МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

БАРНАУЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

КУРСОВАЯ РАБОТА

"ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ"

Барнаул – 2008

**План**

Введение

1. Синдром гиперактивности и дефицита внимания в детском возрасте

* 1. Теоретическое обоснование понятия СДВГ
	2. Понятие о синдроме гиперактивности и дефиците внимания
	3. Взгляды и теории отечественных и зарубежных психологов в исследованиях СДВГ

2. Этиология, механизмы развития СДВГ. Клинические признаки СДВГ. Психологические особенности детей с СДВГ. Лечение и коррекция СДВГ

2.1 Этиология СДВГ

2.2 Механизмы развития СДВГ

2.3 Клинические признаки СДВГ

2.4 Психологические особенности детей с СДВГ

2.5 Лечение и коррекция СДВГ

3. Экспериментальное исследование психических процессов детей с СДВГ и с нормой развития

3.1 Исследование внимания

3.2 Исследование мышления

3.3 Исследование памяти

3.4 Исследование восприятия

3.5 Исследование эмоциональных проявлений

3.6 Практические рекомендации педагогам и родителям гиперактивного ребёнка

Заключение

Список используемой литературы

Приложения

**Введение**

Необходимость изучения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ) в дошкольном возрасте обусловлена тем, что данный синдром – одна из наиболее частых причин обращения за психологической помощью в детском возрасте.

Наиболее полное определение гиперактивности дает Монина Г.Н. в своей книге по работе с детьми, страдающими дефицитом внимания: «Комплекс отклонений в развитии ребенка: невнимательность, отвлекаемость, импульсивность в социальном поведении и интеллектуальной деятельности, повышенная активность при нормальном уровне интеллектуального развития. Первые признаки гиперактивности могут, наблюдаются в возрасте до 7 лет. Причинами возникновения гиперактивности могут быть органические поражения центральной нервной системы (нейроинфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы), генетические факторы, приводящие к дисфункции нейромедиаторных систем мозга и нарушениям регуляции активного внимания и тормозящего контроля» [26, с. 56].

По данным разных авторов гиперактивное поведение встречается довольно часто: от 2 до 20% учащихся характеризуются чрезмерной подвижностью, расторможенностью. Среди детей с расстройством поведения медики выделяют особую группу страдающих незначительными функциональными нарушениями со стороны центральной нервной системы. Эти дети мало, чем отличаются от здоровых, разве что повышенной активностью. Однако постепенно отклонения отдельных психических функций нарастают, что приводит к патологии, которая чаще всего называется «легкая дисфункция мозга». Есть и другие обозначения: «гиперкинетический синдром», « «двигательная расторможенность» и так далее. Заболевание, характеризующееся данными показателями, получило название «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ). И самое главное не в том, что гиперактивный ребенок создает проблемы для окружающих детей и взрослых, а в возможных последствиях этого заболевания для самого ребенка. Следует подчеркнуть две особенности СДВГ. Во-первых, ярче всего он проявляется у детей в возрасте от 6 до 12 лет и, во-вторых, у мальчиков он встречается в 7–9 раз чаще, чем у девочек.

Помимо легкой дисфункции мозга и минимальной мозговой дисфункции, некоторые исследователи (И.П. Брязгунов, Е.В. Касатикова, А.Д. Кошелева, Л.С. Алексеева) называют причинами гиперактивного поведения еще и особенности темперамента, а также пороки внутрисемейного воспитания. Интерес к данной проблеме не убывает, поскольку, если 8–10 лет назад таких детей в классе было по одному – два, то сейчас – до пяти человек и более. И.П. Брязгунов отмечает, что если в конце 50‑х годов публикаций на эту тему было порядка 30, то в 1990 году их число возросло до 7000 [7].

Длительные проявления невнимательности, импульсивности и гиперактивности, ведущих признаков СДВГ, нередко приводят к формированию девиантных форм поведения (Кондрашенко В.Т., 1988; Егорова М.С., 1995; Ковалев В.В., 1995; Горьковая И.А., 1994; Григоренко Е.Л., 1996; Захаров А.И., 1986, 1998; Fischer M., 1993) [13, 19]. Когнитивные и поведенческие нарушения продолжают сохраняться почти у 70% подростков и более чем у 50% взрослых людей, которым в детстве ставился диагноз СДВГ (Заваденко Н.Н., 2000). В подростковом возрасте у гиперактивных детей рано развивается тяга к алкоголю, наркотическим веществам, что способствует развитию деликвентного поведения (Брязгунов И.П., Касатикова Е.В., 2001). Для них, в большей степени, чем для их сверстников, характерна склонность к правонарушениям (Менделевич В.Д., 1998) [7, 8, 19].

Обращает на себя внимание и тот факт, что синдрому дефицита внимания с гиперактивностью уделяется основное внимание только при поступлении ребенка в школу, когда налицо школьная дезадаптация и неуспеваемость (Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю., 1994; Кучма В.Р., Платонова А.Г., 1997; Разумникова О.М., Голошейкин С.А., 1997; Касатикова Е.Б., Брязгунов И.П., 2001) [7, 8, 19].

Изучение детей с указанным синдромом и развитие дефицитарных функций имеет большое значение для психолого-педагогической практики именно в дошкольном возрасте. Ранние диагностика и коррекция должны быть ориентированы на дошкольный возраст (5 лет), когда компенсаторные возможности мозга велики, и еще есть возможность предотвратить формирование стойких патологических проявлений (Осипенко Т.Н., 1996; Лицев А.Э., 1995; Халецкая О.В. 1999) [35].

Современные направления развивающей и коррекционной работы (Семенович А.В., 2002; Пылаева Н.М., Ахутина Т.В., 1997; Обухов Я.Л., 1998; Семаго Н.Я., 2000; Сиротюк А.Л., 2002) опираются на принцип замещающего развития. Отсутствуют программы, рассматривающие мультиморбидность проблем развития ребенка с СДВГ в комплексе с проблемами в семье, коллективе сверстников и сопровождающих развитие ребенка взрослых, основанные на мультимодальном подходе [31].

Анализ литературы по данной проблеме показал, что в большинстве исследований наблюдения велись за детьми школьного возраста, т.е. в период, когда признаки проявляются наиболее отчетливо, а условия развития в раннем и дошкольном возрасте остаются, в основном, находятся вне поля зрения психологической службы. Именно сейчас большую значимость приобретает проблема раннего выявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, профилактика факторов риска, его медико-психолого-педагогическая коррекция, охватывающая мультиморбидность проблем у детей, что позволяет составить благоприятный прогноз лечения и организовать коррекционное воздействие.

В данной работе было проведено экспериментальное исследование, цель которого заключалась в изучении особенностей когнитивного развития детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.

**Объектом исследования** является когнитивное развитие детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью в дошкольном возрасте.

**Предметом исследования** является проявление гиперактивности и влияние симптома на личность ребёнка.

**Цель данного исследования:** изучить особенности когнитивного развития детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.

**Гипотеза исследования.** Очень часто у детей, отличающихся гиперактивным поведением, имеются сложности в усвоении учебного материала, и многие педагоги склонны объяснять это недостаточным интеллектом. Психологическое обследование детей дает возможность определить уровень интеллектуального развития ребенка, а кроме того, возможные нарушения со стороны перцепции, памяти, внимания, эмоционально-волевой сферы. Обычно результаты психологического исследования доказывают, что уровень интеллекта таких детей соответствует возрастной норме. Знание специфических особенностей психического развития детей с СДВГ позволяет разработать модель коррекционной помощи таким детям.

С учетом цели исследования, его объекта и предмета, а так же сформулированной гипотезы решались **следующие задачи:**

1. Анализ литературных источников по данной теме в процессе теоретического исследования.

2. Экспериментальное изучение уровня развития психических (когнитивных) процессов детей с СДВГ дошкольного возраста, таких как внимание, мышление, память, восприятие.

3. Исследование эмоциональных проявлений у детей с синдромом гиперактивности и дефицитом внимания.

4. Разработка рекомендаций по работе с гиперактивными детьми педагогам и родителям, исходя из полученных результатов.

Для решения поставленных задач были использованы ниже перечисленные методы: анализ литературы (труды отечественных и зарубежных авторов в области психологии, педагогики, дефектологии и физиологии по проблеме исследования); теоретический анализ проблемы гиперактивности; анкетирование педагогов и воспитателей; методы диагностики восприятия: методика «Чего не хватает на этих рисунках?», методика «Узнай, кто это», методика «Какие предметы спрятаны в рисунках?»; методы диагностики внимания: методика «Найди и вычеркни», методика «Проставь значки», методика «Запомни и расставь точки»; методы диагностики памяти: методика «Выучи слова», методика «Запоминание 10 картинок», методика «Чем залатать коврик?»; методы диагностики мышления: методика на выявление умения классифицировать, методика «Что здесь лишнее?»; оценочная шкала эмоциональных проявлений.

**Теоретические основы** нашей работы во многом определились под влиянием фундаментальных исследований отечественных психологов и дефектологов: культурно-исторической теории Л.С. Выготского, его исследований о характере первичных и вторичных отклонений в психическом развитии детей, системном строении функций, компенсаторном их развитии в процессе специально организованной деятельности, теории о соотношении психологического развития в норме и с нарушениями (Т.А. Власова, Ю.А. Кулагина, А.Р. Лурия, В.И. Лубовский, Л.И. Солнцева и др.).

**Научная новизна** определяется методологическим уровнем решения проблемы, обеспечивающим научную базу разработки психологических основ формирования психического развития дошкольников с гиперактивностью и дефицитом внимания, как средства их личностного развития, качественной перестройки их поведения в процессе коррекционно-развивающей работы в русле решения поставленной проблемы.

**На защиту выносятся следующие положения:**

1. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью представляет собой сборную группу различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям патологических состояний. Характерными признаками ее являются повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность, диффузные легкие неврологические симптомы, умеренно выраженные сенсомоторные и речевые нарушения, расстройство восприятия, повышенная отвлекаемость, трудности поведения, недостаточная сформированность навыков интеллектуальной деятельности, специфические трудности обучения.

2. Этот синдром отмечается примерно у 20 процентов детей дошкольного возраста, причем у мальчиков – в четыре раза чаще, чем у девочек. Для таких детей характерны постоянное двигательное беспокойство, проблемы с концентрацией внимания, импульсивность, «неуправляемое» поведение.

3. Уровень сформированности познавательных процессов (внимание, память, мышление, восприятие) детей с СДВГ не соответствует возрастной норме.

4. В оказании психологической помощи гиперактивным детям решающее значение имеет работа с их родителями и учителями. Необходимо разъяснить взрослым проблемы ребенка, дать понять, что его поступки не являются умышленными, показать, что без помощи и поддержки, взрослых такой ребенок не сможет справиться с существующими у него трудностями.

5. В работе с такими детьми нужно использовать три основных направления: 1) по развитию дефицитарных функций (внимания, контроля поведения, двигательного контроля); 2) по отработке конкретных навыков взаимодействия с взрослыми и сверстниками; 3) при необходимости должна осуществляться работа с гневом.

**Теоретическая и практическая значимость** исследования определяется необходимостью изучения особенностей психического развития дошкольников с гиперактивностью и дефицитом внимания, на основе чего разрабатываются рекомендации для родителей и воспитателей. Данные исследования могут быть использованы при работе с гиперактивными детьми.

**Структура и объем исследовательской работы.** Исследовательская работа состоит из введения, трех глав, заключения, изложенных на 63 страницах машинописного текста. Список литературы имеет 39 наименований. Исследовательская работа содержит 9 рисунков, 4 диаграммы, 5 приложений.

**1. Синдром гиперактивности и дефицита внимания в детском возрасте**

**1.1** **Теоретическое обоснование понятия СДВГ**

Впервые упоминание о гиперактивных детях появилось в специальной литературе около 150 лет назад. Немецкий врач Хоффман описал чрезвычайно подвижного ребёнка, назвав его «непоседа Фил». Проблема становилась всё более очевидной и к началу XX века вызвала серьёзную тревогу специалистов – невропатологов, психиатров.

В 1902 году ей посвящена довольно большая статья в журнале «Lancet». Информации о большом количестве детей, поведение которых выходит за рамки привычных норм, стали появляться после эпидемии летаргического энцефалита Экономо. Это, вероятно, и заставило более пристально изучить связь: поведение ребёнка в среде и функции его мозга. С тех пор было сделано множество попыток объяснить причину, а также предлагались различные способы лечения детей, у которых наблюдались импульсивность и двигательная расторможенность, отсутствие внимания, возбудимость, неуправляемость поведения [19].

Так, в 1938 году доктор Левин после длительных наблюдений пришёл к неожиданному выводу, что причиной тяжёлых форм двигательного беспокойства является органическое поражение мозга, а в основе лёгких форм лежит неправильное поведение родителей, их нечуткость и нарушение взаимопонимания с детьми. К середине 1950‑х годов появляется термин «гипердинамический синдром», и врачи всё с большей уверенностью начинают говорить о том, что основная причина заболевания – последствия ранних органических поражений головного мозга [19].

В англо-американской литературе в 1970‑е годы уже чётко звучит определение «минимальная мозговая дисфункция». Его применяют к детям с проблемами в обучении или поведении, расстройствами внимания, имеющим нормальный уровень интеллекта и лёгкие неврологические нарушения, не выявляющиеся при стандартном неврологическом исследовании, или с признаком незрелости и замедленного созревания тех или иных психических функций. Для уточнения границ данной патологии в США была создана специальная комиссия, предложившая следующее определение минимальной мозговой дисфункции: данный термин относится к детям со средним уровнем интеллекта, с нарушениями в обучении или в поведении, которые сочетаются с патологией центральной нервной системы.

Несмотря на усилия комиссии, единого мнения в понятиях по-прежнему не было.

Через какое-то время детей с подобными нарушениями стали делить на две диагностические категории:

1) дети с нарушением активности и внимания;

2) дети со специфическими расстройствами обучаемости.

К последним относятся *дисграфия* (изолированное расстройство правописания), *дислексия* (изолированное расстройство чтения), *дискалькулия* (расстройство счёта), а также смешанное расстройство школьных навыков.

В 1966 году С.Д. Клементc дал следующее определение этого заболевания у детей: «Заболевание со средним или близким к среднему интеллектуальным уровнем, с нарушением поведения от лёгкой до выраженной степени в сочетании с минимальными отклонениями в центральной нервной системе, которые могут характеризоваться различными сочетаниями нарушений речи, памяти, контроля внимания, двигательных функций». По его мнению, индивидуальные различия у детей могут быть результатом генетических отклонений, биохимических нарушений, инсультов в перинатальном периоде, заболеваний или травм в периоды критического развития центральной нервной системы или других органических причин неизвестного происхождения [19, с. 11].

В 1968 году появился ещё один термин: «гипердинамический синдром детского возраста». Термин был принят в Международной классификации болезней, тем не менее скоро ему на смену пришли другие: «синдром нарушения внимания», «нарушение активности и внимания» и, наконец, **«синдром нарушения внимания с гиперактивностью (СНВГ),** или ***«синдром дефицита внимания с гиперактивностью»* (СДВГ)»**. Последним, как наиболее полно охватывающим проблему, и пользуется отечественная медицина в настоящее время. Хотя существуют и могут встретиться у некоторых авторов такие определения, как «минимальная мозговая дисфункция» (ММД).

В любом случае, как бы мы ни называли проблему, она стоит очень остро и её надо решать. Число таких детей растёт. Родители опускают руки, воспитатели в детских садах и учителя в школах бьют тревогу и теряют самообладание. Сама обстановка, в которой сегодня растут и воспитываются дети, создаёт исключительно благоприятные условия для увеличения у них различных неврозов и психических отклонений.

**1.2 Понятие о синдроме гиперактивности и дефиците внимания**

**Синдром дефицита внимания / гиперактивности** – это дисфункция центральной нервной системы (преимущественно ретикулярной формации головного мозга), проявляющаяся трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов.

**Синдром** (от греч. syndrome – скопление, стечение). Синдром определяется как сочетанное, комплексное нарушение психических функций, возникающее при поражении определенных зон мозга и закономерно обусловленное выведением из нормальной работы того или иного компонента. Важно отметить, что нарушение закономерным образом объединяет расстройства различных психических функций, внутренне связанных между собой. Также, синдром представляет собой закономерное, типичное сочетание симптомов, в основе возникновения которых лежит нарушение фактора, обусловленное дефицитом в работе определенных мозговых зон в случае локальных поражений мозга или мозговой дисфункцией, вызванной другими причинами, не имеющими локальной очаговой природы.

**Гиперактивность –**«Гипер…» (от греч. Hyper – над, сверху) – составная часть сложных слов, указывающая на превышение нормы. Слово «активный» пришло в русский язык из латинского «aсtivus» и означает «действенный, деятельный». К внешним проявлениям гиперактивности относится невнимательность, отвлекаемость, импульсивность, повышенная двигательная активность. Часто гиперактивности сопутствуют проблемы во взаимоотношениях с окружающими, трудности в обучении, низкая самооценка. При этом уровень интеллектуального развития у детей не зависит от степени гиперактивности и может превышать показатели возрастной нормы. Первые проявления гиперактивности наблюдаются в возрасте до 7 лет и чаще встречаются у мальчиков, чем у девочек. Гиперактивность**,** встречающаяся в детском возрасте есть совокупность симптомов, связанных с чрезмерной психической и моторной активностью. Трудно провести четкие границы этого синдрома (т.е. совокупности симптомов), но обычно он диагностируется у детей, отличающихся повышенной импульсивностью и невнимательностью; такие дети быстро отвлекаются, их равно легко и обрадовать, и расстроить. Часто для них характерны агрессивное поведение и негативизм. В силу подобных личностных особенностей гиперактивным детям трудно концентрироваться на выполнении каких-либо задач, например в школьной деятельности. Родители и учителя часто сталкиваются с немалыми трудностями в обращении с такими детьми.

Главное отличие гиперактивности от просто активного темперамента в том, что это не черта характера ребёнка, а следствие нарушений психического развития детей. В группу риска входят дети, родившиеся в результате кесарева сечения, тяжёлых патологических родов, малыши-искусственники, родившиеся с маленьким весом, недоношенные.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (attention deficit hyperactivity disorder), именуемый также гиперкинетическим расстройством, наблюдается у детей в возрасте от 3 до 15 лет, но наиболее часто проявляет себя в дошкольном и младшем школьном возрасте. Данное расстройство является одной из форм минимальных мозговых дисфункций у детей. Оно характеризуется патологически низкими показателями внимания, памяти, слабостью мыслительных процессов в целом при нормальном уровне интеллекта. Произвольная регуляция развита слабо, работоспособность на занятиях низкая, утомляемость повышена. Также отмечаются отклонения в поведении: двигательная расторможенность, повышенная импульсивность и возбудимость, тревожность, реакции негативизма, агрессивность. При начале систематического обучения возникают трудности в освоении письма, чтения и счета. На фоне учебных трудностей и, нередко, отставании в развитии социальных навыков возникает школьная дезадаптация и различные невротические расстройства.

**Внимание** – это свойство или особенность психической деятельности человека, обеспечивающая наилучшее отражение одних предметов и явлений действительности при одновременном отвлечении от других.

Основные функции внимания:

– активизация нужных и торможение ненужных в данный момент психологических и физиологических процессов;

– способствование организованному и целенаправленному отбору поступающей информации в соответствии с актуальными потребностями;

– обеспечение избирательной и длительной сосредоточенности психической активности на одном и том же объекте или виде деятельности. Внимание человека обладает пятью основными свойствами: устойчивостью, сосредоточенностью, переключаемостью, распределением и объемом.

1. *Устойчивость внимания* проявляется в способности в течение длительного времени концентрироваться на каком-либо объекте, предмете деятельности, не отвлекаясь.

2. *Сосредоточенность внимания* (противоположное качество–рассеянность) проявляется в различиях, которые имеются при концентрации внимания на одних объектах и его отвлечении от других.

3. *Переключаемость внимания* понимается как его перевод от одного объекта на другой, с одного вида деятельности на иной. С переключаемостью внимания функционально связаны два разнонаправленных процесса: включение и отвлечение внимания.

4. *Распределение внимания* состоит в способности рассредоточить его на значительном пространстве, параллельно выполнять несколько видов деятельности.

5. *Объём внимания* определяется количеством информации, одновременно способной сохраняться в сфере повышенного внимания (сознания) человека.

**Дефицит внимания** – неспособность удерживать внимание на чём-либо, что необходимо усвоить в течение определённого отрезка времени.

**1.3 Взгляды и теории отечественных и зарубежных психологов в исследованиях синдрома дефицита внимания с гиперактивностью**

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью считается одним из основных клинических вариантов минимальной мозговой дисфункции. Долгое время единый термин для обозначения отклонений в развитии личности отсутствовал. Большое число работ отражало различные концепции авторов, в названии синдрома использовались наиболее часто встречающиеся признаки заболевания: гиперактивность, невнимательность, статикомоторная недостаточность [35].

Термин «минимальная мозговая дисфункция» (ММД) официально введен в 1962 году на специальной международной конференции в Оксфорде и с тех пор употребляется в медицинской литературе. С этого времени термин ММД использовался для определения таких состояний, как расстройства поведения и трудности обучения, не связанные с выраженными нарушениями интеллектуального развития. В отечественной литературе термин «минимальная мозговая дисфункция» в настоящее время употребляется достаточно часто [18].

Л.Т Журба и Е.М. Мастюкова (1980) в своих исследованиях употребили термин ММД для обозначения состояний непроградиентного характера с наличием легких, минимальных повреждений мозга на ранних этапах развития (до 3 лет) и проявляющихся в парциональных или общих нарушениях психической деятельности за исключением общего интеллектуального недоразвития. Авторы выявили наиболее характерные нарушения в виде своеобразной моторной недостаточности, нарушений речи, восприятия, поведения, специфических трудностей обучения [25].

В СССР применялся термин «задержка психического развития» (Певзнер М. С, 1972), с 1975 года появлялись публикации с использованием терминов «парциональная мозговая дисфункция», «легкая дисфункция мозга» (Журба Л.Т. и др., 1977) и «гиперактивный ребенок» (Исаев Д.Н. и др., 1978), «нарушение развития», «неправильное созревание» (Ковалев В.В., 1981), «синдром двигательной расторможенности», а позднее – «гипердинамический синдром» (Личко А.Е., 1985; Ковалев В.В., 1995). Большинство психологов использовали термин «двигательное нарушение восприятия» (Запорожец А.В., 1986).

Автор 3. Тржесоглава (1986) предлагает рассматривать ММД со стороны органических и функциональных нарушений. Он употребляет термины «легкая детская энцефалопатия», «легкое повреждение мозга» с позиций органического подхода, а термины «гиперкинетический ребенок», «синдром повышенной возбудимости», «синдром дефицита внимания» и другие – с позиции клинического с учетом проявлений ММД или наиболее выраженного функционального дефицита [34].

Таким образом, в исследовании ММД все более отчетливо прослеживается тенденция к их разграничению на отдельные формы. С учетом того, что минимальная мозговая дисфункция еще только изучается, различные авторы описывают данное патологическое состояние, используя разные термины.

В отечественной психолого-педагогической науке гиперактивности также уделялось внимание, однако, не первостепенное. Так, В.П. Кащенко выделял широкий спектр нарушений характера, к которым, в частности, относил и «болезненно выраженную активность». В его посмертно изданной книге «Педагогическая коррекция» читаем: «Каждому ребенку присуща подвижность как телесная, так и психическая, т.е. мыслей, желаний, стремлений. Это его психофизическое свойство мы признаем нормальным, желательным, крайне симпатичным. Странное впечатление производит ребенок вялый, малоподвижный, апатичный. С другой стороны, чрезмерная жажда движения и деятельности (болезненно выраженная активность), доведенная до неестественных пределов, также привлекает наше внимание. Мы тогда отмечаем, что ребенок постоянно находится в движении, не может сидеть спокойно ни одной минуты, ерзает на месте, болтает руками и ногами, смотрит по сторонам, смеется, забавляется, вечно о чем-то болтает, на замечания не обращает внимания. Самое мимолетное явление ускользает от его уха и глаза: он всё видит, всё слышит, но поверхностно… В школе такая болезненная подвижность создает большие затруднения: ребенок невнимателен, много шалит, много болтает, без конца смеется над каждым пустяком. Он безмерно рассеянный. Не может или с величайшим трудом доводит начатое дело до конца. У такого ребенка нет тормозов, нет должного самоконтроля. Все это вызывается ненормальной мышечной подвижностью, болезненной умственной, а также общепсихической активностью. Эта психомоторная повышенная активность находит затем свое крайнее выражение в психической болезни, называемой маниакально-депрессивным психозом» [21, с. 32].

По нашему мнению, описанный феномен Кащенко относил к «недостаткам характера, обусловленным преимущественно активно-волевыми элементами», выделяя также в качестве самостоятельных недостатков отсутствие определенной цели, рассеянность, импульсивность поступков. Признавая болезненную обусловленность этих явлений, он предлагал в основном педагогические способы их управления – от специально организованных физических упражнений до рационального дозирования учебной информации, подлежащей усвоению. С рекомендациями Кащенко трудно спорить, однако их расплывчатость и обобщенность вызывают сомнения в их практической пользе. «Необходимо научить ребенка желать и приводить в исполнение свои желания, настаивать на них, словом, осуществлять их. Для этого полезно давать ему задачи разной трудности. Эти задачи в течение долгого времени должны быть доступны ребенку и усложняться лишь по мере развития его сил» [21]. Это бесспорно, но едва ли достаточно. Совершенно очевидно, что на таком уровне решать проблему не удается.

С годами бессилие педагогических методов коррекции гиперактивности становилось все более очевидным. Ведь явно или неявно эти методы опирались на старое представление об изъянах воспитания как источнике данной проблемы, тогда как ее психопатологическая природа требовала иного подхода. Опыт свидетельствовал, что школьную неуспеваемость гиперактивных детей несправедливо относить на счет их умственной неполноценности, а их недисциплинированность невозможно скорректировать сугубо дисциплинарными методами. Источники гиперактивности следовало искать в нарушениях нервной системы и в соответствии с этим планировать коррекционные мероприятия.

Исследования в этой области привели ученых к выводу, что в данном случае причиной нарушений поведения выступает дисбаланс процессов возбуждения и торможения в нервной системе. Был локализован и «участок-ответственности» за данную проблему – ретикулярная формация. Этот отдел центральной нервной системы «отвечает» за человеческую энергию, двигательную активность и выраженность эмоций, воздействуя на кору больших полушарий и другие вышележащие структуры. Вследствие различных органических нарушений ретикулярная формация может находиться в перевозбужденном состоянии, и поэтому ребенок становится расторможен.

Непосредственной причиной нарушения называли минимальную мозговую дисфункцию, т.е. множество микроповреждений мозговых структур (возникающих вследствие родовой травмы, асфиксии новорожденных и множества подобных причин). При этом грубые очаговые повреждения мозга отсутствуют. В зависимости от степени поражения ретикулярной формации и нарушений со стороны близлежащих отделов мозга возникают более или менее выраженные проявления двигательной расторможенности. Именно на моторном компоненте этого нарушения и сосредоточили внимание отечественные исследователи, назвав его гипердинамическим синдромом [21].

В зарубежной науке, преимущественно американской, особое внимание было уделено также когнитивному компоненту – нарушениям внимания. Был выделен особый синдром – дефицит внимания с гиперактивностью (СДВГ). Многолетнее изучение этого синдрома позволило выявить его чрезвычайно широкую распространенность (по некоторым сведениям им страдают от 2 до 9,5% детей школьного возраста во всем мире), а также уточнить данные о причинах его возникновения [19].

Разные авторы пытались связать детскую гиперактивность со специфическими морфологическими изменениями. Начиная с 1970‑х гг. особый интерес исследователей привлекают ретикулярная формация и лимбическая система. Современные теории в качестве области анатомического дефекта при СДВГ рассматривают лобную долю и прежде всего – префронтальную область [19].

Представления о вовлечении лобной доли при СДВГ основываются на сходстве клинических симптомов, наблюдающихся при СДВГ и у больных с поражением лобной доли. У пациентов обеих групп отмечаются выраженная изменчивость и нарушенная регуляция поведения, отвлекаемость, слабость активного внимания, двигательная расторможенность, повышенная возбудимость и отсутствие контроля импульсов [20].

Определяющую роль в формировании современной концепции СДВГ сыграли работы канадской исследовательницы когнитивистской ориентации В. Дуглас, впервые в 1972 г. рассмотревшей дефицит внимания с аномально коротким периодом его удерживания на каком-либо объекте или действии в качестве первичного дефекта при СДВГ. При уточнении ключевых характеристик СДВГ Дуглас в своих последующих работах наряду с такими типичными проявлениями этого синдрома, как дефицит внимания, импульсивность моторных и вербальных реакций и гиперактивность., отметила необходимость существенно большего, чем в норме, подкрепления для выработки поведенческих навыков у детей с СДВГ. Одной из первых она пришла к выводу о том, что СДВГ обусловливается общими нарушениями процессов самоконтроля и торможения на высшем уровне реакции психической деятельности, но отнюдь не элементарными расстройствами восприятия, внимания и двигательных реакций. Работы Дуглас и послужили основанием для введения в 1980 г. в классификации Американской психиатрической ассоциации и затем в классификации МКБ‑10 (1994) диагностического термина «синдром дефицита внимания с гиперактивностью». Согласно самой современной теории, дисфункция лобных структур может быть обусловлена нарушениями на уровне нейромедиаторных систем. Становится всё более очевидно, что основные изыскания в данной области относятся к компетенции нейрофизиологии и нейропсихологии. Это, в свою очередь, диктует и соответствующую специфику коррекционных мероприятий, которые и по сей день, увы, остаются недостаточно эффективными [27].

**2. Этиология, механизмы развития СДВГ. Клинические признаки СДВГ. Психологические особенности детей с СДВГ. Лечение и коррекция СДВГ**

**2.1 Этиология СДВГ**

Накопленный исследователями опыт говорит не только об отсутствии единого названия для данного патологического синдрома, но и об отсутствии единого мнения о факторах, ведущих к возникновению синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Анализ доступных источников информации позволяет выделить ряд причин возникновения синдрома СДВГ. Однако значимость каждого из названных факторов риска еще изучена недостаточно и требует уточнения.

Возникновение СДВГ может быть обусловлено воздействием различных этиологических факторов в период развития мозга до 6 лет. Незрелый, развивающийся организм наиболее чувствителен к вредным воздействиям и менее всего способен противостоять им.

Многие авторы (Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всеволожская Н.М., 1980; Вельтищев Ю.Е., 1995; Халецкая О.В., 1998) наиболее критическим периодом считают поздние стадии беременности и родов. M. Haddres – Algra, H.J. Huisjes и B.C. Touwen (1988) все факторы, вызывающие повреждение мозга у детей, разделили на биологические (наследственные и перинатальные), действующие до родов, в момент родов и после родов, и социальные, обусловленные влиянием непосредственного окружения. Данные исследования подтверждают относительное различие влияния биологических и социальных факторов: с раннего возраста (до двух лет) большее значение имеют биологические факторы повреждения мозга – первичный дефект (Выготский Л.С.). В более позднем (от 2 до 6 лет) – социальные факторы – вторичный дефект (Выготский Л.С.), причем при сочетании тех и других риск возникновения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью значительно повышается [27].

Большое число работ посвящено исследованиям, доказывающим возникновение синдрома дефицита внимания с гиперактивностью вследствие небольшого повреждения мозга на ранних этапах развития, т.е. в пре- и интранатальный периоды [29].

Ю.И. Барашнев (1994) и Е.М. Белоусова (1994) считают первичными в заболевании «мелкие» нарушения или травмы мозговой ткани в пренатальный, перинатальный и реже постнатальный периоды. Учитывая высокий процент недоношенных детей и рост числа внутриутробных инфекций, а также то, что в России в большинстве случаев роды протекают с травмами, число детей с энцефалопатиями после родов велико [38].

Особое место среди неврологических заболеваний у детей занимают пренатальные и интранатальные поражения. В настоящее время частота перинатальной патологии составляет в популяции 15–25% и продолжает неуклонно расти [29].

О.И. Маслова (1992) приводит данные о неодинаковой частоте отдельных синдромов при характеристике структуры органических поражений нервной системы у детей. Данные нарушения распределились следующим образом: в виде нарушений моторики – 84,8%, нарушений психики – 68,8%, нарушений речи – 69,2% и судорожных приступов – 29,6%. Длительная реабилитация детей с органическими поражениями нервной системы в первые годы жизни в 50,5% случаях уменьшает степень тяжести нарушений моторики, развития речи и психики в целом.

Считается, что возникновению СДВГ способствуют асфиксия новорожденных, угроза прерывания беременности, анемия беременных, переношенность, употребление матерью во время беременности алкоголя и лекарственных препаратов и курение. Психологическое катамнестическое исследование детей, перенесших гипоксию, выявило снижение способности к обучению у 67%, снижение развития моторики – у 38% детей, отклонения в эмоциональном развитии – у 58%. Разговорная активность была снижена у 32,8%, а в 36,2% случаях у детей были отклонения в артикуляции [3].

Недоношенность, морфо-функциональная незрелость, гипоксическая энцефалопатия, физические и эмоциональные травмы матери во время беременности, преждевременные роды, а также недостаточный вес ребенка обусловливают риск появления поведенческих проблем, трудностей в обучении и нарушения эмоционального состояния, повышенная активность.

Исследованиями Заваденко Н.Н., 2000; Мамедалиевой Н.М., Елизаровой И.П., Разумовской И.Н. в 1990 году установлено, что нервно-психическое развитие детей, родившихся с недостаточной массой тела, значительно чаше сопровождается различными отклонениями: задержкой психомоторного и речевого развития и судорожным синдромом [19].

Результаты исследований свидетельствуют, что интенсивное медико-психолого-педагогическое воздействие в возрасте до 3‑х лет приводит к повышению уровня когнитивного развития и снижению риска развития поведенческих расстройств. Эти данные доказывают, что явные неврологические нарушения в период новорожденности и факторы, зафиксированные в интранатальный период, имеют прогностическое значение в процессе развития СДВГ в старшем возрасте [30].

Большой вклад в исследование проблемы внесли работы, выдвигающие предположение о роли генетических факторов в возникновении СДВГ, доказательством которой явилось существование семейных форм СДВГ [8, 34].

В подтверждение генетической этиологии синдрома СДВГ можно привести катамнестические наблюдения Е.Л. Григоренко (1996). По мнению автора, гиперактивность является врожденной характеристикой наравне с темпераментом, биохимическими параметрами, низкой реактивностью центральной нервной системы. Низкую возбудимость центральной нервной системы Е.Л. Григоренко объясняет нарушением в ретикулярной формации ствола мозга, ингибиторов коры мозга, которое вызывает двигательное беспокойство. Фактом, доказывающим генетическую предрасположенность СДВГ, стало наличие симптоматики в детстве у родителей детей, страдающих данным заболеванием [13].

Поиск генов предрасположенности к СДВГ осуществили М. Dеkkeг еt al. (2000) в генетически изолированной популяции в Нидерландах, которая была основана 300 лет назад (150 человек) и в настоящий момент включает 20 тысяч человек. В этой популяции обнаружили 60 больных с СДВГ, родословные многих из них были прослежены до пятнадцатого колена и сводились к общему предку.

Исследования J. Stevenson (1992) доказывают, что наследуемость синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у 91 пары однояйцевых и 105 пар двуяйцевых близнецов составляет 0,76% [27].

В работах канадских ученых (Ваrr С.L., 2000) говорится о влияний гена SNАР‑25 на возникновение повышенной активности и недостатка внимания у больных. Проведенный анализ структуры гена SNАР‑25, кодирующего белок синаптосом в 97 ядерных семьях с повышенной активностью и недостатком внимания показал ассоциацию некоторых полиморфных сайтов в гене SNАР‑25 с риском развития СДВГ.

В развитии СДВГ наблюдаются также половозрастные различия. По данным В.Р. Кучмы, И.П. Брязгунова (1994) и В.Р. Кучмы и А Г. Платонова, (1997) среди мальчиков 7–12 лет признаки синдрома встречаются в 2–3 раза чаще, чем среди девочек. По их мнению, высокая частота симптомов заболевания у мальчиков может быть обусловлена более высокой уязвимостью плода мужского пола по отношению к патогенетическим воздействиям во время беременности и родов. У девочек большие полушария головного мозга менее специализированы, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных функций при поражении центральной нервной системы по сравнению с мальчиками [8].

Наряду с биологическими факторами риска СДВГ анализируются социальные факторы, например, педагогическая запущенность, ведущая к СДВГ. Психологи И. Лангмейер и 3. Матейчик (1984) среди социальных факторов неблагополучия различают, с одной стороны, депривацию – преимущественно сенсорную и когнитивную, с другой – социальную и когнитивную. К неблагоприятным социальным факторам они относят недостаточное образование родителей, неполную семью, депривацию или деформацию материнского ухода [5].

J.V. Нunt, В. А Соорег (1988) доказывают, что степень выраженности двигательных и визуально-двигательных нарушений, отклонений в развитии речи и познавательной деятельности в развитии детей зависит от образования родителей, а частота подобных отклонений – от наличия заболеваний в период новорожденности [5].

О.В. Ефименко (1991) большое значение в возникновении СДВГ придает условиям развития ребенка в младенческом и дошкольном возрасте. Дети, воспитанные в детских домах или в атмосфере конфликтных и холодных взаимоотношений между родителями, чаще подвержены невротическим срывам, чем дети из семей с доброжелательной атмосферой. Число детей с дисгармоничным и резко дисгармоничным развитием среди воспитанников детских домов в 1,7 раза больше, чем число аналогичных детей из семей. Также считается, что возникновению СДВГ способствует деликвентное поведение родителей – алкоголизм и курение. 3. Тржесоглава показал, что у 15% детей с СДВГ родители страдали хроническим алкоголизмом [17, 34].

Таким образом, на современном этапе разрабатываемые исследователями подходы к изучению этиологии и патогенеза СДВГ в большинстве своем затрагивают лишь отдельные аспекты проблемы. Рассматриваются три основные группы факторов, детерминирующих развитие СДВГ: раннее повреждение ЦНС, связанное с негативным влиянием на развивающийся мозг различных форм патологии течения беременности и родов, генетические факторы и социальные факторы.

Исследователи еще не располагают убедительными доказательствами приоритета физиологических, биологических или социальных факторов при формировании подобных изменений высших отделов мозга, являющихся основой синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Кроме вышеперечисленных причин имеются и некоторые другие точки зрения на природу данного заболевания. В частности, предполагается, что особенности питания и наличие искусственных пищевых добавок в продуктах также могут влиять на поведение ребёнка [7].

Эта проблема стала актуальной в нашей стране в связи со значительным импортом пищевых продуктов, в том числе и детского питания, не прошедших должную сертификацию. Известно, что большинство из них содержат различные консерванты и пищевые добавки.

За рубежом гипотеза о возможной связи между пищевыми добавками и гиперактивностью была популярна в середине 70‑х гг. Сообщение доктора В.F. Feingolda (1975) из Сан-Франциско о том, что у 35–50% гиперактивных детей наблюдалось значительное улучшение поведения после исключения из их диеты продуктов, содержащих пищевые добавки, вызвало настоящую сенсацию. Однако последующие исследования не подтвердили эти данные [7].

Какое-то время «под подозрением» находился и рафинированный сахар. Но тщательные исследования не подтвердили эти «обвинения». В настоящее время учёные пришли к окончательному заключению, что роль пищевых добавок и сахара в происхождении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью преувеличена.

Тем не менее, если родители заподозрили какую-либо связь между изменением в поведении ребенка и употреблением определённого продукта питания, то его можно исключить из рациона.

В печати появились сведения, что исключение из рациона продуктов, содержащих большое количество салицилатов снижает гиперактивность ребёнка.

Салицилаты находятся в коре, листьях растений и деревьев (маслины, жасмин, кофе и др.), а в малых количествах – во фруктах (апельсины, земляника, яблоки, слива, вишня, малина, виноград). Однако эти сведения также нуждаются в тщательной проверке.

Можно предположить, что экологическое неблагополучие, которое сейчас переживают все страны, вносит определённый вклад в рост количества нервно-психических заболеваний, в том числе и СДВГ. Например, диоксины – сверхъядовитые вещества, возникающие при производстве, обработке и сжигании хлорированных углеводородов. Они часто применяются в промышленности и домашнем хозяйстве и могут приводить к канцерогенному и психотропному действию, а также тяжёлым врождённым аномалиям у детей. Загрязнение окружающей среды солями тяжёлых металлов, таких, как молибден, кадмий, ведёт 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. Известно, что содержание свинца в атмосфере в настоящее время в 2000 раз выше, чем во время индустриальной революции [7].

Можно привести ещё много факторов, которые могут являться потенциальными причинами расстройства. Обычно при диагностике выявляется целая группа возможных причин, т.е. природа этого заболевания носит комбинированный характер.

Таким образом, многолетний опыт авторов показывает, что в большинстве случаев причиной заболевания является наследственная предрасположенность, отягощённая неблагоприятным акушерским анамнезом.

**2.2 Механизмы развития СДВГ**

В связи с разнообразием причин заболевания существует целый ряд концепций, описывающих предполагаемые механизмы его развития.

Сторонники генетической концепции предполагают наличие врождённой неполноценности функциональных систем мозга, отвечающих за внимание и моторный контроль, в частности в области фронтальной коры и базальных ганглий. Роль нейромедиатора в этих структурах выполняет дофамин. В результате молекулярных генетических исследований у детей с выраженной гиперактивностью и нарушениями внимания были выявлены аномалии в структуре генов дофаминового рецептора и дофаминового транспортёра [7].

Однако чётких экспериментальных доказательств для объяснения механизма развития (патогенеза) синдрома с позиций молекулярной генетики пока недостаточно.

Кроме генетической выделяют также нейропсихологическую теорию. У детей с синдромом отмечают отклонения в развитии высших психических функций, отвечающих за моторный контроль, саморегуляцию, внутреннюю речь, внимание и оперативную память. Нарушение этих «исполнительных» функций, отвечающих за организацию деятельности, может приводить к развитию синдрома дефицита внимания с гиперактивностью – так считает R.А. Вагк1еу (1990) в своей унифицированной теории СДВГ [5].

В результате проведённых нейрофизиологических исследований – ядерного магнитного резонанса, позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии – учёные выявили у этих детей отклонения в развитии фронтальных отделов коры, а также базальных ганглий и мозжечка. Предполагается, что эти нарушения приводят к задержке созревания функциональных систем мозга, ответственных за моторный контроль, саморегуляцию поведения и внимание [5].

Одна из последних гипотез происхождения заболевания – нарушение метаболизма дофамина и норадреналина, выполняющих роль нейромедиаторов центральной нервной системы.

Эти соединения влияют на деятельность основных центров высшей нервной деятельности: центр контроля и торможения двигательной и эмоциональной активности, центр программирования деятельности, системы внимания и оперативной памяти. Кроме того, эти нейромедиаторы выполняют функции положительной стимуляции и участвуют в формировании стресс-реакции.

Таким образом, дофамин и норадреналин участвуют в модуляции основных высших психических функций, что обуславливает возникновение различных нервно-психических расстройств при нарушении их обмена.

Непосредственные измерения дофамина и его метаболитов в спинномозговой жидкости выявили снижение их содержания у больных с синдромом. Содержание норадреналина, наоборот, было повышено [5].

Исследования авторов также показали нарушение обмена дофамина у гиперактивных детей.

Помимо прямых биохимических измерений доказательством истинности нейрохимической гипотезы служит благоприятный эффект при лечении больных детей психостимуляторами, которые, в частности, влияют на высвобождение дофамина и норадреналина из нервных окончаний.

Существуют и другие гипотезы, описывающие механизмы СДВГ: концепция диффузной церебральной дизрегуляции О.В. Халецкой и В.М. Трошина, генераторная теория Г.Н. Крыжановского (1997), теория задержки нейроразвития 3. Тржесоглавы. Но окончательного ответа на вопрос о патогенезе заболевания пока не найдено [34, 35].

**2.3 Клинические признаки СДВГ**

Большинство исследователей отмечают три основных блока проявления СДВГ: гиперактивность, нарушения внимания, импульсивность [36, 20].
 Признаки синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) можно обнаружить у детей самого раннего возраста. Буквально с первых дней жизни у ребёнка может быть повышен мышечный тонус. Такие дети изо всех сил стараются освободиться от пелёнок и плохо успокаиваются, если их пытаются туго запеленать или даже надеть стягивающую одежду. Они могут с раннего детства страдать частыми неоднократными, немотивированными рвотами. Не срыгиваниями, характерными в младенчестве, а именно рвотами, когда всё, что съел, – тут же обратно фонтанчиком. Такие спазмы – признак расстройства нервной системы. (И здесь важно не спутать их с пилоростенозом[[1]](#footnote-1)).

Гиперактивные дети на протяжении всего первого года жизни плохо и мало спят, особенно ночью. Тяжело засыпают, легко возбуждаются, громко плачут. Они чрезвычайно чувствительны ко всем внешним раздражителям: свету, шуму, духоте, жаре, холоду и т.д. Чуть постарше, в два-четыре года, у них появляется диспраксия, так называемая неуклюжесть, более отчетливо заметна неспособность сосредоточиться на каком-нибудь, даже интересном для него, предмете или явлении: бросает игрушки, не может спокойно дослушать сказку, досмотреть мультик [7].

Но наиболее заметными гиперактивность и проблемы со вниманием становятся к моменту, когда ребёнок попадает в детский сад, и принимают совсем угрожающий характер в начальной школе.

Любой психический процесс может быть полноценно развит только при условии сформированности внимания. Л.С. Выготский писал, что направленное внимание играет огромную роль для процессов абстракции, мышления, мотивации, направленной активности [12].

Понятие **«гиперактивность»**включает в себя следующие признаки:

* Ребёнок суетлив, никогда не сидит спокойно. Часто можно видеть, как он беспричинно двигает кистями рук, стопами, елозит на стуле, постоянно оборачивается.
* Ребёнок не в состоянии долго усидеть на месте, вскакивает без разрешения, ходит по классу и т.п.
* Двигательная активность ребёнка, как правило, не имеет определённой цели. Он просто так бегает, крутится, карабкается, пытается куда-то залезть, хотя порой это бывает далеко не безопасно.
* Ребёнок не может играть в тихие игры, отдыхать, сидеть тихо и спокойно, заниматься чем-то определённым.
* Ребёнок всегда нацелен на движение.
* Часто бывает болтливым [8].

Понятие **«невнимательность»** складывается из следующих признаков:

* Обычно ребенок не способен удерживать (сосредоточивать) внимание на деталях, из-за чего он допускает ошибки при выполнении любых заданий (в школе, детском саду).
* Ребенок не в состоянии вслушиваться в обращённую к нему речь, из-за чего складывается впечатление, что он вообще игнорирует слова и замечания окружающих.
* Ребенок не умеет доводить выполняемую работу до конца. Часто кажется, что он, таким образом, высказывает свой протест, потому что ему не нравится эта работа. Но дело все в том, что ребенок просто не в состоянии усвоить правила работы, предлагаемые ему инструкцией, и придерживаться их.
* Ребенок испытывает огромные трудности в процессе организации собственной деятельности (не важно – построить ли дом из кубиков или написать школьное сочинение).
* Ребенок избегает заданий, которые требуют длительного умственного напряжения.
* Ребенок часто теряет свои вещи, предметы, необходимые в школе и дома: в детском саду никогда не может найти свою шапку, в классе – ручку или дневник, хотя предварительно мама все собрала и сложила в одном месте.
* Ребенок легко отвлекается на посторонние стимулы.

Для того чтобы поставить ребенку диагноз «невнимательность», у него должно присутствовать как минимум шесть из перечисленных признаков, которые сохраняются, по меньшей мере, шесть месяцев и выражены постоянно, что не позволяет ребенку адаптироваться в нормальной возрастной среде [8].

**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, ждать, часто повышают голос, эмоционально лабильны (часто меняется настроение).

Понятие **«импульсивность»** включает в себя следующие признаки:

* Ребёнок часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не дослушав их до конца, порой просто выкрикивает ответы.
* Ребёнок с трудом дожидается своей очереди, независимо от ситуации и обстановки.
* Ребёнок обычно мешает другим, вмешивается в разговоры, игры, пристает к окружающим.

Говорить о гиперактивности и импульсивности можно только в том случае, если из перечисленных выше признаков присутствуют как минимум шесть и сохраняются они не менее шести месяцев [8].

К подростковому возрасту, повышенная двигательная активность в большинстве случаев исчезает, а импульсивность и дефицит внимания сохраняются. По результатам исследования Н.Н. Заваденко поведенческие нарушения сохраняются почти у 70% подростков и 50% взрослых, имевших в детстве диагноз дефицита внимания. 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 ребёнок отвлекается и не реагирует на учителя. Затем умственная деятельность восстанавливается, и ребенок готов к работе в течение 5–15 минут. Дети с СДВГ имеют «мерцающее» сознание, могут «впадать» и «выпадать» из него, особенно при отсутствии двигательной стимуляции. При повреждении 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 ученики «сели прямо и не отвлекались». Но для таких детей эти два требования вступают в противоречие. Если их голова и тело неподвижны, снижается уровень активности мозга [20].

В результате коррекции при помощи реципрокных[[2]](#footnote-2) двигательных упражнений поврежденная ткань в вестибулярном аппарате может заменяться новой по мере того, как развиваются и миелинизируются новые нервные сети. В настоящее время установлено, что двигательная стимуляция мозолистого тела, мозжечка и вестибулярного аппарата детей с СДВГ приводит к развитию функции сознания, самоконтроля и саморегуляции.

Перечисленные нарушения приводят к возникновению трудностей в освоении чтения, письма, счета. Н.Н. Заваденко отмечает, что для 66% детей с диагнозом СДВГ характерны дислексия[[3]](#footnote-3) и дисграфия[[4]](#footnote-4), для 61% детей – признаки дискалькулии[[5]](#footnote-5). В психическом развитии наблюдаются задержки на 1,5–1,7 года [20].

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 гирперактивных детей также характерна постоянная болтовня, указывающая

на недостаток развития внутренней речи, которая должна контролировать социальное поведение.

Вместе с тем гиперактивные дети часто обладают неординарными способностями в разных областях, сообразительны и проявляют живой интерес к окружающему. Результаты многочисленных исследований показывают хороший общий интеллект таких детей, но перечисленные особенности их статуса не способствуют его развитию. Среди гиперактивных детей могут быть и одаренные. Так, Д. Эдисон 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 12–15 лет. Это обусловлено динамикой развития высшей нервной деятельности. Возраст 5,5–7 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 интеллектуального 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 отношениях к учебе.

По современным научным 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.

По выраженности симптомов врачи классифицируют заболевание на три группы: лёгкую, среднюю и тяжёлую. При лёгкой форме симптомы, наличие которых необходимо для постановки диагноза, выражены в минимальной степени, не наблюдается нарушений в школьной и социальной жизни. При тяжёлой форме заболевания выявляется множество симптомов в значительной степени выраженности, имеются серьёзные учебные трудности, проблемы в социальной жизни. Средняя степень – это симптоматика между лёгкой и тяжёлой формами заболевания [6].

Таким образом, синдром гиперактивности нередко включает в себя церебрастенические, неврозоподобные, интеллектуально-мнестические нарушения, а также такие психопатоподобные проявления, как повышенная двигательная активность, импульсивность, дефицит внимания, агрессивность.

**2.4 Психологические особенности детей с СДВГ**

Отставание биологического созревания ЦНС у детей с СДВГ и, как следствие, высших мозговых функций (преимущественно регулятивного компонента), не позволяет ребенку адаптироваться к новым условиям существования и нормально переносить интеллектуальные нагрузки [31, 38].

О.В. Халецкая (1999) проанализировала состояние высших мозговых функций у здоровых и больных детей с СДВГ в возрасте 5–7 лет и пришла к выводу, что выраженных различий у них не наблюдается. В 6–7-летнем возрасте различия особенно ярко выражены по таким функциям, как слухо-моторная координация и речь, поэтому целесообразно с 5-летнего возраста проводить динамическое нейропсихологическое наблюдение за детьми с СДВГ, используя индивидуальные восстановительные методики. Это позволит преодолеть задержку созревания высших мозговых функций у данной группы детей и предотвратить формирование и развитие дезадаптационного школьного синдрома [35].

Наблюдается несоответствие между реальным уровнем развития и той успеваемостью, которую можно ожидать, исходя из коэффициента интеллекта. Довольно часто гиперактивные дети сообразительны и быстро «схватывают» информацию, обладают неординарными способностями. Среди детей с СДВГ встречаются действительно талантливые дети, но и случаи задержек психическою развития у данной категории детей не являются редкостью. Самое существенное состоит в том, что интеллект детей сохраняется, но черты, характеризующие СДВГ – беспокойство, неусидчивость, множество лишних движений, недостаточная целенаправленность, импульсивность поступков и повышенная возбудимость, часто сочетаются с трудностями в приобретении учебных навыков (чтение, счет, письмо). Это ведет к выраженной школьной дезадаптации [24, 26].

Выраженные нарушения в сфере познавательных процессов связаны с расстройствами слухового гнозиса. Изменения слухового гнозиса проявляются в неспособности правильно оценить звуковые комплексы, состояшие из серии последовательных звуков, невозможностью их воспроизвести и недостатками зрительного восприятия, трудностями в образовании понятий, инфантильностью и неконкретностью мышления, на которые постоянное влияние оказывают сиюминутные импульсы. Моторная дискордантность связана со слабой координацией «глаза-руки» и отрицательно сказывается на способности легко и правильно писать [16].

Исследования Л.А. Ясюковой (2000) показывают специфику интеллектуальной деятельности ребенка с СДВГ, состоящей из цикличности: произвольная продуктивная работа не превышает 5–15 минут, по истечении которых дети теряют контроль над умственной активностью далее, в течение 3–7 минут мозг накапливает энергию и силы для следующего рабочего цикла [39].

Нужно отметить, что утомление обладает двойным биологическим действием: с одной стороны, оно является защитной охранительной реакцией от чрезвычайного истощения организма, с другой – утомление стимулирует восстановительные процессы, раздвигает границы функциональных возможностей. Чем дольше ребенок работает, тем короче
становятся продуктивные периоды и длительнее время отдыха – пока не наступает полное истощение. Тогда для восстановления умственной работоспособности бывает необходим сон. В период «отдыха» мозга ребёнок перестает понимать, осмысливать и перерабатывать поступающую информацию. Она нигде не фиксируется и не задерживается, поэтому
ребёнок не помнит, что он в это время делал, не замечает, что были какие-то перерывы в его работе.

Умственная утомляемость больше свойственна девочкам, а у мальчиков она проявляется к 7 годам. У девочек также снижен уровень словесно-логического мышления [19, 35, 39].

Память у детей с СДВГ может быть в норме, но из-за исключительной неустойчивости внимания наблюдаются «пробелы в хорошо усвоенном» материале [39].

Расстройства кратковременной памяти могут обнаруживаться в уменьшении объема запоминания, повышенной тормозимости посторонними раздражителями, замедленном запоминании. При этом усиление мотивации или организация материала даёт компенсаторный эффект, что свидетельствует о сохранности корковой функции в отношении памяти [35].

В этом возрасте начинают обращать на себя внимание нарушения речи. Следует отметить, что максимальная выраженность СДВГ совпадает с критическими периодами психоречевого развития у детей [25].

В случае если регулирующая функция речи нарушена, речь взрослого мало корригирует деятельность ребенка. Это приводит к затруднениям в последовательном выполнении тех или иных интеллектуальных операций. Ребенок не замечает своих ошибок, забывает конечную задачу, легко переключается на побочные или несуществующие раздражители, не может остановить побочные ассоциации [25].

Особенно частыми у детей с СДВГ бывают такие речевые нарушения, как задержка развития речи, недостаточность моторной функции артикуляционного аппарата, излишне замедленная речь, или, наоборот, взрывчатость, нарушения голоса и речевого дыхания. Все эти нарушения обусловливают ущербность звукопроизносительной стороны речи, её фонации, ограниченность словаря и синтаксиса, недостаточность семантики [7].

Отмечаются и другие нарушения, например, заикание. Заикание не имеет четких возрастных тенденций, однако, чаще всего наблюдается в 5 и 7 лет. Заикание более свойственно мальчикам и возникает у них гораздо раньше, чем у девочек, и одинаково присутствует во всех возрастных группах. Помимо заикания авторы выделяют и болтливость данной категории детей [3, 8, 28].

Повышенная переключаемость с одной деятельности на другую происходит непроизвольно, без настройки на деятельность и последующего контроля. Ребёнок отвлекается на незначительные звуковые и зрительные стимулы, которые другими сверстниками игнорируются [27].

Тенденция к ярко выраженному снижению внимания наблюдается в непривычных ситуациях, особенно когда необходимо действовать самостоятельно. Дети не проявляют упорства ни во время занятий, ни в играх, не могут досмотреть до конца любимую телепередачу. Переключение внимания при этом отсутствует, поэтому быстро сменяющие друг друга виды деятельности осуществляются редуцированно, некачественно и фрагментарно, однако, при указании на ошибки дети стараются их исправить [7].

Нарушение внимания у девочек достигает максимальной выраженности к 6 годам и становится ведущим нарушением в этом возрастном периоде [35].

Основные проявления гипервозбудимости наблюдаются в различных формах двигательной расторможенности, которая бесцельна, ничем не мотивирована, бесситуативна и обычно не управляема ни взрослыми, ни сверстниками [35, 38].

Такая повышенная двигательная активность, переходящая в двигательную расторможенность, является одним из множества симптомов, сопровождающих нарушения развития ребёнка. Целенаправленное моторное поведение менее активно, чем у здоровых детей того же возраста [16, 39].

В области двигательных способностей обнаруживаются координаторные нарушения. Результаты исследований показывают, что двигательные проблемы возникают уже в дошкольном возрасте. Кроме того, отмечаются общие затруднения в восприятии, что отражается на умственных способностях детей, а, следовательно, и на качестве обучения. Наиболее часто страдают тонкая моторика, сенсомоторная координация и ловкость движений рук. Трудности, связанные с удержанием равновесия (при стоянии, катании на коньках, роликах, двухколесном велосипеде), нарушения зрительно-пространственной координации (неспособность к спортивным играм особенно с мячом) – причины моторной неловкости и повышенного риска травматизма [34].

Импульсивность проявляется в неряшливом выполнении задании (несмотря на усилие, все делать правильно), в несдержанности в словах, поступках и действиях, (например, выкрикивание с места во время занятия, неспособность дождаться своей очереди в играх или другой деятельности), в неумении проигрывать, излишней настойчивости в отстаивании своих интересов (невзирая на требования взрослого). С возрастом проявления импульсивности меняются: чем ребенок старше, тем импульсивность более выражена и заметнее для окружающих [20, 35].

Одной из характерных особенностей детей с СДВГ являются нарушения социальной адаптации. Для этих детей типичен более низкий уровень социальной зрелости, чем обычно бывает в их возрасте. Аффективная напряженность, значительная амплитуда эмоционального переживания, трудности, возникающие в общении со сверстниками и взрослыми, приводят к тому, что у ребенка легко формируется и фиксируется негативная самооценка, враждебность к окружающим, возникают неврозоподобные и психопатологические расстройства. Эти вторичные расстройства усугубляют клиническую картину состояния, усиливают дезадаптацию и ведут к формированию негативной «Я-концепции» [16].

У детей с синдромом нарушены отношения со сверстниками и взрослыми. В психическом развитии эти дети отстают от сверстников, но стремятся руководить, ведут себя агрессивно и требовательно. Импульсивные гиперактивные дети быстро реагируют на запрет или резкое замечание, отвечают резкостью, непослушанием. Попытки сдержать их приводят к действиям по принципу «отпущенной пружины». От этого страдают не только окружающие, но и сам ребёнок, который хочет выполнить обещание, но не сдерживает его [35]. Заинтересованность игрой у таких детей быстро проходит. Дети с СДВГ любят играть в деструктивные игры, во время игры не могут сосредоточиться, конфликтуют с товарищами, несмотря на то, что любят коллектив. Амбивалентность форм поведения чаще всего проявляется в агрессивности, жестокости, плаксивости, истероидности и даже чувственной тупости. Ввиду этого у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью мало друзей, хотя эти дети экстраверты: они ищут друзей, но быстро теряют их [38].

Социальная незрелость таких детей проявляется в предпочтении построения игровых отношений с детьми младшего возраста. Сложно складываются отношения с взрослыми. Детям трудно дослушать объяснение до конца, они постоянно отвлекаются, особенно при отсутствии заинтересованности. Эти дети игнорируют как поощрение со стороны взрослых, так и наказание. Похвала не стимулирует хорошее поведение, ввиду этого поощрения должны быть очень обоснованными, иначе ребёнок будет вести себя хуже. Однако необходимо помнить, что гиперактивному ребёнку для укрепления уверенности в себе похвала и одобрение взрослого необходимы [24, 26].

Ребенок с синдромом не способен освоить свою роль и не может понять, как он должен себя вести. Такие дети ведут себя фамильярно, не учитывают конкретные обстоятельства, не могут приспособиться и принять правила поведения в конкретной ситуации [20, 39].

Повышенная возбудимость является причиной затруднений в приобретении обычных социальных навыков. Дети плохо засыпают даже при соблюдении режима, едят медленно, всё роняя и разливая, в результате чего процесс принятия пищи становится источником ежедневных конфликтов в семье [25, 34].

Гармонизация развития личности детей с СДВГ зависит от микро‑и макрокружения. Если в семье сохраняются взаимопонимание, терпение и теплое отношение к ребенку, то после излечения СДВГ все отрицательные стороны поведения исчезают. В противном случае, даже по излечении патология характера останется, а может, и усилиться [24, 26, 34].

Поведение таких детей отличается недостаточностью самоконтроля. Стремление к самостоятельным действиям («Я так хочу») оказывается более сильным мотивом, чем любые правила. Знание правил не выступает значимым мотивом собственных действий. Правило остается знаемым, но субъективно не значащим [32].

Важно подчеркнуть, что неприятие обществом гиперактивных детей приводит к развитию у них чувства отверженности, отдаляет их от коллектива, усиливает неуравновешенность, вспыльчивость и нетерпимость к неудачам. Психологическое обследование детей с синдромом у большинства из них выявляет повышенную тревожность, беспокойство, внутреннюю напряженность, чувство страха. Дети с СДВГ в большей степени, чем другие, подвержены депрессивному состоянию, легко расстраиваются из-за неудач [27].

Эмоциональное развитие ребёнка отстает от нормальных показателей данной возрастной группы. Настроение быстро меняется от приподнятого до депрессивного. Иногда возникают беспричинные приступы злости, ярости, гнева, не только по отношению к окружающим, но и к себе самому. Для ребенка характерны заниженная самооценка, низкие самоконтроль и произвольная регуляция, а также повышенный уровень тревожности [7, 24, 26, 37].

Спокойная обстановка, направления взрослых приводят к тому, что деятельность гиперактивных детей становится успешной. Эмоции оказывают исключительно сильное влияние на деятельность этих детей. Эмоции средней интенсивности могут её активизировать, однако при дальнейшем повышении эмоционального фона деятельность может быть полностью дезорганизована, а всё только что усвоенное – разрушено [5].

Таким образом, старшие дошкольники с СДВГ демонстрируют снижение произвольности собственной активности как одной из основных составляющих развития ребенка, обуславливающей снижение и незрелость формирования в развитии следующих функций: внимания, праксиса, ориентации, слабости нервной системы.

Незнание того, что у ребенка есть функциональные отклонения в работе мозговых структур, и неумение создать ему соответствующий режим обучения и жизни в целом в дошкольном возрасте порождают множество проблем в начальной школе.

**2.5 Лечение и коррекция СДВГ**

Целью терапии является уменьшение нарушений поведения и учебных трудностей. Для этого, прежде всего, необходимо изменить окружение ребёнка в семье, школе и создать благоприятные условия для коррекции симптомов расстройства и преодоления отставания в развитии высших психических функций [21].

Лечение детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью должно включать комплекс методик, или, как говорят специалисты, быть «мультимодальным». Это значит, в нём надлежит участвовать педиатру, психологу (а если такого нет, то педиатр должен обладать определёнными знаниями в о6ласти клинической психологии), педагогам и родителям. Только коллективная работа вышеназванных специалистов позволит добиться хорошего результата.

«Мультимодальное» лечение включает следующие этапы:

* + - просветительные беседы с ребёнком, родителями, учителями;
		- обучение родителей и учителей поведенческим программам;
* расширение круга общения ребёнка через посещение различных кружков и секций;
* специальное обучение в случае затруднений с учёбой;
* медикаментозная терапия;
* аутогенная тренировка и суггестивная терапия [[6]](#footnote-6) [28].

В начале лечения врач и психолог обязательно проводят просветительную работу. Родителям (желательно также классному учителю) и ребёнку обязательно разъясняют смысл предстоящего лечения.

Взрослые часто не понимают, что происходит с ребёнком, но его поведение их раздражает. Не зная о наследственной природе СДВГ, они объясняют поведение сына (дочери) «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 испробовать всё многообразие методик и выбрать наиболее эффективные при данных нарушениях. Психолог (врач) должен объяснить родителям, что улучшение состояния ребёнка зависит не только от назначаемого лечения, но в значительной мере от доброго, спокойного и последовательного отношения к нему.

Дети направляются на лечение лишь после проведения комплексного обследования.

**Медикаментозная терапия**

За рубежом медикаментозная терапия СДВГ используется более чем широко, например, в США применение лекарств является ключевым моментом лечения. Но до сих пор нет единого мнения о результативности лечения препаратами, нет и единой схемы их приема. Одни врачи считают, что назначаемые препараты приносят лишь кратковременный эффект, другие отрицают это.

При нарушениях поведения (повышенной двигательной активности, агрессии, возбудимости) чаще всего назначают психостимуляторы, реже – антидепрессанты и нейролептики [3].

Психостимуляторы стали применяться для лечения двигательной расторможенности и нарушений внимания с 1937 г. и до сих пор это самые эффективные препараты при этом заболевании: во всех возрастных группах (дети, подростки, взрослые) улучшение наблюдается в 75%. случаев. К этой группе препаратов относится метилфенидат (коммерческое название риталин), декстроамфетамин (декседрин) и пемолин (цилерт).

При их приёме 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 [3].

Высокая эффективность психостимуляторов объясняется широким спектром их нейрохимического действия, которое направлено в первую очередь на дофамин- и норадренергические системы мозга. До конца неизвестно, увеличивают или снижают эти препараты содержание дофамина и норадреналина в синаптических окончаниях. Предполагается, что они оказывают общее «раздражающее» действие на эти системы, которое и приводит к нормализации их функций. Доказана прямая корреляция между улучшением метаболизма катехоламинов и снижением симптомов СДВГ [3].

В нашей стране эти препараты пока не зарегистрированы и не используются. Других высокоэффективных медикаментозных препаратов пока не создано. Наши психоневрологи по-прежнему назначают аминалон, сиднокарб и другие нейролептики с гипертормозным действием, не улучшающим состояние этих детей. Кроме того, аминалон оказывает неблагоприятное воздействие на печень. Проведено несколько исследований по изучению влияния церебролизина и других ноотропов на симптомы СДВГ, однако в широкую практику эти препараты пока не внедрены [20].

Только врач, который знает состояние ребёнка, наличие или отсутствие тех или иных соматических заболеваний, может назначить препарат в соответствующей дозировке, и будет следить за ребёнком, выявляя возможные побочные действия препарата. А они могут наблюдаться. Среди них можно назвать потерю аппетита, бессонницу, увеличение частоты пульса и кровяного давления, лекарственную зависимость. Менее часто возникают боли в животе, головокружение, головные боли, сонливость, сухость во рту, запоры, раздражительность, эйфория, плохое настроение, беспокойство, ночные кошмары. Встречаются гиперчувствительные реакции в виде кожных сыпей, отёков. На эти признаки родители должны сразу обращать внимание и как можно быстрее сообщать лечащему врачу [20].

В начале 70-х гг. в медицинской периодической печати появились сообщения, что длительный приём метилфенидата или декстроамфетамина приводит к задержке роста ребёнка. Однако дальнейшие неоднократные исследования не подтвердили связи между отставанием в росте и действием этих препаратов. 3. Тржесоглава видит причину задержки роста не в действии стимуляторов, а в общем отставании развития этих детей, которая при своевременной коррекции может быть ликвидирована [34].

В одном из последних исследований, проведённых американскими специалистами в группе детей от 6 до 13 лет, было показано, что метилфенидат наиболее эффективен у детей младшего возраста. Поэтому авторы рекомендуют назначать этот препарат как можно раньше, с 6–7 лет [34].

Существует несколько стратегий лечения заболевания. Лекарственная терапия может проводиться непрерывно, либо используется метод «лекарственных каникул», т.е. в выходные дни и в каникулярное время лекарство не принимается.

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 ребёнка [6].

В ходе многочисленных исследований было показано, что психолого-педагогические методы позволяют достаточно успешно и более длительно корректировать нарушения поведения и трудности в учёбе, чем использование лекарств. Медикаменты назначаются не раньше 6 лет и только по индивидуальным показаниям: в тех случаях, когда нарушения когнитивных функций и отклонения в поведении ребёнка не могут быть преодолены с помощью психолого-педагогических и психотерапевтических методов коррекции [33].

Эффективное использование стимуляторов ЦНС за рубежом в течение десятилетий сделало их «магическими пилюлями», однако серьёзным недостатком остаётся кратковременность их действия. Многолетние исследования показали, что дети с синдромом, проходившие в течение нескольких лет курсы психостимуляторов, не отличались по успеваемости от больных детей, не получавших никакой терапии. И это несмотря на то, что непосредственно в ходе лечения наблюдалась отчётливая положительная динамика [5].

Кратковременность действия и побочные эффекты применения психостимуляторов привели к тому, что избыточное назначение их в 1970–1980 гг. уже в начале 90‑х сменилось индивидуальным назначением с анализом каждого конкретного случая и периодической оценкой успешности лечения [5].

В 1990 г. Американская академия педиатров выступила против одностороннего применения медикаментов при лечении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Была вынесена следующая резолюция: «Медикаментозной терапии должна предшествовать педагогическая и поведенческая коррекция…». В соответствии с этим приоритетной стала когнитивно-поведенческая терапия, а медикаменты применяются только в комплексе с психолого-педагогическими методиками [5].

**Поведенческая психотерапия**

Среди психолого-педагогических методов коррекции синдрома дефицита внимания главная роль отводится поведенческой психотерапии. За рубежом существуют центры психологической помощи, в которых проводится специальное обучение родителей, учителей и детских врачей этим методикам [34].

Ключевым моментом поведенческой программы коррекции служит изменение окружения ребёнка в школе и дома с целью создания благоприятных условий для преодоления отставания в развитии психических функций [34].

Домашняя программа коррекции включает:

• *изменение поведения взрослого и его отношения к ребёнку* (демонстрировать спокойное поведение, избегать слов «нет» и «нельзя», взаимоотношения с ребёнком строить на доверии и взаимопонимании);

• *изменение психологического микроклимата в семье* (взрослые должны меньше ссориться, больше времени уделять ребёнку, проводить досуг всей семьёй);

• *организацию режима дня и места для занятий*;

•*специальную поведенческую программу*, предусматривающую преобладание методов поддержки и вознаграждения [21].

В домашней программе преобладает поведенческий аспект, в школе же основной упор делается на когнитивную терапию, чтобы помочь детям справиться с трудностями в учёбе [21].

Школьная программа коррекции включает:

• *изменение окружения* (место ребёнка в классе – рядом с учителем, изменение режима урока с включением минуток активного отдыха, регулирование взаимоотношений с одноклассниками);

• *создание положительной мотивации, ситуаций успеха*;

• *коррекцию негативных форм поведения*, в частности немотивированной агрессии;

• *регулирование ожиданий* (касается и родителей), так как положительные изменения в поведении ребёнка проявляются не так быстро, как бы хотелось окружающим [21].

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 [26].

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 – главный залог успеха[26].

Кроме родителей и учителей большую помощь в организации программы коррекции должны оказывать врачи, психологи, социальные педагоги–те, кто может оказать профессиональную помощь в индивидуальной работе с таким ребёнком[37].

Коррекционные программы должны быть ориентированы на возраст 5–8 лет, когда компенсаторные возможности мозга велики и ещё не успел сформироваться патологический стереотип[35].

На основе литературных данных и собственных наблюдений нами были разработаны конкретные рекомендации для родителей и педагогов по работе с гиперактивными детьми (см. параграф 3.6).

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, нелегко отвечают на малейшую похвалу. Хотя способы вознаграждения и поощрения ребёнка надо постоянно менять [21].

Домашняя программа вознаграждения и поощрения включает следующие моменты:

1. Каждый день перед ребёнком ставится определённая цель, которую он должен достичь.

2. Усилия ребёнка при достижении этой цели всячески поощряются.

3. В конце дня поведение ребёнка оценивается в соответствии с достигнутыми результатами.

4. Родители периодически сообщают лечащему врачу об изменениях в поведении ребёнка.

5. При достижении значительного улучшения в поведении ребёнок получает давно обещанное вознаграждение.

Примерами поставленных целей для ребёнка могут быть: хорошее выполнение домашних заданий, помощь более слабому однокласснику в приготовлении уроков, примерное поведение, уборка в своей комнате, приготовление обеда, покупки и другие [14].

В разговоре с ребёнком и особенно, когда вы даёте ему задания, избегайте директивных указаний, поверните ситуацию таким образом, чтобы ребёнок почувствовал: он сделает полезное дело для всей семьи, ему всецело доверяют, на него надеются. При общении с сыном или дочерью избегайте постоянных одёргиваний типа «сиди спокойно» или «не болтай, когда я с тобой разговариваю» и другие неприятные для него вещи [14].

Несколько примеров поощрений и вознаграждений: разрешите ребёнку посмотреть телевизор вечером на полчаса дольше положенного времени, угостите специальным десертом, дайте возможность поучаствовать в играх вместе со взрослыми (лото, шахматы), позвольте лишний раз сходить на дискотеку, купите ту вещь, о которой он давно мечтает[14].

Если ребёнок в течение 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 [14].

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 (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» [14].

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 [20].

Считают, что лекарственная терапия в сочетании с поведенческими методиками наиболее эффективна [36].

**Специальное обучение**

Если ребёнку трудно учиться в обычном классе, то по решению медико-психолого-педагогической комиссии его переводят в специализированный класс [39].

Ребёнку с СДВГ 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 [39].

Обязательным условием обучения детей с СДВГ в коррекционных классах является создание благоприятных условий для развития: наполняемость не более 10 человек в классе, обучение по специальным программам, наличие соответствующих учебников и развивающих материалов, индивидуальные занятия с психологом, логопедом и другими специалистами. Класс желательно изолировать от внешних звуковых раздражителей, в нём должно быть минимальное количество отвлекающих и стимулирующих предметов (картин, зеркал и т.д.); ученики должны сидеть отдельно друг от друга, учащихся 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 [21].

В то же время, как показывает опыт, организовывать класс исключительно для детей с СДВГ 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 [21].

В последнее время в связи с недостаточным финансированием организация классов коррекции нерациональна. Школы не в состоянии обеспечить эти классы всем необходимым, а также выделить для работы с детьми специалистов. Поэтому существует спорная точка зрения на организацию специализированных классов для гиперактивных детей, которые имеют нормальный уровень интеллекта и лишь незначительно отстают в развитии от сверстников [27].

В то же время необходимо помнить, что отсутствие вообще какой-либо коррекции может привести к развитию хронической формы заболевания, а значит, к проблемам в жизни этих детей и окружающих [21].

Дети с синдромом требуют постоянной медико-педагогической помощи («консультативного сопровождения»). В некоторых случаях на 1–2 четверти их следует переводить в санаторное отделение, в котором наряду с обучением будут проводиться и лечебные мероприятия [3].

После лечения, средний срок которого составляет, по данным 3. Тржесоглавы, 17 – 20 месяцев, дети могут вернуться в обычные классы [34].

**Двигательная активность**

Лечение детей с СДВГ обязательно должно включать физическую реабилитацию. Это специальные упражнения, направленные на восстановление поведенческих реакций, выработку координированных движений с произвольным расслаблением скелетной и дыхательной мускулатуры [27].

Положительный эффект физических упражнений, особенно на сердечно-сосудистую и дыхательную системы организма, хорошо известен всем врачам [6].

Мышечная система отвечает увеличением работающих капилляров, при этом увеличивается снабжение тканей кислородом, в результате чего улучшается обмен веществ между мышечными клетками и капиллярами. Молочная кислота легко удаляется, поэтому предотвращается мышечная усталость [6].

Содержание гликогена в мышцах и в печени, а также энергия произведённых фосфатов увеличивается под влиянием систематической тренировки.

В дальнейшем тренировочный эффект сказывается на увеличении количества основных ферментов, воздействующих на кинетику биохимических реакций. Повышается содержание миоглобина. Он не только ответственен за хранение кислорода, но также служит как бы катализатором, повышая скорость биохимических реакций в мышечных клетках [6].

Физические упражнения можно разделить на два вида – аэробные и анаэробные. Примером первых является равномерный бег, а вторых – занятия штангой. Физические упражнения анаэробного характера увеличивают силу и массу мышц, а аэробного – улучшают сердечно-сосудистую и дыхательную системы, увеличивают выносливость [37].

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 [37].

Получены убедительные данные о том, что физические упражнения полезны при целом ряде заболеваний. Они не только могут предупреждать появление острых приступов заболевания, но и облегчают течение заболевания, делают ребёнка «практически» здоровым [37].

О пользе физических упражнений написано бесчисленное количество статей и книг. Но доказательных исследований на эту тему не так уж и много.

Чешские и российские учёные провели ряд исследований состояния сердечно-сосудистой системы у 30 больных и 17 здоровых детей [7].

Ортоклиностатическое исследование выявило более высокую лабильность вегетативной нервной системы у 65% больных детей по сравнению с контрольной группой, что даёт основание предполагать снижение ортостатической адаптации у детей с синдромом [7].

«Расбалансировка» иннервации сердечно-сосудистой системы была выявлена и при определении физической работоспособности с помощью велоэргометра. Ребёнок крутил педали в течение 6 минут при трёх видах субмаксимальной нагрузки (1–1,5 ватта/кг массы тела) с минутным перерывом перед последующей нагрузкой. Было показано, что при физической нагрузке субмаксимальной интенсивности частота сердечных сокращений у детей с синдромом более выражена по сравнению с контрольной группой. При максимальных нагрузках функциональные возможности системы кровообращения нивелировались и максимальный транспорт кислорода соответствовал уровню в контрольной группе [7].

Эти данные позволяют выработать рекомендации для занятий физической культурой детям с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

• Так как физическая работоспособность этих детей в ходе исследований практически не отличалась от уровня контрольной группы, то двигательную активность им можно назначать в таком же объёме, что и здоровым детям.

• Необходимо иметь в виду, что 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 [7].

Особое предпочтение следует отдавать длительному равномерному бегу, который благотворно влияет на психическое состояние, снимает напряжённость, улучшает самочувствие [7].

Перед тем как ребёнок начнёт заниматься физическими упражнениями, он должен пройти медицинский осмотр с целью исключения заболеваний, прежде всего, сердечнососудистой системы [37].

Давая рекомендации по рациональному двигательному режиму детям с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, 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 [37].

**Психотерапия**

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью – это заболевание не только ребёнка, но и взрослых, прежде всего матери, которая наиболее часто с ним контактирует [14].

Врачами давно подмечено, что мать такого ребёнка излишне раздражительна, импульсивна, у неё часто снижено настроение. Для доказательства того, что это не просто совпадение, а закономерность, были проведены специальные исследования, результаты которых были опубликованы в 1995 г. в журнале «Семейная медицина». Оказалось, что частота так называемой большой и малой депрессии встречается среди обычных матерей в 4–6% и 6 – 14% случаев соответственно, а среди матерей, имевших гиперактивных детей, – в 18 и 20% случаев соответственно. На основании этих данных учёные сделали вывод, что матери гиперактивных детей обязательно должны проходить психологическое обследование [14].

Часто у матерей, имеющих детей с синдромом, наблюдается астеноневротическое состояние, требующее психотерапевтического лечения [37].

Существует множество психотерапевтических методик, которые могут принести пользу, как матери, так и ребёнку. Остановимся на некоторых из них.

Визуализация

Специалистами доказано, что реакция на мысленное воспроизведение образа всегда является более сильной и устойчивой, чем на словесное обозначение этого образа. Сознательно или нет, мы постоянно создаём образы в нашем воображении [7].

Под визуализацией понимают релаксацию, мысленное слияние с воображаемым предметом, картиной или процессом. Показано, что визуализация определённого символа, картины, процесса оказывает благоприятный эффект, создаёт условия для восстановления умственного и физического равновесия [7].

Визуализацией пользуются для расслабления и вхождения в гипнотическое состояние. Также её применяют для стимуляции защитной системы организма, увеличения кровообращения в определённом участке тела, для замедления пульса и т.п. [7].

Медитация

Медитация – один из трёх основных элементов йоги. Это сознательная фиксация внимания на моменте времени. При медитации возникает состояние пассивной сосредоточенности, которое иногда называют альфа-состоянием, так как в это время мозг генерирует преимущественно альфа-волны, так же как перед засыпанием [7].

Медитация снижает активность симпатической нервной 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 уравновешивается [7].

Существует много способов медитации. О них можно прочесть в книгах, в больших количествах издаваемых в последнее время. Медитативной методике обучаются под руководством инструктора, на специальных курсах [7].

Аутогенная тренировка

Аутогенная тренировка (АТ) как самостоятельный метод психотерапии предложен Шульце в 1932 г. АТ соединяет в себе несколько методик, в частности метод визуализации.

АТ включает в себя серию упражнений, с помощью которых человек сознательно управляет функциями организма. Овладеть этой методикой можно под руководством врача [8].

Мышечное расслабление, достигаемое при АТ, влияет на функции центральной и периферической нервной системы, стимулирует резервные возможности коры мозга, повышает уровень произвольной регуляции различных систем организма [8].

Во время релаксации несколько снижается артериальное давление, замедляется частота сердечных сокращений, дыхание становится редким и поверхностным, уменьшается периферическая вазодилатация[[7]](#footnote-7) – так называемый «релаксационный ответ» [8].

Достигаемые с помощью АТ саморегуляция эмоционально-вегетативных функций, оптимизация состояния покоя и активности, повышение возможностей реализации психофизиологических резервов организма позволяют использовать этот метод в клинической практике для усиления поведенческой терапии, в частности детей с СДВГ [8].

Гиперактивные дети часто бывают напряжены, внутренне замкнуты, поэтому в программу коррекции обязательно включаются релаксационные упражнения. Это помогает им расслабиться, снижает психологический дискомфорт в незнакомых ситуациях, помогает успешнее справляться с различными заданиями [8].

Опыт показал, что использование аутогенной тренировки при СДВГ способствует снижению двигательной расторможенности, эмоциональной возбудимости, улучшает координацию в пространстве, двигательный контроль, усиливает концентрацию внимания [8].

В настоящее время существует ряд модификаций аутогенной тренировки по Шульце. В качестве примера приведём две методики – модель релаксационного тренинга для детей 4–9 лет и психомышечную тренировку для детей 8–12 лет, предложенную врачом-психотерапевтом А.В. Алексеевым [37].

Модель релаксационного тренинга – переработанная специально для детей модель АТ, используемая для взрослых. Её можно применять как в дошкольных и школьных общеобразовательных учреждениях, так и дома [7].

Если научить детей расслаблять мышцы, это поможет им снять общее напряжение.

Релаксационный тренинг можно проводить во время индивидуальной и групповой психологической работы, в спортзалах или в обычном классе. Как только дети научатся расслабляться, они смогут это делать и самостоятельно (без учителя), что повысит в целом их самоконтроль. Успешное овладение техниками релаксации (как и любой успех) может повысить и их самооценку [8].

Для обучения детей расслаблению различных групп мышц не обязательно, чтобы они знали, где и как расположены эти мышцы. Необходимо использовать детскую фантазию: включать в инструкции определённые образы так, чтобы, воспроизводя их, дети автоматически включали в работу определённые мышцы. Использование фантазийных образов помогает также привлечь и удержать интерес детей [8].

Надо отметить, что хотя дети согласны научиться расслабляться, они не хотят упражняться в этом под присмотром учителей. К счастью, некоторые группы мышц можно тренировать достаточно незаметно. Дети могут выполнять упражнения в классе и расслабляться, не привлекая внимания окружающих.

Из всех психотерапевтических методик аутогенная тренировка наиболее доступна в овладении и может применяться самостоятельно. Она не имеет противопоказаний у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Гипноз и самогипноз

Гипноз показан при ряде нервно-психических заболеваний, в том числе синдроме дефицита внимания с гиперактивностью [33].

В литературе приводится много данных об осложнениях во время эстрадных сеансов гипноза, в частности в 1981 г. Клёйнхауз и Беран описали случай девочки-подростка которая почувствовала себя «нехорошо» после сеанса массового эстрадного гипноза. Дома её язык запал в горло, и она начала задыхаться. В больнице, куда она была госпитализирована, она впала в состояние ступора, не отвечала на вопросы, не различала предметы, людей. Наблюдалась задержка мочи. Клинические и лабораторные обследования не выявили отклонений. Вызванный эстрадный гипнотизёр не смог оказать действенной помощи. В таком состоянии она находилась в течение недели [33].

Была сделана попытка ввести её в гипнотическое состояние психиатром, хорошо владеющим гипнозом. Её состояние после этого улучшилось, и она вернулась к занятиям в школе. Однако через три месяца у неё был рецидив[[8]](#footnote-8) болезни. Потребовалось 6 месяцев еженедельных сеансов, чтобы вернуть её в нормальное состояние. Следует сказать, что раньше, до эстрадного сеанса гипноза у девочки никаких нарушений не наблюдалось [33].

При проведении сеансов гипноза в условиях клиники профессиональными гипнотерапевтами таких случаев не наблюдалось [33].

Все факторы риска осложнений гипноза можно разделить на три группы: факторы риска со стороны больного, со стороны гипнотерапевта, со стороны окружающей среды [33].

Чтобы избежать осложнений со стороны больного, требуется перед гипнотерапией проводить тщательный отбор больных для проведения лечения, выяснять анамнестические данные, перенесённые заболевания, а также психическое состояние больного на момент лечения и получить его согласие на проведение сеанса гипноза. Факторы риска со стороны гипнотерапевта включают недостаток знаний, тренировки, способностей, опыта, также могут влиять и личностные особенности (алкогольная, лекарственная зависимость, различные пристрастия) [7].

Обстановка, где проводится гипноз, должна обеспечивать физический комфорт и эмоциональную поддержку больного [7].

Осложнений при сеансе можно избежать, если гипнотерапевт будет избегать всех вышеназванных факторов риска [7].

Большинство психотерапевтов считает, что все виды гипноза – это не что иное, как самогипноз. Доказано, что самогипноз благотворно воздействует на любого человека [7].

Использование метода управляемого воображения для достижения состояния самогипноза могут использовать родители ребёнка под руководством врача-гипнотерапевта. Прекрасным руководством по этой методике является книга Брайана М. Алман и Питера Т. Ламбру «Самогипноз» [7].

Мы описали множество методик, которые могут использоваться при коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Как правило, у этих детей встречаются разнообразные нарушения, поэтому в каждом случае необходимо использовать целый комплекс психотерапевтических и педагогических приёмов, а при выраженной форме заболевания и медикаментозные средства.

Необходимо подчеркнуть, что улучшение в поведении ребёнка проявится далеко не сразу, однако при постоянных занятиях и соблюдении рекомендаций усилия родителей, учителей будут вознаграждены.

**3.** Э**кспериментальное исследование психических процессов детей с СДВГ и с нормой развития**

Экспериментальная работа была нацелена на решение следующих задач:

1. Подобрать диагностический инструментарий.
2. Выявить уровень сформированности когнитивных процессов у детей с СДВГ в сравнении с нормой развития.
3. Составить рекомендации родителям и педагогам, которые помогли бы осуществить взаимопонимание между детьми с СДВГ и окружающими их людьми.

*Этапы реализации экспериментального исследования.*

1. Обследование детей с СДВГ, с целью выявления уровня сформированности когнитивных процессов.
2. Обследование детей с нормой развития, с целью выявления уровня сформированности когнитивных процессов.
3. Сравнительный анализ полученных данных.
4. Составление рекомендаций для родителей и педагогов у детей которых имеется СДВГ.

Исследование проводилось в МДОУ №204 компенсирующего вида «Звуковичок» и в МДОУ №2 «Берёзка» Тальменского района Алтайского края в период с декабря 2007 года по май 2008 года.

Экспериментальную группу составили воспитанники МДОУ №204 «Звуковичок» компенсирующего вида в составе 10 человек, в качестве контрольной группы были выбраны дети МДОУ №2 «Берёзка» р. п. Тальменка с нормой развития в составе 10 человек. Для исследования по данной теме была выбрана группа детей старшего дошкольного возраста (6–7 лет). Непосредственное обследование включало в себя несколько этапов:

1. Введение ребёнка в ситуацию обследования, установление с ним эмоционального контакта.
2. Сообщение содержания заданий, предъявление инструкций.
3. Наблюдение за ребёнком в процессе его деятельности.
4. Оформление протокола обследования и оценка результатов.

В ходе исследования нами использовались такие основные методы диагностики, как беседа, наблюдение, эксперимент, а также метод количественного и качественного анализа полученных данных.

Метод беседы использовался нами с целью установления контакта с детьми; определения того, как они понимают суть заданий и вопросов, в чём испытывают затруднения; уточнение содержания выполненных заданий, а также в собственно диагностическом аспекте.

Метод наблюдения мы использовали для того, чтобы проследить за поведением детей, их реакциями на то или иное воздействие; за тем, как они выполняют задания, как к ним относятся.

Так как у детей с СДВГ присутствует нарушение внимания, что в свою очередь сочетается с двигательной активностью, при интерпретации результатов исследования мы использовали не только количественный анализ, но и качественный анализ, руководствуясь при этом особенностями психического развития и самосознания, как нормальных детей, так и с СДВГ.

Исходя из особенностей объекта, предмета и задач нашего исследования мы использовали следующие диагностические методики.

**3.1 Методы диагностики внимания**

Следующий набор методик предназначается для изучения внимания детей с оценкой таких качеств внимания, как продуктивность, устойчивость, переключаемость и объем. В заключение обследования ребенка по всем четырем представленным здесь методикам, относящимся к вниманию, мы вывели общую, интегральную оценку уровня развития внимания дошкольника.

# Методика «Найди и вычеркни»

Выбор этой методики обусловлен тем, что задание, содержащееся в этой методике, предназначено для определения продуктивности и устойчивости внимания. Мы показывали ребенку рисунок 1.

Рисунок 1. Матрицы с фигурками к заданию «Найди и вычеркни»

На нем в случайном порядке даны изображения простых фигур: грибок, домик, ведерко, мяч, цветок, флажок. Ребенок перед началом исследования получал инструкцию следующего содержания: «Сейчас мы с тобой поиграем в такую игру: я покажу тебе картинку, на которой нарисовано много разных, знакомых тебе предметов. Когда я скажу слово «начинай», ты по строчкам этого рисунка начнешь искать и зачеркивать те предметы, которые я назову. Искать и зачеркивать названные предметы необходимо до тех пор, пока я не скажу слово «стоп». В это время ты должен остановиться и показать мне то изображение предмета, которое ты увидел последним. На этом выполнение задания завершится». В этой методике дети работали 2,5 мин.

Результаты исследования отражены в диаграмме диагностики внимания детей с СДВГ и с нормой развития (см. диаграмма 1).

# Методика «Проставь значки»

Выбор этой методики обусловлен тем, что тестовое задание в этой методике предназначено для оценки переключения и распределения внимания ребенка. Перед началом выполнения задания мы показывали ребенку рисунок 2 и объясняли, как с ним работать.

Рисунок 2. Матрица к методике «Проставь значки»

Инструкция: «Эта работа заключается в том, чтобы в каждом из квадратиков, треугольников, кружков и ромбиков ты должен проставить тот знак, который задан вверху на образце, т.е., соответственно, галочку, черту, плюс или точку».

Дети непрерывно работали, выполняя это задание в течение двух минут, а общий показатель переключения и распределения внимания каждого ребёнка определялся по формуле:

где S – показатель переключения и распределения внимания;

N – количество геометрических фигур, просмотренных и помеченных соответствующими знаками в течение двух минут;

n – количество ошибок, допущенных во время выполнения задания. Ошибками считались неправильно проставленные знаки или пропущенные, т.е. не помеченные соответствующими знаками, геометрические фигуры. Результаты исследования отражены в диаграмме диагностики внимания детей с СДВГ и с нормой развития (см. диаграмма 1).

# Методика «Запомни и расставь точки»

Выбор этой методики обусловлен тем, что с помощью данной методики оценивается объём внимания ребёнка. Для этого использовался стимульный материал, изображённый на рисунке 3.

Рисунок 3. Стимульный материал к заданию «Запомни и расставь точки»

Лист с точками предварительно разрезался на 8 малых квадратов, которые затем складывались в стопку таким образом, чтобы вверху оказался квадрат с двумя точками, а внизу – квадрат с девятью точками (все остальные идут сверху вниз по порядку с последовательно увеличивающимся на них числом точек).

Перед началом эксперимента ребенок получал следующую инструкцию:

«Сейчас мы поиграем с тобой в игру на внимание. Я буду тебе одну за другой показывать карточки, на которых нарисованы точки, а потом ты сам будешь рисовать эти точки в пустых клеточках в тех местах, где ты видел эти точки на карточках».

Далее ребенку последовательно, на 1–2 сек, показывалась каждая из восьми карточек с точками сверху вниз в стопке по очереди и после каждой очередной карточки предлагалось воспроизвести увиденные точки в пустой карточке за 15 сек. Это время давалось ребенку для того, чтобы он смог вспомнить, где находились увиденные точки, и отметить их в пустой карточке.

Результаты исследования отражены в диаграмме диагностики внимания детей с СДВГ и с нормой развития (см. диаграмма 1).

# Диаграмма 1. Диагностика внимания детей с СДВГ и с нормой развития

Таким образом, из диаграммы диагностики внимания детей с СДВГ и с нормой развития видно, что: два ребёнка с нормой развития выполнили задание на очень высокий балл; трое детей с нормой развития получили высокий балл; четверо детей с нормой развития и двое детей с СДВГ показали средние результаты; пять детей с СДВГ и один ребёнок с нормой развития показали низкие результаты и трое детей с СДВГ показали очень низкие результаты выполнения заданий. На основании проведённого исследования можно сделать выводы:

* 1. уровень количественных показателей произвольного внимания у детей с СДВГ значительно ниже, чем у детей с нормой развития;
	2. обнаружены различия в проявлении произвольного внимания у детей с СДВГ в зависимости от модальности раздражителя (зрительного, слухового, двигательного): детям с СДВГ гораздо труднее сосредоточить внимание на выполнении задания в условиях словесной, чем наглядной инструкции, в результате чего в первом случае наблюдается большее количество ошибок, связанных с грубым нарушением дифференцировок;
	3. расстройство всех свойств внимания у детей с СДВГ как важнейшего фактора организации деятельности ведёт к несформированности или значительному нарушению структуры деятельности, при этом страдают все основные звенья деятельности: а) инструкция воспринималась детьми неточно, фрагментарно; им было чрезвычайно трудно сосредоточить своё внимание на анализе условий задания и поиске возможных способов его выполнения; б) задания детьми с СДВГ выполнялись с ошибками, характер ошибок и их распределение во времени качественно отличается от нормы; в) все виды контроля своей деятельностью детей с СДВГ являются несформированными или значительно нарушенными;
	4. достоверное понижение показателей в основной группе наблюдается по тесту «Запомни и расставь точки». Низкий результат выполнения задания свидетельствует о снижении объёма кратковременной памяти, опосредованной концентрацией внимания. Полученные данные согласуются с результатами «Проставь значки», доказывающими неустойчивость концентрации внимания у детей с СДВГ;
	5. в процессе обучения детей с СДВГ элементарным приёмом овладения произвольного внимания требуется значительно большая по сравнению с нормой развития в количественном и качественном отношении помощь педагога, взрослого.

**3.2 Методы диагностики мышления**

**Методика «Что здесь лишнее?»**

***Цель:*** Оценка образно-логического мышления, уровня сформированности анализа и обобщения у ребенка.

***Ход обследования:*** Каждый раз, пытаясь определить лишний предмет в группе, ребенок должен был обязательно поочередно назвать вслух все предметы рассматриваемой группы.

***Время работы:*** длительность работы с заданием 3 минуты.

***Инструкция:*** «На каждой из этих картинок один из 4 изображенных предметов является лишним, неподходящим. Определи, какой это предмет и почему он является лишним».

Результаты исследования отражены в диаграмме диагностики мышления детей с СДВГ и с нормой развития (см. диаграмма 2).

**Методика «Классификация»**

***Цель***: выявление умения классифицировать, умения находить признаки, по которым произведена классификация.

***Текст задания***: рассмотри эти два рисунка (указываются рисунки к заданию (Рисунок 4)). На одном из этих рисунков нужно нарисовать белочку. Подумайте, на каком рисунке ты бы ее нарисовал. От белочки к этому рисунку проведи карандашом линию.

Рисунок 4. Материал к методике «Классификация»

Результаты исследования отражены в диаграмме диагностики мышления детей с СДВГ и с нормой развития (см. диаграмма 2).

Диаграмма 2. Диагностика мышления детей с СДВГ и с нормой развития

Таким образом, из диаграммы диагностики мышления детей с СДВГ и с нормой развития видно, что: восемь детей с нормой развития и двое детей с СДВГ выполнили задание на очень высокий балл; двое детей с нормой развития и шестеро детей с СДВГ получили высокий балл; один ребёнок с СДВГ показал средний результат и один ребёнок с СДВГ показал очень низкий результат выполнения заданий. На основании проведённого исследования можно сделать выводы:

1. уровень количественных показателей сформированности мышления у детей с СДВГ значительно ниже, чем у детей с нормой развития;

2) задания детьми с СДВГ выполнялись с ошибками, характер ошибок и их распределение во времени качественно отличается от нормы;

3) все виды контроля за своей деятельностью детей с СДВГ являются несформированными или значительно нарушенными;

4) анализ данных показывает, что симптомы СДВГ влияют на снижение показателей выполнения тестов по всем параметрам, но доказывает, что органических поражений интеллекта не наблюдается, т. к. результаты варьируются в пределах средних возрастных показателей;

5) в процессе обучения детей с СДВГ элементарным приёмом овладения логического мышления требуется значительно большая по сравнению с нормой развития в количественном и качественном отношении помощь педагога, взрослого.

**3.3 Методы диагностики памяти**

Методика «Выучи слова»

***Цель:*** определение динамики процесса заучивания.

***Ход:*** ребенок получал задание за несколько попыток выучить наизусть и безошибочно воспроизвести ряд, состоящий из 12 слов: дерево, кукла, вилка, цветок, телефон, стакан, птица, лампочка, картина, человек, книга.

Каждый ребенок пытался воспроизвести ряд после каждого очередного прослушивания. Мы каждый раз отмечали то количество слов, которые ребенок сумел назвать. И так поступали 6 раз. Таким образом, получили результаты шести попыток.

Результаты исследования отражены в диаграмме диагностики памяти детей с СДВГ и с нормой развития (см. диаграмма 3).

Методика «Запоминание 10 картинок»

***Цель:*** Анализируется состояние памяти (опосредованного запоминания), утомляемости, активного внимания.

Предъявлялись предметные картинки размером 10 х 15 см.

***1 набор:*** кукла, курица, ножницы, книга, бабочка, расческа, барабан, корова, автобус, груша.

***2 набор:*** стол, самолет, лопата, кошка, трамвай, диван, ключ, коза, лампа, цветок.

***Инструкция:***

1. «Я буду показывать картинки, а ты называй, что на них видишь». Через 30 секунд: «Вспомни, что ты видел?».
2. «Сейчас я покажу другие картинки. Постарайся их запомнить как можно больше, чтобы потом мне повторить».

Результаты исследования отражены в диаграмме диагностики памяти детей с СДВГ и с нормой развития (см. диаграмма 3).

# Методика «Чем залатать коврик?»

Мы использовали эту методику с целью определить, насколько ребенок в состоянии, сохраняя в кратковременной и оперативной памяти образы виденного, практически их использовать, решая наглядные задачи. В данной методике применялись картинки, представленные на рисунке 5.

Рисунок 5. Картинки к методике «Чем залатать коврик?»

Перед его показом ребенку мы говорили, что на данном рисунке изображены два коврика, а также кусочки материи, которую можно использовать для того, чтобы залатать имеющиеся на ковриках дырки, таким образом, чтобы рисунки коврика и заплаты не отличались. Для того чтобы решить задачу, из нескольких кусочков материи, представленных в нижней части рисунка, необходимо подобрать такой, который более всего подходит к рисунку коврика.

Результаты исследования отражены в диаграмме диагностики памяти детей с СДВГ и с нормой развития (см. диаграмма 3).

Диаграмма 3. Диагностика памяти детей с СДВГ и с нормой развития

Таким образом, из диаграммы диагностики памяти детей с СДВГ и с нормой развития видно, что: два ребёнка с нормой развития выполнили задание на высокий балл; семь детей с нормой развития и двое детей с СДВГ показали средние результаты; шестеро детей с СДВГ и один ребёнок с нормой развития показали низкие результаты и двое детей с СДВГ показали очень низкие результаты выполнения заданий. На основании проведённого исследования можно сделать выводы:

1) В основной группе значение показателей ниже, чем значение показателей в контрольной группе;

2) расстройства памяти различной степени выраженности наблюдаются при заучивании слов. Более половины детей с СДВГ нарушали последовательность изложения слов, путали и переставляли местами слова, производили замену слов на аналогичные или даже не подходящие по смыслу слова. Через некоторый промежуток времени около 75% детей не смогли воспроизвести заученные слова;

3) данное понижение позволяет судить о низком объёме долговременной памяти, что связано с низким уровнем регулятивного процесса, сужением объёма внимания, непроизвольной переключаемостью за счёт импульсивности и гиперактивности, отсутствием контроля за качеством выполнения деятельности и малой заинтересованностью детей с СДВГ;

4) анализ данных, приведённых в диаграмме 3, показал, что результаты по тестам в основной группе значительно – в 2 раза – ниже, чем в контрольной. При исследовании кратковременной памяти оценивалось функциональное состояние, активность внимания, истощаемость и динамика мнестической деятельности. Результаты тестов свидетельствуют о том, что непосредственное запоминание нарушено, а кратковременная память снижена.

**3.4 Методы диагностики восприятия**

**Методика «Чего не хватает на этих рисунках?»**

Суть этой методики состоит в том, что ребенку предлагалась серия рисунков, представленных на рисунке 5.

Рисунок 5. Материал к методике «Чего не хватает на этих рисунках?»

На каждой из картинок этой серии не хватает какой-то существенной детали. Ребенок получал задание: «Определи и назови отсутствующую деталь».

С помощью секундомера мы фиксировали время, затраченное ребенком на выполнение всего задания. Время работы оценивалось в баллах, которые затем служили основой для заключения об уровне развития восприятия ребенка с СГДВ и с нормой развития.

Результаты исследования отражены в диаграмме диагностики восприятия детей с СДВГ и с нормой развития (см. диаграмма 4).

# Методика «Узнай, кто это»

Прежде чем применять эту методику, мы объяснили ребенку, что ему будут показаны части, фрагменты некоторого рисунка, по которым необходимо будет определить то целое, к которому эти части относятся, т.е. по части или фрагменту восстановить целый рисунок.

Психодиагностическое обследование при помощи данной методики проводилось следующим образом. Ребенку показывали рисунок 6, на котором листком бумаги прикрыты все фрагменты, за исключением фрагмента «а». Ребенку предлагалось по данному фрагменту сказать, какому общему рисунку принадлежит изображенная деталь. На решение данной задачи отводилось 10 сек. Если за это время ребенок не сумел правильно ответить на поставленный вопрос, то на такое же время – 10 сек. – ему показывали следующий, чуть более полный рисунок «б», и так далее до тех пор, пока ребенок, наконец, не догадывался, что изображено на этом рисунке.

Рисунок 6. Картинки к методике «Узнай, кто это»

Учитывалось время, в целом затраченное ребенком на решение задачи, и количество фрагментов рисунка, которые ему пришлось просмотреть прежде, чем принять окончательное решение.

Результаты исследования отражены в диаграмме диагностики восприятия детей с СДВГ и с нормой развития (см. диаграмма 4).

# Методика «Какие предметы спрятаны в рисунках?»

Мы объяснили ребенку, что ему будут показаны несколько контурных рисунков, в которых как бы «спрятаны» многие известные ему предметы. Далее ребенку предоставили рисунок 7 и попросили последовательно назвать очертания всех предметов, «спрятанных» в трех его частях: 1, 2 и 3.

Рисунок 7. Картинки к методике «Какие предметы спрятаны в рисунках»

Время выполнения задания ограничивалось одной минутой. Если за это время ребенок не сумел полностью выполнить задание, то его прерывали. Если ребенок справлялся с заданием меньше чем за 1 минуту, то фиксировали время, затраченное на выполнение задания.

Если мы видели, что ребенок начинал спешить и преждевременно, не найдя всех предметов, переходил от одного рисунка к другому, то мы останавливали ребенка и просили поискать ещё на предыдущем рисунке. К следующему рисунку разрешали переходить лишь тогда, когда были найдены все предметы, имеющиеся на предыдущем рисунке. Общее число всех предметов, «спрятанных» на рисунках 7, составляло 14 предметов.

Результаты исследования отражены в диаграмме диагностики восприятия детей с СДВГ и с нормой развития (см. диаграмма 4).

Диаграмма 4. Диагностика восприятия детей с СДВГ и с нормой развития

Таким образом, из диаграммы диагностики восприятия детей с СДВГ и с нормой развития видно, что: шестеро детей с нормой развития выполнили задание на очень высокий балл; двое детей с нормой развития и один ребёнок с СДВГ получили высокий балл; двое детей с нормой развития и пятеро детей с СДВГ показали средние результаты; четверо детей с СДВГ показали низкие результаты и двое детей с СДВГ показали очень низкие результаты выполнения заданий. На основании проведённого исследования можно сделать выводы:

1. показатели по тестам в основной группе достоверно ниже, чем в контрольной;
2. понижение значения в данной серии свидетельствует о сужении восприятия, целостной перцептивной деятельности, о недостаточной точности проведения мыслительных операций сравнения различных изображений и дифференциации деталей;
3. результаты исследования восприятия у детей с СДВГ также ниже, чем в контрольной группе. Понижение показателей свидетельствует о неуверенности ребёнка в умении устанавливать закономерности в зависимости от организации элементов изображения.

**Общие выводы исследования когнитивных процессов детей с СДВГ в сравнении с нормой развития**

В целом, анализ выполнения детьми с СДВГ тестов не выявил грубых расстройств высших психических функций. Наиболее типичными для обследованных детей оказались нарушения таких когнитивных функций, как внимание и память, а также недостаточная сформированность функций организации программирования и контроля.

По сравнению с детьми с нормой развития, дети с СДВГ отставали по времени выполнения заданий. Это обусловлено нарушением внимания, повышенной отвлекаемостью, быстрой утомляемостью. Соматически дети благополучны, поэтому этот фактор не учитывается.

По сравнению с детьми с нормой развития, дети с СДВГ допускали много ошибок. Дети отвлекались на любой шум, торопились, стремились быстрее выполнить задание, чтобы вернуться в группу и продолжить игру с другими детьми. Количество допущенных ошибок возрастает к середине и концу выполнения задания, что обусловлено чрезмерной утомляемостью детей, а порой – нежеланием выполнять задание.

**Количество предложенной помощи**

В основном требовалась демонстрация выполнения заданий. Иногда приходилось стимулировать действия детей. Двум детям пришлось продемонстрировать конечный результат с целью актуализации зрительного образа. Дети с СДВГ хорошо принимали помощь. В отличие от детей с СДВГ детям с нормой развития не потребовалось помощи в выполнении заданий. Инструкцию они понимали, даже не дослушивая, демонстрация вовсе не потребовалась. Можно сделать вывод, что разрыв между помощью, предложенной детям с СДВГ – существенный.

Таким образом, для продвижения ребёнка с СДВГ в общем развитии, для усвоения им знаний, умений и навыков, для их систематизации и практического применения важным является не обычное, а специально организованное обучение и воспитание.

* 1. **Оценочная шкала эмоциональных проявлений ребёнка**

Для исследования эмоциональных проявлений детей с нормой развития и детей с СДВГ нами была разработана «Шкала эмоциональных проявлений ребёнка». Исследование проходило по типу анкетирования воспитателей МДОУ, которые долгое время контактировали с детьми наших экспериментальных групп. Составление шкалы основывалось на наблюдении за поведением ребёнка в группе детского сада. Результаты наблюдений воспитатели представляли в оценочной шкале, где по вертикали перечисляли эмоциональные проявления ребёнка, а по горизонтали отмечали степень выраженности каждого из них.

***Цель:*** выявление признаков психического напряжения и невротических тенденций детей дошкольного возраста с нормой развития и детей с СДВГ.

Мы придавали особое внимание таким эмоциональным проявлениям детей, как сверхчувствительность, возбуждаемость, капризность, боязливость, плаксивость, упрямство, злобность, весёлость, завистливость, ревность, обидчивость, жестокость, ласковость, сочувствие, самомнение, агрессивность, нетерпеливость.

Анализируя полученные результаты, мы сделали вывод, что у детей с СДВГ по сравнению с нормально развивающимися сверстниками преобладают такие эмоциональные проявления как: возбуждаемость, упрямство, весёлость, жестокость, нетерпеливость. А такие проявления как сверхчувствительность, боязливость, ревность, ласковость, сочувствие детям с СДВГ свойственны в меньшей степени. (Приложение 4)

**3.6** **Практические рекомендации родителям гиперактивного ребёнка**

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 твёрдости и последовательности в воспитании;

– помните, что чрезмерная болтливость, подвижность и недисциплинированность не являются умышленными;

– контролируйте поведение ребенка, не навязывая ему жестких правил;

– не давайте ребенку категорических 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 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 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;

– избегайте по возможности больших скоплений людей;

– помните, что переутомление способствует 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 гневом и агрессией;

– не старайтесь предотвратить последствия забывчивости ребенка;

– постепенно расширяйте обязанности, 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 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 о его проблемах 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;

– прием «выключенного времени» (изоляция, угол, скамья штрафников, домашний арест, досрочное отправление в постель);

– чернильная точка на запястье ребенка («черная метка»), которая может быть обменена на 10-минутное сидение на «скамейке штрафников»;

– холдинг, или простое удержание в «железных объятьях»;

– 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 детский сад, то не стоит давать ему бесконечные словесные инструкции, торопить и ругать. Можно предоставить ему возможность получить «урок жизни». Опоздав в детский сад по-настоящему, и приобретя опыт объяснений с воспитательницей, ребенок будет более ответственно относиться к утренним сборам;

– если 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, это обязательно 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 своего ребенка родителями.

Помните, что невозможно добиться исчезновения гиперактивности, импульсивности и невнимательности за несколько месяцев и даже за несколько лет. Признаки гиперактивности исчезают по мере взросления, а импульсивность и дефицит внимания могут сохраняться 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 педагогам гиперактивного ребёнка**

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. Гиперактивный ребенок всегда должен находиться перед глазами учителя, в центре класса, прямо у доски;

– оптимальное место в классе для гиперактивного ребёнка – первая парта напротив стола учителя или в среднем ряду;

– 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;

– вводите проблемное обучение;

– используйте на уроке элементы игры и соревнования;

– давайте задания в соответствии со способностями ребенка;

– большие задания разбивайте на последовательные части, контролируя каждое 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, как хотелось бы;

– объясняйте родителям и окружающим, что улучшение состояния ребенка зависит не только от специального лечения и коррекции, но и от спокойного и последовательного отношения.

Помните, что прикосновение является сильным стимулятором для формирования поведения и развития навыков обучения. Прикосновение помогает поставить якорь на положительном опыте. Педагог начальной школы в Канаде провел эксперимент с прикосновением в своем классе, который 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 убеждениями. Гиперактивный ребенок имеет нейрофизиологические проблемы, справиться с которыми самостоятельно не может. 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 нейропсихологические коррекционные программы.

**Заключение**

Проблема распространенности синдрома дефицита внимания с гиперактивностью актуальна не только потому, что является одной из современных характеристик состояния здоровья детского организма. Это важнейшая психологическая проблема цивилизованного мира, доказательством чему является то, что:

– во-первых, дети с синдромом плохо усваивают школьную программу;

– во-вторых, они не подчиняются общепринятым правилам поведения и часто становятся на преступный путь. Более 80% криминального контингента составляют лица с СДВГ;

– в-третьих, с ними в 3 раза чаше происходят различные несчастные случаи, в частности, они в 7 раз чаше попадают в автокатастрофы;

– в-четвертых, вероятность стать наркоманом или алкоголиком у этих детей в 5–6 раз выше, чем у детей с нормальным онтогенезом;

– в-пятых, нарушениями внимания страдают от 5% до 30% всех детей школьного возраста, т.е. в каждом классе обычной школы 2–3 человека – дети с нарушениями внимания и гиперактивностью.

В ходе экспериментального исследования мы подтвердили гипотезу и доказали, что уровень интеллекта детей с СДВГ не соответствует возрастной норме. Психологическое обследование детей дало возможность определить уровень интеллектуального развития детей с СДВГ, а кроме того, возможные нарушения со стороны перцепции, памяти, внимания, эмоционально-волевой сферы. Знание специфических особенностей психического развития детей с СДВГ позволяет разработать модель коррекционной помощи таким детям, т. к. дошкольный возраст – важный период развития личности ребенка, когда компенсаторные возможности мозга велики, что позволяет предотвратить формирование стойких патологических проявлений. Этот период важен в плане предупреждения развития нарушений поведения, а также дезадаптационного школьного синдрома. В связи с этим поиск критериев диагностики и коррекции СДВГ в дошкольном возрасте крайне важен для своевременного выявления и коррекции отклонений, стимуляции развития незрелых высших мозговых функций. В то же время основная масса работ касается изучения детей школьного возраста, когда на первый план выступают трудности обучения и поведения. Ввиду этого, важное практическое значение сегодня приобретают вопросы организации психологической и медицинской помощи семьям детей с СДВГ, ориентированной на ранний и дошкольный возраст.

**Список использованной литературы**

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология; Учеб. пособие. М.: Издательский центр «Академия», – 1999. – 206 с.

2. Акундинова И.Е. О развитии самосознания у детей // Психология дошкольника. Хрестоматия. М.: Издательский центр «Академия», – 1997. -103 с.

3. Бадалян Л.О. Невропатология. М.: Просвещение, – 2000. – 378 с.

4. Бадалян Л.О., Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю. Синдромы дефицита внимания у детей // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. СПб.: 1993. – №3. – 95 с.

5. Бардиер Г., Ромозан И., Чередникова Т. Я хочу! Психологическое сопровождение естественного развития маленьких детей. СПб.: Стройлеспечать, – 1996. – 91 с.

6. Брязгунов И.П., Знаменская Е.И. Современные представления о легкой дисфункции мозга у детей (вопросы клиники, этиологии, патогенеза и лечения) // Медицинский реферативный журнал. – №4. – 1980. – 87 с.

7. Брязгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. – М.: Изд-во Института Психотерапии, – 2001. – 96 с.

8. Брязгунов И.П., Кучма В.Р. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей (вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза). – М. – 1994. – 49 с.

9. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. – СПб.: Издательство «Питер», – 2000. – 528 с.

10. Валлон А. Психическое развитие ребенка. – М.: «Просвещение», 1967. – 122 с.

11. Возрастные особенности психического развития детей / Под ред. И.В. Дубровиной, М.И. Лисиной. – М., 1982. – 101 с.

12. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. – М.: АПН РСФСР, – 1960. – 500 с.

13. Григоренко Е.Л. Генетические факторы, влияющие на развитие девиантных форм детского поведения // Дефектология. 1996. №3. – 96 с.

14. Добсон Дж. Непослушный ребенок. Практическое руководство для родителей. – М.: Пенаты, – 1992. – 52 с.

15. Дормашев Ю.Б., Романов В.Я. Психология внимания. – М.: Тривола, – 1995. – 352 с.

16. Дробинская А.О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания // Дефектология. – №1. – 1999. – 86 с.

17. Ефименко О.В. Особенности состояния здоровья детей раннего возраста в домах ребёнка. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М.: 1991. – 28 с.

18. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Минимальная мозговая дисфункция у детей. Научный обзор. М.: ВНИНМИ, – 1980. – 50 с.

19. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: «Академия», – 2005. – 256 с.

20. Заваденко Н.Н. Как понять ребёнка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания // Лечебная педагогика и психология. Приложение к журналу «Дефектология». Выпуск 5. М.: Школа-Пресс, – 2000. – 112 с.

21. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция. М., 1985. – 32 с.

22. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М.: Педагогика, – 1989. – 104 с.

23. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. М.: МГУ, – 1969. – 504 с.

24. Лютова Е.К., Монина Г.Б. Шпаргалка для взрослых: психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. М.: Генезис, – 2002. – 192 с.

25. Мастюкова Е.М. Ребёнок с отклонениями в развитии: ранняя диагностика и коррекция. М.: 1992. – 94 с.

26. Монина Г.Н. Работа с детьми, имеющими СГДВ. М.:1987. – 98 с.

27. Никанорова М.Ю. Синдром дефицита внимания и гиперактивности / Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2000. №3. – 48 с.

28. Политика О.И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. СПб.: Речь, – 2005. – 208 с.

29. Савельева Г.М., Сичинава Л.Г. Гипоксические перинатальные повреждения ЦНС и пути их снижения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1995. №3. – 58 с.

30. Самсыгина Г.А. Гипоксическое поражение ЦНС у новорождённых детей: клиника, диагностика, лечение // Педиатрия, – 1996. №5. – 90 с.

31. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М.: АРКТИ, 2000. – 208 с.

32. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. – М.: ТЦ Сфера, 2003. –125 с.

33. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. – М.: ТЦ Сфера, 2003 –125 с.

34. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. – М.: Медицина, 1986. – 159 с.

35. Халецкая О.В., Трошин В.Д. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте. – Нижний Новгород. – 1995. – 129 с.

36. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Онтогенетически – ориентированная психотерапия (методика ИНТЭКС): Практ. Пособ. – М.: Российское психологическое общество, – 1998. – 157 с.

37. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. – С., 1997. – 58 с.

38. Яременко Б.Р., Яременко А.Б., Горяинова Т.Б. Дисфункции головного мозга у детей. – СПб.: Салит – Медкнига, 2002. – 128 с.

39. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с минимальными мозговыми дисфункциями. – СПб. – 1997. – 78 с.

**Приложения**

**Приложение 1**

**Список экспериментальной группы детей МДОУ №204 «Звуковичок» компенсирующего вида 2001–2002 гг. рождения**

1. Балакиров Роман
2. Безуглов Михаил
3. Емельяненко Максим
4. Живлякова Мария
5. Зинченко Дарья
6. Отрощенко Данил
7. Панова Анжела
8. Фольц Яков
9. Харламов Дмитрий
10. Шляпников Дмитрий

**Список контрольной группы детей МДОУ №2 «Березка» р. п. Тальменка Алтайского края 2001–2002 гг. рождения**

1. Бацалова Анастасия

2. Глебова Алёна

3. Кулева Юлия

4. Паршин Константин

5. Пушкарёв Антон

6. Рассолова Лиза

7. Соловьёва Алиса

8. Смирнова Анастасия

9. Трунова Марина

10. Шадрина Юлия

**Приложение 2**

**Бальная система оценки результатов**

Количественная оценка результатов осуществлялась по бальной системе, вследствие чего нами были сделаны выводы о когнитивном развитии детей.

Выводы об уровне развития:

10 баллов – очень высокий уровень

8–9 баллов – высокий уровень

6–7 баллов – средний уровень

4–5 баллов – низкий уровень

0–3 балла – очень низкий уровень

**Приложение 3**

**Рисунки детей**

В качестве дополнительной методики сравнительного исследования психических процессов детей с СДВГ и детей с нормой развития нами был использован тест «Рисунок человека».

На основании проведённого теста были сделаны выводы:

1. Рисунки детей с СДВГ имеют ярко выраженные отличительные особенности.
2. Рисунок детей примитивен, диспропорционален.
3. Линии рисунка взаимно нескоординированы и нечётко соединены друг с другом.
1. Пилоростеноз - проблема желудка, неспособного принять много пищи. [↑](#footnote-ref-1)
2. Реципрокные — перекрестные, разнонаправленные. [↑](#footnote-ref-2)
3. Дислексия — частичное расстройство процесса овладения чтением, проявляющееся в многочисленных повторяющихся ошибках стойкого характера и обусловленное несформированностью психических функций, участвующих в процессе овладения чтением. [↑](#footnote-ref-3)
4. Дисграфия — частичное нарушение навыков письма вследствие очагового поражения, недоразвития или дисфункции коры головного мозга. [↑](#footnote-ref-4)
5. Дискалькулия — нарушение формирования навыков счета вследствие очагового поражения, недоразвития или дисфункции коры головного мозга. [↑](#footnote-ref-5)
6. Суггестивная терапия - гипноз. [↑](#footnote-ref-6)
7. Вазодилатация - расширение сосудов [↑](#footnote-ref-7)
8. Рецидив – возврат болезни, обострение заболевания. [↑](#footnote-ref-8)