Гиперактивность у детей (СДВГ).
Причины возникновения и особенности проявления.

В происхождении СДВГ играют роль генетические механизмы, органическое повреждение головного мозга и психосоциальные факторы. Всегда следует иметь в виду возможность воздействия нескольких факторов, влияющих друг на друга.

При анализе анамнестических данных у детей с СДВГ в 84% случаев выявили нарушения течения беременности или родов, при этом сочетанное влияние патологических факторов во время беременности и родов прослеживалось в 56% случаев. Особенно часто встречались нарушения течения беременности, обусловившие хроническую внутриутробную гипоксию (недостаток снабжения кислородом) плода (к которой особенно чувствителен развивающийся мозг). Важное место среди причин патологии беременности занимали токсикозы и угрозы прерывания беременности. К числу прогностически неблагоприятных для развития СДВГ факторов относятся: гипоксически-ишемическая энцефалопатия у новорожденных, недоношенность, переношенность, гидроцефалия, а также внутриутробная гипотрофия.

Основные клинические проявления заболевания определяются тремя основными симптомокомплексами:

1. Невнимательность. Говоря о СДВГ, чаще всего имеют в виду повышенную отвлекаемость и снижение концентрации внимания у таких детей. У детей с СДВГ отмечается недостаток непрерывного (поддерживаемого) внимания, что проявляется в невозможности длительного выполнения неинтересного задания. При этом чем- то интересным для них (компьютерные игры, просмотр мультфильмов) они могут заниматься часами. Кроме этого, наблюдается дефицит избирательного внимания, что проявляется в повышенной отвлекаемости на посторонние стимулы, особенно если эти стимулы яркие, интересные. Так, проехавший во дворе автомобиль заставляет посмотреть в окно и надолго отвлечься от выполнения домашних заданий. Зачастую также снижается переключаемость внимания. При этом, по данным E. Taylor (1991), объем внимания у детей с СДВГ не ниже, чем у их здоровых сверстников.
2. Гиперактивность. Под гиперактивностью у детей с СДВГ обычно понимают повышенную двигательную (моторную) активность. В отличие от просто энергичных детей, активность у детей с СДВГ носит бесцельный характер.
3. Импульсивность. Под импульсивностью понимают невозможность контроля над своими импульсами. Выделяют когнитивную импульсивность (отражающую поспешное мышление) и поведенческую импульсивность (отражающую трудности при подавлении реакций) .Импульсивные дети не могут дождаться своей очереди при игре. В учебной ситуации у таких детей наблюдается «импульсивный стиль работы»: они выкрикивают ответы на уроке, не отвечая на вопросы полностью, прерывают других учеников или учителя . Из-за импульсивности дети часто попадают в опасные ситуации из-за того, что не задумывались о последствиях. Склонность к риску становится причиной травм и несчастных случаев. Импульсивность часто сочетается с агрессивным и оппозиционным поведением.

Появление основных жалоб при СДВГ относится к младшему школьному возрасту, Кризис школьной адаптации заключается в утрате ребенком непосредственности, возникновении дифференциации внутренней и внешней жизни. Он в значительной мере обусловлен привнесением в жизнь ребенка интеллектуального начала, смыслового восприятия, формированием самооценки, самолюбия. Позитивным моментом этого кризиса служит возрастание самостоятельности ребенка. После поступления ребенка в школу проблемы возрастают. Учителя и родители отмечают, что дети чрезвычайно подвижны, беспокойны, не могут усидеть на месте во время урока и выполнения домашних заданий. Данные проявления обусловливают школьную дезадаптацию и

низкую успеваемость детей с СДВГ, несмотря на их достаточно высокий интеллект. Навыки чтения и письма у детей с СДВГ ниже, чем у сверстников. Наиболее часто говорят о дислексии и дисграфии. Дислексия— частичное специфическое нарушение процесса чтения, проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера. Дисграфия— нарушение становления процессов письма и одна из форм недоразвития письменной речи, также проявляющаяся в повторяющихся ошибках стойкого характера. Данные нарушения чаще выявляются в 6—8-летнем возрасте и тесно связаны с биологическим созреванием головного мозга.

В этом возрасте могут фиксироваться первые признаки расстройств социального поведения. Подобные проявления объясняются неспособностью центральной нервной системы гиперактивного ребенка справляться с новыми требованиями, предъявляемыми ему в условиях увеличения физических и психических нагрузок.

Поведенческие проявления у детей СДВГ:

Невнимательность (из перечисленных ниже признаков минимум 6 должны сохраняться не менее 6 месяцев):

- неспособность выполнить задание без ошибок, вызванных невозможностью сосредоточиться на деталях;
- неспособность вслушиваться в обращенную к ним речь;
- неспособность доводить выполняемую работу до конца;
- неспособность организовать свою деятельность;
- избегание нелюбимой работы, требующей усидчивости;
- потеря предметов, необходимых для выполнения заданий (письменные принадлежности, книги и т. д.); забывчивость в повседневной деятельности;
- отвлекаемость на посторонние стимулы.

Гиперактивность и импульсивность (из перечисленных ниже признаков минимум 4 должны сохраняться не менее 6 месяцев):

1. Гиперактивность. Ребенок:

- суетлив, не может сидеть спокойно;
- вскакивает с места без разрешения;
- бесцельно бегает, ерзает, карабкается в неадекватных для этого ситуациях;
- не может играть в тихие игры, отдыхать.

2. Импульсивность. Ребенок:

- выкрикивает ответ, не дослушав вопрос;
- не может дождаться своей очереди.

Согласно этим критериям, отвлекаемость, впервые появившаяся у девятилетнего ребенка, не будет считаться признаком СДВГ. Необходимо отметить, что тревожные расстройства (неврозы), депрессия, стрессорные факторы не являются причиной СДВГ. Симптомы СДВГ приводят к возникновению значительных школьных проблем, и небольшое снижение успеваемости («четверка по физике») у подростка, который раньше учился на отлично, — это тоже не СДВГ.

Главным инструментом является метод наблюдения (систематического, фиксированного), результаты которого можно соотнести с основными симптомами, описанными в МКБ-10 и с диагностическими критериями DSM-IV (1994). Благодаря направленному наблюдению можно отметить особенности поведения и развития ребенка с СДВГ, избежать ошибочного приписывания данного синдрома импульсивным, одаренным, тревожным детям, у которых могут наблюдаться отдельные схожие признаки (несдержанность, суетливость, невнимательность и др.).

Кроме метода наблюдения помощь может оказать и анализ продуктов деятельности ребенка: рисунки, поделки, рабочие тетради. Импульсивность, неумение заниматься одним делом длительное время, управлять своим поведением, свойственные детям с СДВГ, не могут не отразиться в их произведениях. Как правило, гиперактивным детям

трудно соблюдать чистоту в тетрадях, вмещать длинные записи в небольшой отрезок, отведенный для записи ответов в рабочих тетрадях, отпечатанных типографским способам. Рисунки редко бывают симметричными. Люди и животные на рисунках не статичны, они полны движения. При раскрашивании рисунка наблюдается небрежность, штриховка выходит за края изображения. Нажим, как правило, неравномерный, а детали рисунка — размашистые. Зачастую гиперактивные дети стремятся заполнить все пространство листа, заезжая при этом за границы листа.

Главной проблемой детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью может стать снижение продуктивности учебной деятельности, низкий уровень академических достижений. Во время урока детям тяжело концентрировать внимание, они быстро отвлекаются, не умеют работать в группе, требуя к себе индивидуального внимания учителя, часто не могут завершить работу, мешая при этом одноклассникам. Ребенок с СДВГ уже на 7—8-й минуте после начала урока проявляет двигательное беспокойство, теряет внимание. Зачастую, стремясь быть замеченным педагогом и одноклассниками, он добивается внимания взрослого и сверстников единственным известным и доступным ему способом — исполняя роль «классного шута». Достаточно часто таких учащихся воспринимают как невоспитанных, капризных, педагогически запущенных. Зачастую «неудобного» ребенка стремятся перевести в другой класс, а затем и в другую школу, мотивируя это тем, что он не способен усвоить программу школьного уровня. Поэтому отмечаемая симптоматика хотя и носит физиологический характер, далеко не всегда связана с невозможностью освоения учебной программы. У детей с СДВГ лобные доли коры головного мозга, отвечающие за контроль поведения, формируются позднее, чем у их сверстников, поэтому они, имея нормальный и даже высокий уровень развития интеллекта, не обладают способностью к самоконтролю. Это затрудняет процесс их обучения и вынуждает педагога искать способы, позволяющие помочь таким детям.

Среди детей с СДВГ авторы условно выделяют такие группы: дети с развитыми визуальными, но сниженными слуховыми навыками; дети, у которых снижены визуальные, но развиты слуховые навыки; дети со снижением обоих навыков. Работа педагога на начальном этапе опирается на активное использование сильной стороны учащихся, а не на устранение недостатков. С детьми первой категории важна опора на визуальные представления ребенка, включение тактильных и кинестетических стимулов (ощупывание одновременно с чтением слова); второй категории — фонетический подход (на начальном этапе — мультисенсорный подход); третьей категории — мультисенсорный подход: ребенок одновременно смотрит на слово, произносит его вслух, контролирует ощущения.

Симптомы СДВГ могут проявляться и усиливаться при увеличении нагрузок на нервную систему, в результате чего происходит разбалансировка психических процессов, что негативно отражается на процессе обучения. Поэтому желательно не перегружать ребенка занятиями с репетиторами, бесконечным переписыванием неаккуратных работ, длительным выполнением домашних заданий. По этой причине, выбирая школу для ребенка с СДВГ, лучше остановить свой выбор на обычном классе с базовой программой. Находясь в комфортных для него условиях, ребенок быстрее адаптируется к школьной жизни, и за период обучения в начальной школе (3—4 года) при соответствующем режиме обучения (без переутомления) работа мозга полностью нормализуется. Сам ребенок с СДВГ зачастую неспособен структурировать свое время, поэтому на первых этапах обучения (как и на любом другом этапе, если это не было сделано раньше) взрослые должны помочь ему рационально распределить время, чтобы не было перегрузок, а школьные задания были выполнены.

И. Н. Садовникова (1997) считает, что недостаток понимания и помощи со стороны взрослых (родителей и учителей) может привести к проявлениям агрессивности со стороны ребенка, к отказу выполнять учебные задания или к выполнению их только под

страхом наказания). Следует заметить, что занятия с гиперответственным родителем, которому хочется добиться идеального выполнения ребенком домашних заданий, тоже может привести к агрессивным вспышкам, к снижению мотивации и к конфликтам в семье. Коррекция детей с СДВГ может включать функциональные упражнения (развитие произвольности и самоконтроля, элиминация импульсивности), дыхательные, глазодвигательные упражнения и др. Часть упражнений можно отрабатывать на занятиях с психологом, часть — на уроке со всем классом, часть — в домашних условиях. Важно отметить, что на начальных этапах обучения у таких детей отсутствует учебная мотивация, поскольку мотивационный уровень обучения обеспечивается лобными долями коры головного мозга, которые формируются у детей этой категории позже, чем у их сверстников. Поэтому одним из важнейших направлений работы с учащимися с СДВГ является формирование учебной мотивации.

Помощь детям должна носить комплексный характер. Как правило, в команду участников входят врач-невролог, психолог, педагог и обязательно родители. Зачастую именно педагог направляет ребенка к психологу, заметив первые симптомы СДВГ, которые пока еще трудно выявить, общаясь с ним в ситуациях, требующих меньшего напряжения, чем учебная деятельность. И именно педагог может дать врачу и психологу обратную связь, касающуюся эффективности выбранного врачом метода лечения или используемых психологом приемов работы.

Взрослому, обучающему ребенка или подростка с СДВГ, необходимо ориентироваться на учебные возможности каждого ученика, создавать условия самореализации, самостоятельности каждого ученика, помогать ученику раскрывать и максимально использовать опыт, который уже имеется у каждого, а не заставлять действовать по образу и подобию родителей или даже учителя. Учащимся надо предоставлять возможность выполнять учебные задания разными способами, чтобы они среди них выбрали оптимальный для себя, но при этом обязательно оказывать им помощь в отсеивании явно нерациональных. Эта помощь особенно важна в работе с детьми и подростками с СДВГ, часто испытывающими трудности при самостоятельном выполнении учебных заданий. Сначала с помощью взрослого (психолога, учителя, родителей), а затем самостоятельно ребенок научается выявлять эффективные способы деятельности и закрепляет те из них, которые приемлемы лично для него.

Обучение окажется продуктивным, если будет направлено не столько на коррекцию уже допущенных ошибок (по математике, русскому языку и др.), но прежде всего на предвосхищение возможности ошибок. Как правило, данные задачи решает в ходе учебной деятельности учитель, зачастую прибегая к многочисленным занятиям после уроков. Иногда для улучшения успеваемости родители обращаются за помощью к репетиторам, которые занимаются с ребенком тоже в послеурочное время. Некоторые родители пытаются сами справиться с трудностями обучения сына или дочери, просиживая с ними долгие вечерние часы, ликвидируя пробелы в знаниях. Однако практика показала, что подобный подход редко приносит пользу, поскольку ребенок переутомляется. Поэтому желательно не перегружать ребенка дополнительными занятиями, а прибегнуть к помощи психолога, который в процессе систематических занятий, построенных в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями школьника, поможет ощутить ему собственную успешность, повысить учебную мотивацию. Формирование мотивации достижения успеха (но не стремление быть лучшим во всем) — одно из главных условий эффективности работы на всех этапах ее прохождения.