*Источник: Сиротюк АЛ. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения. — М.: ТЦ Сфера, 2003. — 288 с.*

Нейропсихология гиперактивного поведения с дефицитом внимания

В последнее время все большую актуальность приобретает синдром дефицита внимания и гиперактивности1 (СДВГ). который в процессе онтогенеза2 может фасадно измениться в девиантность3 или делинквентность4. Анализ литературы выявил широкую вариабельность данных по распространенности СДВГ. Так, например, в США гиперактивных детей 4—20%, Великобритании — 1—3%, Италии — 3—10%, в Китае — 1—13%, Австралии — 7—10%, России — 4—18%. В настоящее время в Германии более полумиллиона детей страдают синдромом дефицита внимания и гиперактивности, причем мальчиков среди них в 9 раз больше, чем девочек. Чаще всего девочки страдают особой формой синдрома дефицита внимания без гиперактивности.

Синдрому дефицита внимания и гиперактивности часто сопутствуют запаздывание процессов созревания высших психических функций и, следовательно, специфические трудности обучения. У детей с СДВГ проявляются трудности планирования и организации сложных видов деятельности. Большинству из них свойственна слабая психоэмоциональная устойчивость при неудачах, низкая самооценка, упрямство, лживость, вспыльчивость, агрессивность. Кроме того, у них возникает неуверенность в себе и проблемы в коммуникациях. Подросткам с СДВГ свойственно отрицание авторитетов, незрелое и безответственное поведение, нарушение семейных и общественных правил. Они не могут поддерживать определенную поведенческую реакцию на протяжении длительного времени. Для них характерно деструктивное, оппозиционно-вызывающее, а иногда и разрушительное поведение. Из-за непонимания со стороны окружающих у гиперактивного ребенка формируется трудно исправляемая агрессивная модель защитного поведения.

1 Дефицит внимания — неспособность удерживать внимание на чем-либо в течение определенного отрезка времени. Гиперактивность — чрезмерная активность, слабый контроль побуждений.

2 Онтогенез — индивидуальное развитие человека от зачатия до конца жизни.

3 Девиантность — повеление, отклоняющееся от общепринятых норм.

4 Делинквентность — поведение, нарушающее законы.

Фасадные проявления СДВГ с возрастом могут меняться. Если в раннем детстве отмечается незрелость двигательных и психических функций, то в подростковом возрасте проявляются нарушения адаптационных механизмов, что может стать причиной правонарушений. Известно, что у гиперактивных детей рано развивается тяга к алкоголю и наркотическим веществам. В связи с этим данная патология представляет серьезную социальную проблему. Для профилактики подростковой преступности, алкоголизма, наркомании необходимо своевременно выявлять и корригировать детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Неадекватность поведения, социальная дезадаптация, личностные расстройства могут стать причиной неудач и во взрослой жизни. Такие люди суетливы, легкоотвлека-емы, нетерпеливы, импульсивны, вспыльчивы, им трудно сосредоточиться на предмете деятельности. У них часто меняется настроение. Трудности планирования деятельности и неорганизованность мешают им в продвижении по службе, в устройстве семейной жизни. Гиперактивные проявления сильной степени выраженности могут в более зрелом возрасте смениться рядом аффективных и личностных расстройств. В то же время своевременная медицинская и психологическая помощь позволяет компенсировать этот недостаток.

Основные проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности

Большинство исследователей отмечают три основных блока проявления СДВГ: гиперактивность, дефицит внимания, импульсивность (Ю.С. Шевченко, H.H. Заваденко и др.).

Гиперактивность проявляется избыточной двигательной активностью, беспокойством и суетливостью, многочисленными беспорядочными движениями, которых ребенок часто не замечает. Для детей с СДВГ характерна чрезмерная болтливость, неспособность усидеть на одном месте, продолжительность сна всегда меньше нормы. В двигательной сфере у них обычно обнаруживаются нарушения двигательной координации, несформированности мелкой моторики1 и праксиса2. Это — неумение завязывать шнурки, застегивать пуговицы, использовать ножницы и иголку, несформированный почерк. Исследования польских ученых показывают, что двигательная активность детей с СДВГ на 25—30% выше, чем у других детей.

Многие психические процессы могут быть полноценно сформированы только при условии сформированности внимания. Л.С. Выготский писал, что направленное внимание играет огромную роль для процессов абстракции, мышления, мотивации, направленной активности.

Нарушения внимания могут проявляться в трудностях его удержания, в снижении избирательности и выраженной отвлекаемости с частыми переключениями с одного занятия на другое. Такие дети характеризуются непоследовательностью в поведении, забывчивостью, неумением слушать и сосредоточиться, частой потерей личных вещей. Они стараются избежать заданий, требующих длительных умственных усилий. Однако показатели внимания таких детей подвержены существенным колебаниям. Если деятельность ребенка связана с заинтересованностью, увлеченностью и удовольствием, то он способен удерживать внимание часами.

Импульсивность выражается в том, что ребенок часто действует, не подумав, перебивает других, может без разрешения встать и выйти из класса. Кроме того, такие дети не умеют регулировать свои действия и подчиняться правилам, не умеют ждать, часто повышают голос, эмоционально лабильны (у них часто меняется настроение).

К подростковому возрасту повышенная двигательная активность в большинстве случаев исчезает, а импульсивность и дефицит внимания сохраняются. По результатам исследования H.H. Заваденко, поведенческие нарушения сохраняются почти у 70% подростков и 50% взрослых, имевших в детстве диагноз дефицита внимания.

1 Мелкая моторика — способность выполнять точные движения малой амплитуды.

2 Праксис — способность осуществлять сложные целенаправленные движения и действия.

Характерной чертой умственной деятельности гиперактивных детей является цикличность. Дети могут продуктивно работать 5—15 минут, затем 3—7 минут мозг отдыхает, накапливая энергию для следующего цикла. В этот момент ребенок отвлекается и не реагирует на учителя. Затем умственная деятельность восстанавливается, и ребенок готов к работе в течение 5—15 минут. Они имеют как бы «мерцающее» сознание. Могут «впадать» и «выпадать» из него, особенно при отсутствии двигательной стимуляции. При дефицитарной работе вестибулярного аппарата им необходимо двигаться, крутиться и постоянно вертеть головой, чтобы оставаться «в сознании». Для того чтобы сохранить концентрацию внимания, дети применяют адаптивную стратегию: они активизируют центры равновесия при помощи двигательной активности. Например, отклоняясь на стуле назад так, что пола касаются только его задние ножки. Учитель требует, чтобы они «сели прямо и не отвлекались». Но эти два требования вступают в противоречие. Если голова и тело неподвижны, у гиперактивных детей снижается уровень активности мозга.

В результате коррекции при помощи реципрокных1 двигательных упражнений поврежденная ткань в вестибулярном аппарате может заменяться новой, по мере того как развиваются и миелинизируются2 новые нервные сети. В настоящее время установлено, что двигательная стимуляция мозолистого тела3, мозжечка и вестибулярного аппарата приводит к развитию функции сознания, самоконтроля и саморегуляции у детей с СДВГ.

Перечисленные нарушения способствуют возникновению трудностей в освоении чтения, письма, счета. H.H. Заваденко отмечает, что для 66% детей с диагнозом СДВГ характерны дислекция1 и дисграфия2, для 61% детей — признаки дискалькулии3. В психическом развитии наблюдаются парциальные задержки на 1,5—1,7 года.

1 Реципрокные — перекрестные, разнонаправленные.

2 Миелинизация — процесс образования миелиновой оболочки, покрывающей быстродействующие проводящие пути центральной нервной системы. Миелиновые оболочки повышают точность и скорость передачи импульсов в нервной системе.

3 Мозолистое тело — толстый пучок нервных волокон, соединяющих два полушария, — обеспечивает целостность работы головного мозга.

Кроме того, гиперактивность характеризуется слабым развитием тонкой моторной координации и постоянными, беспорядочными, неловкими движениями, вызванными несформированностью межполушарного взаимодействия и высоким уровнем адреналина в крови. Для этого расстройства также характерна постоянная внешняя болтовня, указывающая на недостаток развития внутренней речи, которая должна контролировать социальное поведение.

Вместе с тем гиперактивные дети часто обладают неординарными способностями, сообразительны и проявляют живой интерес к окружающему. Результаты многочисленных исследований показывают хороший общий интеллект таких детей, но перечисленные особенности не способствуют его развитию. Среди гиперактивных детей могут быть и одаренные. Так, Д. Эдиссон и У. Черчилль относились к гиперактивным детям и считались «трудными» подростками.

Анализ возрастной динамики СДВГ показал два всплеска проявления синдрома. Первый отмечается в 5—10 лет и приходится на период подготовки к школе и начало обучения, второй — в возрасте 12—15 лет. Это обусловлено динамикой развития высшей нервной деятельности. Возраст 5,5—7 лет и 9—10 лет — критические периоды для формирования систем мозга, отвечающих за мыслительную деятельность, внимание, память. Д.А. Фарбер отмечает, что к 7 годам происходит смена стадий интеллектуатьного развития, формируются условия для становления абстрактного мышления и произвольной регуляции деятельности. Активизация СДВГ в 12—15 лет совпадает с периодом полового созревания. Гормональный всплеск отражается на особенностях поведения и на отношении к учебе.

1 Дислекция — частичное расстройство процесса овладения чтением, проявляющееся в многочисленных повторяющихся ошибках стойкого характера и обусловленное несформированностью психических функций, участвующих в процессе овладения чтением.

2 Дисграфия — частичное нарушение навыков письма вследствие очагового поражения, недоразвития или дисфункции коры головного мозга.

3 Дискалькулия — нарушение формирования навыков счета вследствие очагового поражения, недоразвития или дисфункции коры головного мозга.

По имеющимся данным, среди мальчиков 7—12 лет признаки синдрома диагностируются в 2—3 раза чаще, чем среди девочек. Среди подростков это соотношение составляет 1:1, а среди 20—25-летних — 1:2 с преобладанием девушек. В клинике соотношение мальчиков и девочек варьирует от 6:1 до 9:1. У девочек более выражены социальная дезадаптация, учебные трудности, личностные расстройства.

Результаты исследования, проведенные автором в 1999 году в ходе работы психологического клуба для девиантных подростков, приведены в таблице.

Таблица 4

Особенности функциональной асимметрии полушарий1 головного мозга девиантных подростков (%)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Девиантные | Лево- | Право- | Равно- |
| подростки | полушарные | полушарные | полушарные |
| Девочки | — | 9 | 3 |
| Мальчики | 8 | 66 | 14 |

Высокая частота встречаемости синдрома у мальчиков обусловлена более высокой уязвимостью плода мужского пола к вредным воздействиям во время беременности и родов. У девочек полушария головного мозга менее специализированы из-за большего количества межполушарных связей, поэтому при поражении центральной нервной системы они имеют больший резерв компенсаторных механизмов по сравнению с мальчиками.

1 Функциональная асимметрия полушарий — неравноценность, качественное различие того **«вклада»,** который делают правое и левое полушария мозга в каждую психическую функцию. Левое полушарие — логическое, аналитическое, знаковое. Правое полушарие — образное, творческое.

Нейропсихологические причины и механизмы синдрома дефицита внимания и гиперактивности

Этиология и патогенез (причины и механизмы развития) синдрома дефицита внимания окончательно не выяснены, несмотря на большое количество исследований в различных направлениях.

На современном этапе исследования СДВГ доминирующими считаются три группы факторов в развитии синдрома:

* генетические факторы;
* повреждение центральной нервной системы плода во время беременности и родов;
* негативное действие внутрисемейных и социальных факторов.

По результатам исследования H.H. Заваденко возникновение СДВГ из-за раннего повреждения центральной нервной системы в период беременности и родов встречается в 84% случаев, генетические причины — в 57%, негативное действие внутрисемейных факторов — в 63%.

Проявления генетического фактора прослеживаются в нескольких поколениях одной семьи, значительно чаще среди родственников мужского пола. Влияние биологических факторов играет существенную роль в младшем возрасте, затем возрастает роль социально-психологических факторов, особенно внутрисемейных отношений.

Причинами раннего повреждения центральной нервной системы во время беременности и родов могут послужить недостаточное питание, отравление свинцом, органические повреждения мозга, внутриматочные дефекты, наркотическое отравление (например, кокаином) во время пренатального развития, кислородная недостаточность в период развития плода или в процессе родов. Многие дети с симптомами неспособности к обучению появились на свет при осложненных родах, а среди недоношенных детей эти симптомы обычны. По результатам многочисленных исследований одной из самых распространенных причин отклонений в обучении и поведении является родовая травма шейных отделов позвоночника, которая не диагностируется своевременно, что может привести к возникновению синдромов несформированности или дефицитарности головного мозга в онтогенезе.

У детей, поведение которых определяется как дефицит внимания и гиперактивность, наблюдается дефицитарная работа ретикулярной формации и вестибулярного аппарата. Функциональные нарушения ретикулярной формации и стволовых отделов мозга приводят к снижению болевой чувствительности. Такие дети часто слабее чувствуют боль и, следовательно, не сочувствуют другим. Этим объясняется их безжалостное отношение к сверстникам и животным. Они могут ударить, толкнуть, укусить, другим способом проявить агрессию, способны совершать агрессивные действия и по отношению к себе.

У детей с СДВГ нарушения двигательного контроля связаны с дисфункцией префронтальной области лобных отделов головного мозга. Для детей с этим диагнозом характерны не просто недостаточность в координаторной сфере, но и нарушения динамического и кинестетического праксиса.

Большое разнообразие причин возникновения СДВГ связано прежде всего с разнообразием клинической картины синдрома. Наряду с основными характеристиками данного расстройства — повышенной двигательной активностью, импульсивностью и дефицитом внимания — отмечается широкий спектр эмоциональных и когнитивных нарушений.

Альтернативной, немедикаментозной, формой помощи детям с СДВГ является особая организация обучения, которая должна осуществляться как в школе, так и дома. В большинстве случаев этот метод направлен на перестройку окружающей ребенка среды путем ее упрощения и уменьшения количества отвлекающих факторов. Успех в работе с такими детьми также во многом зависит как от раннего диагноза, так и от терпения и понимания со стороны учителей и родителей. Кроме того, своевременная нейропсихологическая коррекция гиперактивного ребенка элиминирует дефект развития1.

' Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. М., 2002.

Дети с синдромом гиперактивности имеют достаточно высокие компенсаторные механизмы, для развития которых должны соблюдаться определенные условия:

* обеспечение спокойных эмоционально-нейтральных условий развития и обучения:
* соблюдение режима, достаточное время для сна;
* обучение по личностно-ориентированной программе без интеллектуальных перегрузок:
* соответствующая медикаментозная поддержка:
* разработка комплексной индивидуальной программы помощи ребенку со стороны невролога, психолога, педагога, родителей;

— своевременная нейропсихологическая коррекция. Таким образом, гиперактивность ребенка является лишь внешним проявлением его нейропсихологических проблем и может возникнуть на основе синдромов несформированности или дефицитарности мозговых структур. Прежде всего возникновение синдрома связано с недостаточностью вклада со стороны лобных отделов коры головного мозга, особенно левого полушария. Изучение механизмов формирования синдрома дефицита внимания с гиперактивностью — актуальная задача, которая требует дальнейших исследований.

Практические рекомендации родителям и учителям гиперактивных детей

Практические рекомендации родителям гиперактивного ребенка.

В домашней программе коррекции детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности должен преобладать поведенческий аспект.

1. Изменение поведения взрослого и его отношения к ребенку:

* проявляйте достаточно твердости и последовательности в воспитании;
* помните, что поступки ребенка не всегда являются умышленными;
* контролируйте поведение ребенка, не навязывая ему жестких правил;
* не давайте ребенку реактивных указаний, избегайте слов «нет» и «нельзя»;
* стройте взаимоотношения с ребенком на взаимопонимании и доверии;
* избегайте, с одной стороны, чрезмерной мягкости, а с другой — завышенных требований к ребенку;
* реагируйте на действия ребенка неожиданным способом (пошутите, повторите действия ребенка, сфотографируйте его, оставьте в комнате одного и т.д.);
* повторяйте свою просьбу спокойно одними и теми же словами много раз;
* не настаивайте на том, чтобы ребенок обязательно принес извинения за проступок;
* выслушивайте то, что хочет сказать ребенок;
* для подкрепления устных инструкций используйте зрительную стимуляцию.

2.Изменение психологического микроклимата в семье:

* уделяйте ребенку достаточно внимания;
* проводите досуг всей семьей;
* не допускайте ссор в присутствии ребенка.

3.Организация режима дня и места для занятий:

* установите твердый распорядок дня для ребенка и для всех членов семьи;
* чаще показывайте ребенку, как лучше выполнить задание, не отвлекаясь;
* снижайте влияние отвлекающих факторов во время выполнения ребенком задания;
* оградите гиперактивных детей от длительных занятий на компьютере и просмотра телевизионных передач;
* по возможности избегайте больших скоплений людей;
* помните, что переутомление приводит к снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности;
* организуйте поддерживающие группы, состоящие из родителей, имеющих детей с аналогичными проблемами.

4.Специальная поведенческая программа:

* придумайте гибкую систему вознаграждений за хорошо выполненное задание и наказаний за плохое поведение. Можно использовать балльную или знаковую систему, завести дневник самоконтроля;
* не прибегайте к физическому наказанию! Если есть необходимость прибегнуть к наказанию, то целесообразно использовать спокойное сидение в определенном месте после совершения поступка;
* чаще хвалите ребенка. Порог чувствительности к отрицательным стимулам очень низок, поэтому гиперактивные дети не воспринимают выговоры и наказания, однако чувствительны к поощрениям;
* составьте список обязанностей ребенка и повесьте его на стену, подпишите соглашение на определенные виды работ;
* воспитывайте в детях навыки управления своим эмоциональным состоянием, особенно гневом и агрессией;
* не старайтесь предотвратить последствия забывчивости ребенка;
* постепенно расширяйте круг обязанностей, предварительно обсудив их с ребенком;
* не разрешайте откладывать выполнение задания на другое время;
* не давайте ребенку поручений, не соответствующих его уровню развития, возрасту и способностям:
* помогайте ребенку приступить к выполнению задания, так как для него это самый трудный этап;
* не давайте одновременно несколько указаний. Задание, которое дается ребенку с нарушенным вниманием, не должно иметь сложную конструкцию и состоять из нескольких звеньев;
* объясните гиперактивному ребенку его проблемы и научите с ними справляться.

Помните, что вербальные средства убеждения, призывы, беседы редко оказываются результативными, так как гиперактивный ребенок еще не готов к такой форме работы.

Помните, что для ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности наиболее действенными будут средства убеждения «через тело»:

* лишение удовольствия, лакомства, привилегий;
* запрет на приятную деятельность, телефонные разговоры, просмотр телепередач;
* прием «выключенного времени» (изоляция, угол, скамья штрафников, домашний арест, досрочное укладывание в постель);
* чернильная точка на запястье ребенка («черная метка»), которая может быть обменена на 10-минутное сидение на скамейке штрафников;
* удержание в «железных объятиях» (холдинг);
* внеочередное дежурство по кухне и т.д

Не спешите вмешиваться в действия гиперактивного ребенка директивными указаниями, запретами и выговорами. Ю.С. Шевченко приводит следующие примеры:

* Если родителей младшего школьника тревожит то, что каждое утро их ребенок неохотно просыпается, медленно одевается и не торопится в школу, то не стоит давать ему бесконечные словесные инструкции, торопить и ругать. Можно предоставить ему возможность получить «урок жизни». Опоздав в школу по-настоящему и приобретя опыт объяснений с учительницей и директором школы, ребенок будет более ответственно относиться к утренним сборам.
* Если 12-летний ребенок разбил футбольным мячом стекло соседу, то не стоит торопиться брать на себя ответственность за решение проблемы. Пусть ребенок сам объяснится с соседом и предложит искупить свою вину, например, ежедневным мытьем его автомобиля в течение недели. В следующий раз, выбирая место для игры в футбол, ребенок будет знать, что ответственность за принятое им решение несет только он сам.
* Если в семье исчезли деньги, не стоит бесполезно требовать признания в воровстве. Следует убирать деньги и не оставлять их в качестве провокации. А семья будет вынуждена лишить себя лакомств, развлечений и обещанных покупок. Общественное осуждение в семье окажет свое воспитательное воздействие.
* Если ребенок забросил свою вещь и не может ее найти, то не стоит бросаться ему на помощь. Пусть ищет. В следующий раз он более ответственно будет относиться к своим вещам.

Помните, что вслед за понесенным наказанием необходимо позитивное эмоциональное подкрепление, знаки «принятия». В коррекции поведения ребенка большую роль играет методика «позитивной модели», заключающаяся в постоянном поощрении желательного поведения ребенка и игнорировании нежелательного. Необходимым условием успеха является понимание проблем ребенка родителями.

Помните, что невозможно добиться исчезновения гиперактивности, импульсивности и невнимательности за несколько месяцев и даже за несколько лет. Причем признаки гиперактивности исчезают по мере взросления, а импульсивность и дефицит внимания сохраняются и во взрослой жизни.

Помните, что синдром дефицита внимания и гиперактивности — это патология, требующая своевременной диагностики и комплексной коррекции: психологической, медицинской, педагогической. Успешная реабилитация возможна при условии, если она проводится в возрасте 5—10 лет.

Практические рекомендации учителям гиперактивного ребенка.

Школьная программа коррекции гиперактивных детей должна опираться на когнитивную коррекцию, чтобы помочь детям справиться с трудностями в обучении.

1.Изменение окружения:

* изучите нейропсихологические особенности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности;
* работу с гиперактивным ребенком стройте индивидуально. Он всегда должен находиться перед глазами учителя, в центре класса, прямо у доски;
* измените режим урока с включением физкультминуток;
* разрешайте гиперактивному ребенку через каждые 20 минут вставать и ходить в конце класса;
* предоставьте ребенку возможность быстро обращаться к вам за помощью в случае затруднения;
* направляйте энергию гиперактивных детей в полезное русло: вымыть доску, раздать тетради и т.д.

2.Создание положительной мотивации на успех:

* введите знаковую систему оценивания;
* чаще хвалите ребенка;
* расписание уроков должно быть постоянным;

—избегайте завышенных или заниженных требований к ученику с СДВГ;

—используйте приемы проблемного обучения;

* используйте на уроке элементы игры и соревнования;
* давайте задания в соответствии со способностями ребенка;
* большие задания разбивайте на последовательные части, контролируя выполнение каждого из них;
* создавайте ситуации, в которых гиперактивный ребенок может показать свои сильные стороны и стать экспертом в классе по некоторым областям знаний;
* научите ребенка компенсировать нарушенные функции за счет сохранных;
* игнорируйте негативные поступки и поощряйте позитивные;
* стройте процесс обучения на положительных эмоциях;
* помните, что с ребенком необходимо договариваться, а не стараться сломить его!

3.Коррекция негативных форм поведения:

* способствуйте элиминации агрессии;
* обучайте необходимым социальным нормам и навыкам общения;
* регулируйте его взаимоотношения с одноклассниками.

4.Регулирование ожиданий:

* объясняйте родителям и окружающим, что положительные изменения наступят не так быстро;
* объясняйте родителям и окружающим, что улучшение состояния ребенка зависит не только от специального лечения и коррекции, но и от спокойного и последовательного отношения к гиперактивному ребенку.

Помните, что прикосновение является сильным стимулятором для формирования поведения и развития навыков обучения. Педагог начальной школы в Канаде провел эксперимент с прикосновением в своем классе, который подтверждает сказанное. Учителя сосредоточились на трех детях, которые нарушали дисциплину в классе и не сдавали своих тетрадей с домашними работами. Пять раз в день учитель как бы случайно встречал этих учащихся и поощрительно касался их плеча, говоря в доброжелательной манере: «Я одобряю тебя». Когда они нарушали правила поведения, учителя игнорировали это, словно не замечая. Во всех случаях на протяжении первых двух недель все учащиеся стали хорошо вести себя и сдавать тетради с домашними работами.

Помните, что гиперактивность — это не поведенческая проблема, 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. Гиперактивный ребенок имеет нейрофизиологические проблемы, справиться с которыми самостоятельно не сможет. Дисциплинарные меры воздействия в виде постоянных наказаний, замечаний, окриков, нотаций не приведут к улучшению поведения ребенка, а, скорее, ухудшат его. Эффективные результаты коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности достигаются при оптимальном сочетании медикаментозных и немедикаментозных методов, к которым относятся психологические и ней-ропсихологические коррекционные программы.

Диагностика детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Проявления СДВГ очень разнообразны, но наблюдение и диагностика проводятся по трем основным направлениям: дефицит внимания и гиперактивность и импульсивность.

Американской психиатрической ассоциацией разработаны критерии постановки диагноза СДВГ. Согласно принципам классификации DSM — IV, опубликованным в 1994 году, выделяются три основные формы синдрома: синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ/ВГ), синдром дефицита внимания с гиперактивностью и преимущественным нарушением внимания (СДВГ/В) и синдром дефицита внимания с преобладанием гиперактивности и импульсивности (СДВГ/Г).

При диагностике следует помнить, что всем детям вообще свойственна высокая двигательная активность. Внимание у детей становится относительно устойчивым к 4— 5 годам. Для детей дошкольного возраста характерно непроизвольное внимание и слабо развитое распределение внимания. У младших школьников объем внимания в 2—3 раза меньше, чем у взрослых. Полное внимание на уроке и при обследовании дети могут сохранять не более 12—15 минут. Кроме того, следует помнить, что процесс созревания лобных структур в онтогенезе продолжается до 12—15 лет. Также следует иметь в виду, что синдром настолько часто встречается в рамках задержки психического развития, что не диагностируется как самостоятельная патология. Для постановки диагноза необходимо прослеживание симптомов СДВГ на протяжении не менее 6 месяцев. Симптомы должны проявляться до 8 лет и сопровождаться психологической дезадаптацией. Поставить диагноз и определить индивидуальную медикаментозную форму лечения может только врач. Психологической и нейропсихологической коррекцией могут заниматься соответствующие специалисты.

Диагностические критерии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью по классификации DSM — IV.

А. Для постановки диагноза необходимо наличие следующих симптомов, приведенных в разделах 1 и 2:

1)Шести или более из перечисленных симптомов невнимательности, которые сохраняются у ребенка на протяжении как минимум 6 месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам.

Дефицит внимания

1.Часто не способен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемых заданиях и других видах деятельности.

1. Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игры.
2. Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.

4 Часто оказывается не в состоянии придерживаться предлагаемых инструкций и справиться до конца с выполнением уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте (что никак не связано с негативным или протестным поведением, неспособностью понять задание).

1. Часто испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности.
2. Обычно избегает, выражает недовольство и сопротивляется выполнению заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения
3. Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки, школьные принадлежности, карандаши, книги, рабочие инструменты).
4. Легко отвлекается на посторонние стимулы.
5. Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.

2)Шести или более из перечисленных симптомов гиперактивности и импульсивности, которые сохраняются у ребенка на протяжении как минимум 6 месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам.

Гиперактивность

1. Часто наблюдаются беспокойные движения кистей и стоп; сидя на стуле, крутится, вертится.

1. Часто встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.
2. Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегает, крутится, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо.
3. Обычно не может тихо, спокойно играть иди заниматься чем-либо на досуге.
4. Часто находится в постоянном движении и ведет себя так, «как будто к нему прикрепили «мотор».
5. Часто бывает болтливым.
6. Импульсивность
7. Часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не дослушав их до конца.
8. Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.
9. Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).

Некоторые симптомы импульсивности, гиперактивности и невнимательности начинают вызывать беспокойство окружающих в возрасте ребенка до 7 лет.

Проблемы, обусловленные вышеперечисленными симптомами, возникают в двух или более видах окружающей обстановки (например, в школе и дома).