

СИНДРОМ ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ



В.Б. Челпанов, канд. психологических наук, доцент, ФГБОУ ВПО «Юго-Западный государственный университет» (г. Курск)

«У меня в голове целый мешок мыслей.

И ко мне в голову все время лезут самураи.

Они мне мешают думать и жить.

Я не могу сидеть на одном месте, потому что мне надо от них защищаться: бегать, прятаться, играть».

(Жалоба психологу одного умного 6-летнего мальчика с заиканием и гиперактивностью.)

ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА

Ребенок чрезмерно суетлив, при выполнении заданий действует перебором различных вариантов (наугад), не усидчив, совершает множество лишних движений (часто раскачивается на стуле, сидит и лежит в непривычных положениях, размахивает руками, качает головой, кружится, ходит по классу во время уроков) – это связано с потребностью организма развивать вестибулярный аппарат. Общее беспокойство ребенка нацелено не на завершение какого-либо действия, а на движение в пространстве. Поэтому все, что он задевает, разбивает, портит, он делает неумышленно, неосознанно, а спонтанно и попутно (просто под руку подвернулось), так что виноваты те, кто вовремя не убрал свои вещи и не смог сделать досуг более интересным. Бесцельная двигательная активность не мешает разговорчивости ребенка, вызывающей психологический дискомфорт в классе и дома.

Кроме того, гиперактивность является одним из компонентов школьной дезадаптации. На этом фоне у школьников наблюдаются нарушения письменной речи (дисграфия) и устной речи (дислалия). Дети совершают множество элементарных ошибок и требуют к себе повышенного педагогического внимания

(неоднократного повторения заданий, объяснения материала, применение образцов выполнения заданий, педагогических приемов стимуляции и мотивации к учебной деятельности, индивидуального подхода в обучении).

Таким образом, можно выделить три ключевых симптомокомплекса, образующих синдром гиперактивности у детей:

1. Симптомокомплекс нарушения внимания. Ребенок с трудом переключается на другие виды деятельности или учебные задания, часто отвлекается на случайные раздражители (звуки, предметы, объекты, не относящиеся к теме), обнаруживает незавершенность действий – бросает начатое, не доводит дело до конца и принимается за другое занятие, слушает, но не слышит (ущербность слухового восприятия), не может сосредоточиться на весь период выполнения задачи, страдает неорганизованностью, рассеянностью, в результате чего часто теряет свои вещи и ошибается. При этом не может понять и исправить свои ошибки без подсказок и наводящих примеров (вопросов).

2. Симптомокомплекс двигательной расторможенности. Проявляется повышенной двигательной активностью ребенка (гипер-

активность) с нулевым коэффициентом полезной деятельности. Сопровождается спотыканием на ровном месте, ушибами, травмами, повышенной склонностью к риску, так как дети часто натываются на различные предметы и случайно задевают их. По мере приближения ребенка к периоду полового созревания гиперактивность уменьшается. Несмотря на то, что дети без гиперактивности менее агрессивны и враждебны по отношению к окружающим, у них чаще наблюдаются парциальные задержки развития тех или иных школьных навыков. Поэтому полностью подавлять двигательную активность ребенка не следует. Необходимо научиться направлять ее в нужное русло.

3. Симптомокомплекс импульсивности поведения. Ребенок отвечает на вопросы спонтанно, не задумываясь. При этом он очень нетерпелив, мучается ожиданием; часто вмешивается во взрослые разговоры без надобности, пытается навязывать вам свое собственное мнение. Не выполняет педагогические требования, беспричинно конфликтует. В целом его поведение имеет протестный характер и сопровождается неадекватными реакциями на замечания. Это связано с отсутствием у ребенка самоконтроля и частой смелой настроенности.

Такое симптоматическое поведение представляет собой вытеснение внутренней картины болезни, при котором он вынужден подчиняться своему состоянию, приспосабливаться к нему бессознательным отвлечением от внутренних переживаний двигательной активностью.

Все вышеперечисленное называется **синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)**.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

При проведении психологической диагностики СДВГ учитывают, в первую очередь, симптомокомплекс нарушения внимания и другие вышеописанные признаки, которые анализируются психологом как соответствующие или несоответствующие возраст-

ной норме по шкале «норма – отклонение». Кроме того, аналитической оценке подвергаются: уровень развития интеллекта ребенка, стабильность/нестабильность его эмоционально-волевой сферы, степень развития у него общей и мелкой моторики, адекватность/неадекватность поведения.

Психодиагностика основана на систематических проявлениях особенностей поведения детей с СДВГ до 8 лет в игровой и учебной деятельности (в школе и дома). Девиации поведения, как правило, не обусловлены тревожными, психотическими, аффективными, диссоциативными расстройствами или психопатиями, но рассматриваются как факторы риска перечисленных расстройств. Такие дети могут вызывать психологический дискомфорт в школе и дома, а также подвержены дезадаптации в группе или классе.

Для постановки диагноза необходимо наличие шести или более признаков из перечисленных в симптомокомплексе невнимательности, которые наблюдаются и сохраняются у ребенка не менее 6 месяцев и выражены настолько резко, что способствуют сбивке естественных механизмов его социально-психологической адаптации и не соответствуют характеристикам возрастной нормы.

ПРОЯВЛЕНИЯ СДВГ У ШКОЛЬНИКОВ

В своей практике мы сталкиваемся с несколькими группами школьников, страдающих СДВГ:

Первая группа. Учащиеся (преимущественно мальчики), у которых СДВГ сопровождается выраженными нарушениями координации движений: общей моторики – при развертывании движений в пространстве, и мелкой моторики – при развертывании движений на плоскости (на доске, в тетради, в альбоме при письме и рисовании, на столе при конструировании).

Вторая группа. Школьники с нарушениями восприятия пространственно-временных взаимоотношений: искаженное восприятие форм и размеров окружающих предметов, а также соотношения между ними, непонима-



ние причинно-следственных связей, последовательности происходящих событий.

Третья группа. Дети с нарушениями реципрокных взаимодействий следящих движений глаз и рук при совершении элементарных действий и движений при письме, рисовании, конструировании, лепке, аппликации.

Четвертая группа. Ученики, страдающие смешанными формами СДВГ при задержке психического развития и речевой патологии: при аномальном развитии когнитивных (познавательных) процессов: внимания, памяти, мышления; с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы; при различных дефектах речи у детей-логопатов и при заикании.

Следует также отметить, что СДВГ является предшественником асоциальной или антисоциальной форм психопатий, девиантного поведения, отклоняющегося от адаптивной, социальной, психической и юридической норм, а также встречается в структуре наркотической и алкогольной зависимости. Такие дети трудновоспитуемы и провоцируют родителей на жесткие тактики воспитания. По данным статистики распространенность СДВГ составляет 21–28% в детской популяции.

Мальчики подвержены этому заболеванию в 4 раза чаще, чем девочки. Это объясняется различием структуры нарушений поведения у детей разного пола. Увеличение симптомов гиперактивности у мальчиков с 3-х лет заставляет их родителей раньше обращаться к врачам и другим специалистам.

Комплексная медицинская, психолого-педагогическая и логопедическая диагностика позволяет выявить несколько причин данного расстройства: биологические (генетические факторы – неблагоприятная наследственность), психосоциальные (неблагополучная обстановка в семье) и экологические (вредности окружающей среды).

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

Коррекция СДВГ представляет собой индивидуальную программу занятий с ребенком, обязательно согласованную с педиатром, детским психоневрологом, психиатром или невропатологом, поскольку проводится под тщательным контролем специалистов на фоне приема лекарственных препаратов.

Психокоррекционная программа основана на принципе развития уровня, предшествующего нарушенному, и включает в себя:

1. Упражнения по развитию «Схемы тела».

Под руководством психолога ребенка учат ориентироваться в пространстве собственного тела, определять стороны и называть части тела сначала на себе, а потом на своем зеркальном отражении и на другом человеке, стоящем лицом и спиной к ребенку. Затем применяется методика мысленного переключения внимания ребенка с одной части тела на другую по устной команде специалиста: «Почувствуй свои пальцы правой (левой) ноги (руки)», «Обрати внимание на живот (грудную клетку)», «Внутренним взором посмотри на свое лицо». После этого используют упражнение «Контур тела», смысл которого заключается в том, что ребенка просят мысленно обвести свое тело по контуру. При этом психолог объясняет ребенку, что контур должен быть непрерывным и замкнутым на макушке головы. В процессе выполнения данного упражнения тренируются сосредоточенность и переключаемость внимания, самоконтроль, расслабляются мышцы тела, снимается нервно-психическая напряженность и усталость. Упражнения выполняются в положении лежа или сидя.

2. Упражнения по развитию мелкой моторики пальцев рук.

Для мальчиков предпочтительные виды занятий – рисование, письмо, конструирование, моделирование объектов, имеющих мелкие детали сборки, разборки, выжигание. Девочкам больше нравится шнуровка (завязывание – развязывание веревочек), плетение, вышивание, лепка, аппликация, а также рисование и письмо.

3. Упражнения для развития координации движений и вестибулярного аппарата.

Полезны подвижные игры с мячом, эстафеты, соревнования, уроки физкультуры, преодоление небольших препятствий (спуск и подъем в гору) под контролем взрослых.

4. Логопедическая ритмика.

Необходима для преодоления дефектов речи. Используется техника «Расскажи стихи руками», когда ребенок показывает руками, мимикой все, о чем говорится в стихотворении. Применяются логопедические упражнения по развитию артикуляции, логопедическая гимнастика, производится правильная постановка произношения звуков речи в словах, словосочетаниях, фразах и предложениях.

5. Психогимнастика.

Является эффективным средством коррекции нарушений эмоционально-волевой сферы. Дети учатся не только адекватно выражать, но и распознавать различные эмоции с помощью музыкальных и художественных произведений.

6. Развитие познавательных процессов

(ощущения, восприятия, представления, памяти, внимания, мышления, речи), тренировка умственной активности и работоспособности (в том числе и на уроках) проводится педагогом-психологом образовательного учреждения.

Дополнительно врач-физиотерапевт может назначить ребенку различные процедуры: электрофорез, транскраниальную стимуляцию, рефлексотерапию (точечный массаж), цветоимпульсную терапию зеленым или синим цветом, специальную кинезиологическую гимнастику. Врач-психотерапевт может применить психотерапию по методу «Символ-драма» или «Методику замещающего онтогенеза» для преодоления неврозов, конфликтов и налаживания внутрисемейных отношений. 