефіциту уваги з гіперактивністю включає ряд ознак, серед яких: неуважність, гіперактивність, імпульсивність, труднощі у міжособистісних стосунках. СДУГ, зазвичай, поєднується з поведінковими і тривожними розладами, затримкою у розвитку мовлення, а також сформованістю навичок соціальної поведінки. Отже, цей синдром належить до категорії межових розладів. Тому, для визначення діагнозу та у контексті побудови супроводу дитини з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю повинна бути проведена обов'язкова комплексна діагностика. Вона передбачає медичне і психолого-педагогічне обстеження дитини, яке повинно включати бесіду та спостереження за дитиною, дослідження протікання її психічних процесів, а також обов'язково, за допомогою анкетування батьків та інших членів сім'ї, повинні бути вивчені соціально-педагогічні аспекти виховання в родині.

Поведінка та діяльність гіперактивних дітей часто не відповідає соціальним нормам і викликає негативне ставлення з боку оточуючих, як дорослих, так і однолітків. Дефіцит уваги характеризується наявністю короткого діапазону уваги, неуважністю. Інтереси таких дітей поверхневі і нетривалі, дії спонтанні, безладні ігри галасливі. У таких дітей спостерігається підвищена

стомлюваність, яка супроводжується безпричинним роздратуванням, агресією, плаксивістю, істериками. Для гіперактивних дошкільників характерна імпульсивність, яка визначається дефіцитом стримувального чинника. У дошкільника з гіперактивним синдромом спостерігається складнощі у взаємодії як з однолітками, так і з дорослими. Подекуди поведінка гіперактивних дошкільників є соціально руйнівною.

Одноразове спостереження за дитиною не може розкрити повну картину синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю, тому дослідження повинно проводитися упродовж тривалого часу в різних ситуаціях. Адже акцентування уваги лише на одній з причин буде помилковим, а короткочасне спостереження за проявами дитини в емоційній та поведінковій сфері не дозволить з впевненістю говорити про прояв саме цього синдрому.

Наше експериментальне дослідження проводилось у 2020-2021 році з метою виявлення дітей з проявами гіперактивності та впровадження методики психокорекції, технології психолого-педагогічного супроводу. У дослідженні брали участь вихованці середньої (18 дітей) і підготовчої (20 дітей) груп дошкільного закладу. Вік дітей від 4,5 до 6,5 років.

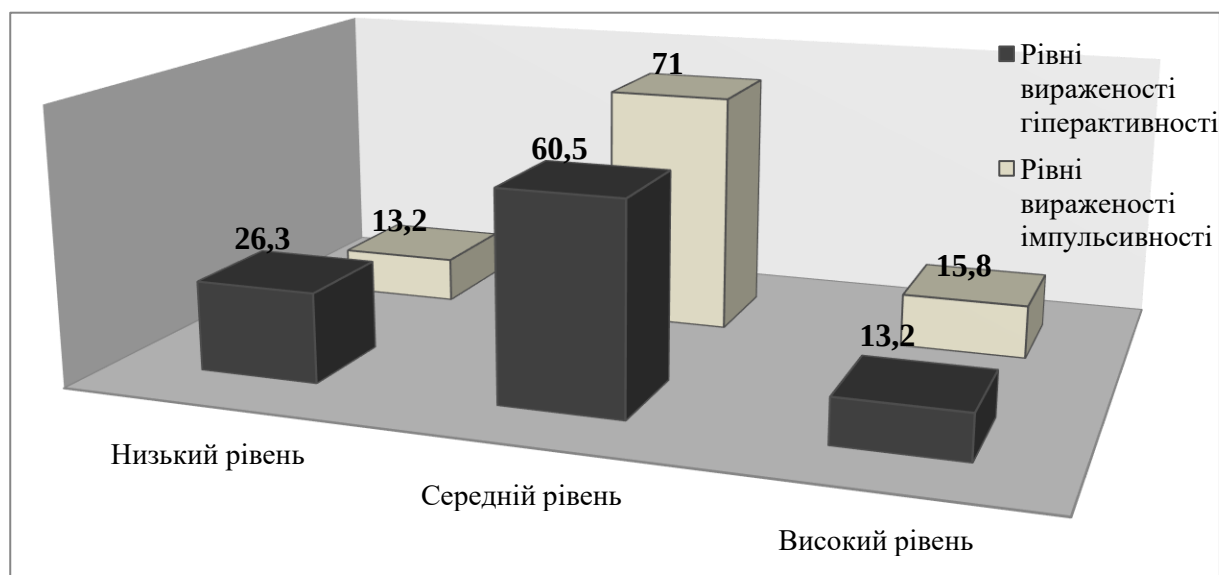
Згідно проаналізованих вимог нами був визначений комплекс психодіагностичних методів та методик, який обирався таким чином, щоб максимально повно охопити діапазон симптомів, властивих дітям з проявами гіперактивності та включав наступні методики:

1. Методика спостереження за гіперактивною дитиною (за описом М.М.Заваденко в модифікації О.В.Туріної);
2. Анкета «Ознаки імпульсивності» (автори П.Бейкер, М.Алворд);
3. Опитувальник «Ознаки тривожності» (автори П.Бейкер, М.Алворд);
4. Анкета «Дослідження агресивності» (в адаптації А.О. Реана);
5. Проективна методика «Дерево» (Д.Лампен).
6. Методика «Назви слово» (в адаптації В.О.Кравченкової).

У цілому діагностика синдрому гіперактивності була спрямована на виявлення причин та основних механізмів розвитку порушення –

нейропсихологічних, біохімічних, нейрофізіологічних, психологічних. Порушення, що переважають, і будуть диктувати основні напрямки психолого-педагогічної корекції. Отримані результати були кількісно оброблені за допомогою варіаційного аналізу. Нами були співставленні показники рівнів прояву гіперактивності та імпульсивності.

Отримані результати свідчать, що 13,2% досліджуваних дітей виявили високий рівень гіперактивності. Цей показник перебільшує середньостатистичний показник гіперактивності, але це результати психологічної діагностики, а не медичний діагноз. Усі діти з високим показником гіперактивності є надмірно рухливими, метушливими, непосидючими. В усіх досліджуваних з високим показником гіперактивності виявились проблеми із засинанням, вони часто гублять власні речі, їм важко тривалий час сидіти нерухомо, не вертітися, не розмовляти (Малюнок 1).



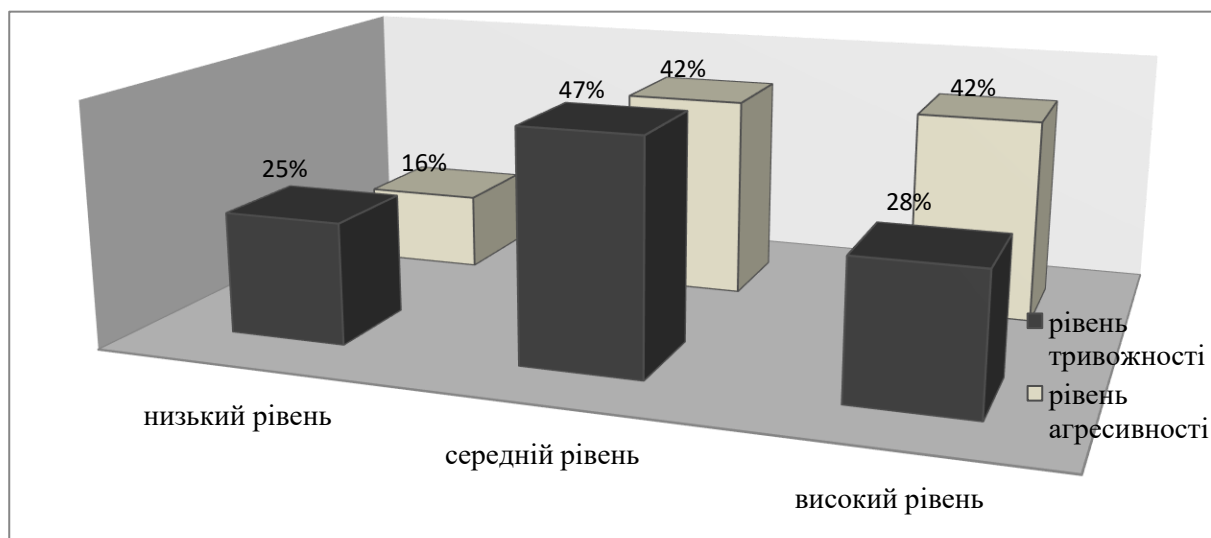
Малюнок 1. Порівняння рівнів вираженості (у %) гіперактивності та імпульсивності дітей середньої і підготовчої груп.

Проаналізувавши результати дослідження імпульсивності, виявлено, що 15,8% дітей продемонстрували високий рівень імпульсивності. Це діти, які діють під впливом зовнішніх подразників, які не обмірковують свої вчинки, швидко просять вибачення, але не роблять висновків з власних помилок, не можуть передбачати наслідки своїх дій. Такі діти не слідують правилам гри, внаслідок чого однолітки відмовляються з ним взаємодіяти. У розмові вони підвищують

голос, часто гніваються, легко забувають про доручення дорослих. Вони не можуть поводитися так, як вимагають дорослі, і не тому, що не хочуть, а тому, що їх фізіологічні можливості не дозволяють їм робити так. Взагалі слід відзначити, що помірна імпульсивність є віковою особливістю дітей 4-5 років, але під впливом соціального оточення, у спільній діяльності, діти навчаються підкорювати свої дії правилам, адекватно реагують на зауваження дорослих. Увагу вихователя потребують саме діти, які продемонстрували високий рівень імпульсивності.

Зіставивши результати діагностики імпульсивності та гіперактивності, слід зауважити, що серед досліджуваних дітей 71% продемонстрували середній рівень імпульсивності та 60,5% - середній рівень гіперактивності, що вважається віковою нормою. Майже всі досліджувані, які виявили високий рівень гіперактивності (13,2%) продемонстрували і високий рівень імпульсивності (15,8). Сполучення ознак неувважності, імпульсивності, відсутності реакцій на схвалення, покарання, надмірна рухова активність може свідчити про діагноз СДУГ у таких досліджуваних.

Аналіз результатів агресивності та тривожності показав, що у досліджуваних, які виявили високий рівень гіперактивності та імпульсивності, як, правило, виявляється високий рівень агресивності. Гіперактивність демонстрували діти з різними рівнями тривожності (Малюнок 2).



Малюнок 2. Порівняння рівнів вираженості тривожності та агресивності дітей середньої і підготовчої груп.

Згідно з нашими спостереженнями та спостереженнями вихователів, діти, які продемонстрували високий рівень тривожності (28%), часто бувають стурбованими, навіть перебуваючи у звичній безпечній ситуації, легко засмучуються при найменших невдачах, важко концентруються на чому-небудь, постійно відволікаються від свого заняття. Також аналіз результатів дослідження свідчить, що діти середньої і підготовчої груп продемонстрували майже однакові показники по середньому та високому рівнях вираженості агресивності (42%). Це відображає відчуття внутрішнього дискомфорту, невміння адекватно реагувати на події, що відбуваються навколо дитини. Агресивні діти часто перекладають провину за нанесену ними шкоду на інших, вони не можуть самі оцінити свою агресивність та часто переймають агресивні форми поведінки від батьків.

З метою вивчення пізнавальних процесів, зокрема запасу слів, які зберігаються в активній пам'яті дитини, ми скористалися методикою «Назви слово» (в адаптації В.О.Кравченкової). Аналіз виконання цієї методики показав, що досліджувані з високим рівнем гіперактивності і імпульсивності розуміють сутність завдання, із задоволенням починають його виконувати, але швидко втрачають інтерес, починають відволікатися на інші подразники. Зниження результативності виконання запропонованих завдань обумовлено нездатністю до концентрації уваги, відволіканнями, низькою працездатністю. Це позначилось на результатах дослідження і довело, що для комплексної діагностики синдрому гіперактивності необхідно враховувати характеристики емоційної, вольової і когнітивної сфер.

Дослідження соціальної взаємодії досліджуваних в групі однолітків було проведене за допомогою методики «Дерево».

Результати дослідження виявили загальну тенденцію дошкільників до завищеної самооцінки та прагнення до лідерства (15%), не виключенням були і дошкільники з високим рівнем гіперактивності та імпульсивності (Малюнок 3).



Малюнок 3. Частота вибору позицій за методикою «Дерево» (Д.Лампен).

Діти, які у попередніх дослідженнях продемонстрували високий рівень вираженості по шкалі тривожності - обрали позицію, яка характеризує відстороненість, замкнутість та тривожність (15%). Більшість дітей обрали позицію, що відображає комфортний стан - 13%, комунікбельність, дружна підтримка - 13%, установку на подолання перешкод - 12%. Це свідчить що діти не усвідомлюють проблеми, які виникають у них у міжособистісних стосунках.

Аналізуючи результати нашого дослідження, можемо зробити висновок, що психологічний супровід гіперактивної дитини повинен бути комплексним та тривалим. Психологічний супровід - це комплексна технологія підтримки та допомоги дитині, яка представляє собою системно організовану взаємодію дорослого з нею. Технологія супроводу створює оптимальні умови для соціально-особистісного розвитку дошкільника. Найголовнішою умовою його ефективності є координація усіх учасників процесу супроводу, вироблення єдиного підходу, однакового розуміння сутності проблеми. У ході супроводу необхідно об'єднати і правильно узгодити різні підходи (медичний, психолого-педагогічний, виховний). Необхідними умовами успішності психологічного супроводу дитини із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю є своєчасність,

послідовність і достатня тривалість такої допомоги. Окремо звертаємо увагу на необхідність створення сприятливого соціального оточення дитини в дошкільному закладі і в сім'ї, з метою подолання відставання у розвитку психічних функцій [258].

Важливим моментом психокорекції гіперактивної дитини є розвиток дефіцитарних функцій. У цьому напрямі корекційну роботу слід проводити поетапно, починаючи з розвитку однієї функції, тому що гіперактивній дитині складно одночасно бути і уважною, і спокійною [259]. Коли в процесі занять будуть досягнуті позитивні результати, можна переходити до тренування одночасно двох функцій, наприклад, дефіциту уваги і контролю рухової активності чи дефіциту уваги і контролю поведінки.

Корекція гіперактивності також повинна включати фізичну реабілітацію. Це спеціальні вправи, спрямовані на відтворення поведінкових реакцій, вироблення координованих рухів із довільним розслабленням м'язів. Не всі види фізичної активності можуть бути корисні для гіперактивних дітей. Для них не показані ігри з вираженим емоційним компонентом (змагання, показові виступи). Рекомендуються фізичні вправи, які мають аеробний характер, у вигляді тривалого, рівномірного тренінгу легкої та середньої інтенсивності: тривалі прогулянки, плавання, рівномірний біг та інші вправи, які позитивно впливають на психічний стан, знімають напруження, покращують самопочуття.

Психологічний супровід гіперактивної дитини повинен бути орієнтований на профілактику і корекцію неуважності, рухової розгальмованості, негативної соціальної поведінки, навчання контролю імпульсивності. Корекційний вплив на гіперактивну дитину повинен включати такі прийоми і технології: навчання прийомам саморегуляції через використання релаксації, візуалізації; ігротерапії; казкотерапії; робота з батьками дитини, фізична реабілітація.