**Особенности детей с СДВГ или всё о гиперактивности**

Гиперактивность представляет собой серьёзную психологическую и социальную проблему: проявления гипердинамического синдрома ведут к слабой успеваемости, трудности в общении, ребёнок с трудностями усваивает школьную программу. В США гиперактивных детей – 4-20%, Италии – 3-10%, Австралии – 7 – 10%, Великобритании – 1 – 3 %, России – 4-18%. В настоящее время в Германии более полумиллиона детей страдают синдромом дефицита внимания и гиперактивности, причём мальчиков среди них в 9 раз больше, чем девочек.

Гиперактивность как одно из патологических проявлений является частью целого комплекса нарушений, которые составляют «синдром дефицита внимания с гиперактивностью», включающей нарушения системы эмоциональной регуляции.

***Синдром дефицита внимания/гиперактивности*** - 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.

*Термин* ***"синдром дефицита внимания"*** был выделен в начале 80-х годов из более широкого понятия "минимальной мозговой дисфункции".

Наблюдая детей дошкольного возраста с такими нарушениями поведения, как двигательная расторможенность, отвлекаемость, импульсивность поведения, авторы высказали предположение, что причиной данных изменений является повреждение головного мозга неизвестной этиологии, и предложили термин "минимальное мозговое повреждение". В дальнейшем в понятие "минимальное мозговое повреждение" были включены и нарушения обучения (трудности и специфические нарушения в обучении навыкам письма, чтения, счета; нарушения перцепции и речи). Впоследствии статическая модель "минимального мозгового повреждения" уступила место более динамичной и более гибкой модели "минимальной мозговой дисфункции".

В 1980 г. Американской ассоциацией психиатров была разработана рабочая классификация, - согласно которой случаи, описанные ранее как минимальная мозговая дисфункция, предложено рассматривать как синдром дефицита внимания и синдром гиперактивности.

Повышенная двигательная активность является симптомом нарушения психической деятельности ребенка при различных нарушениях развития и чаще всего – последствием раннего органического поражения ЦНС. Хотя этот синдром называется гипердинамическим, т.е. синдром повышенной двигательной активности, основным дефектом в его структуре является дефект внимания.

Гипердинамический синдром – одно из проявлений ММД. ММД – это заболевание ЦНС. Следовательно, помимо поведенческих нарушений и особенностей, у детей должны быть и другие – клинические или медицинские. Вот наиболее частые клинические симптомы, сопровождающие диагноз ММД, гипердинамический синдром:

* Задержка развития речи;
* Заикание;
* Тики;
* Головные боли
* Нарушение сна
* Аллергодерматоз
* Энурез
* Астматический бронхит
* Вегетативно-сосудистая дистония.

У гипердинамичного ребенка имеется хотя бы 2 – 3 из этих проявлений.

**Касатикова Е.В.** выделяет 3 варианта течения синдрома дефицита внимания/гиперактивности в зависимости от преобладающих клинических симптомов:

* синдром, сочетающий дефицит внимания и гиперактивность;
* синдром дефицита внимания без гиперактивности;
* синдром гиперактивности без дефицита внимания.

Некоторые исследователи подвергают сомнению объединение синдрома дефицита внимания и синдрома гиперактивности, так как до 40% всех больных страдают только дефицитом внимания без гиперактивности. Дефицит внимания без гиперактивности чаще наблюдается у девочек.

Обычно осложнения в развитии ребенка подразделяют по времени возникновения вредных факторов, влекущих за собой нарушения, и классифицируют как пренатальные (внутриутробные), натальные (повреждения в процессе родов) и постнатальные (осложнения первых лет жизни ребенка) патологии. *Вредных факторов много:*

1. **Пренатальная патология**

* Токсикозы
* Обострение хронических заболеваний у матери и действие лекарств в период беременности.
* Угрозы выкидыша.
* Инфекционные заболевания матери
* Травмы в области живота
* Иммунологическая несовместимость по резус-фактору
* Попытки прервать беременность
* Принятие алкоголя и курение
* Возникновение СДВГ, прежде всего, связано с недостаточной зрелостью лобных отделов коры головного мозга, особенно левого полушария.

1. **Осложнения при родах**

* Стимуляция родовой деятельности
* Родовые осложнения (неправильное положение плода, обвитие его пуповиной) ведут к травмам позвоночника плода, асфиксиям, внутренним мозговым кровоизлияниям.
* Травмы позвоночника при современных технологиях кесарева сечения.
* Преждевременные, скоротечные или затяжные роды, отравление наркозом.

1. **Постнатальные причины:**

* Общее ухудшение экологической ситуации.
* Позвоночник младенца может быть травмирован, когда его приучают сидеть до того, как он сам начинает садиться, когда ребенок еще мало ползал, и мышцы спины еще не окрепли. Также к этим травмам приводит ношение в «рюкзачке».
* Любые заболевания младенцев с высокой температурой и приемом сильнодействующих лекарств.
* Астма, пневмонии, сердечная недостаточность, диабет, заболевания почек могут выступать, как факторы, нарушающие нормальную работу мозга.
* Семейные факторы: низкое социальное положение семьи, наличие криминального окружения, тяжелые разногласия между родителями. Неадекватный стиль воспитания в семье.
  + либеральный стиль воспитания, когда преобладает вседозволенность, а контроль за поведением ребёнка отсутствует
  + категоричное подавление активности ребёнка, гиперконтроль его действий.
  + Эпизодичность и отсутствие единства в воспитательных воздействиях на ребёнка между родителями.

В семье дети неосознанно начинают копировать в поведении своих собственных родителей. Хорошо, если модели воспитания родителей были схожи. Если нет, то возникают патологические формы воспитания, которые сказываются не только на психологии ребенка, но и его психофизиологии. Так происходит в развитии приобретенной гиперактивности и наследственной. Хотя глубинные психологические причины возникновения очень похожи.

* Психотравмы
* Нежеланный ребёнок

**Таким образом,** возникновение нарушения внимания и гипердинамического синдрома из-за раннего повреждения ЦНС в период беременности и родов встречается в 84% случаев, генетические причины – 57%, негативные воздействия внутрисемейных факторов – 63%. **(Заводенко Н.Н.).**

**Классификации проявлений признаков СДВГ.**

Существуют множество классификаций проявлений СДВГ. Большинство исследователей отмечают три основных блока проявления СДВГ: гиперактивность, нарушения внимания, импульсивность (Ю.С. Шевченко, 1997; Н.Н. Заваденко, 2000 и др.).

**Гиперактивность**

* избыточная бесцельная двигательная активность (бегает, крутится, пытается куда-то залезть, причём в таких ситуациях, когда это неприемлемо)
* беспокойство, суетливость
* многочисленные посторонние движения, которых ребёнок часто не замечает
* невозможность играть тихо и спокойно.
* для детей с этим синдромом характерны чрезмерная болтливость (из-за недостатка развития внутренней речи)
* неспособность усидеть на одном месте, часто встаёт со своего места во время занятий
* продолжительность сна всегда меньше нормы
* в двигательной сфере у них обычно обнаруживается нарушения двигательной координации, что проявляется в трудности при выполнении заданий на удержания равновесия и ходьбу по линии, неловкость, беспорядочность движений, вызванные несформированностью межполушарного взаимодействия и высоким уровнем адреналина в крови
* также наблюдается несформированность мелкой моторики и праксиса. Это неумение завязывать шнурки, застёгивать пуговицы, использовать ножницы и иголку. Праксис – способность осуществлять сложные целенаправленные движения и действия.
* частое совершение опасных действий (недоучет последствий), при этом не ищет приключений или острых ощущений (например, перебега­ет улицу, не оглядываясь по сторонам).

Исследования польских учёных показывают, что двигательная активность детей с СДВГ на 25 – 30 % выше нормы. Они двигаются даже во сне.

**Нарушения внимания**

* трудности удержания внимания на деталях, из-за небрежности, по невнимательности допускает ошибки
* снижение избирательности и выраженная отвлекаемость с частыми переключениями с одного занятия на другое
* такие дети характеризуются непоследовательностью в поведении, забывчивостью, неумением слушать и сосредоточиться и др.
* складывается впечатление, что ребёнок не слушает обращённую к нему речь
* трудно придерживаться предлагаемых инструкций и справиться до конца с выполнением уроков, заданий (это не связано с пониманием материала)
* трудности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности
* часто теряет вещи, необходимые для выполнения заданий
* забывчивость в повседневных ситуациях
* Дети с СДВГ стараются избежать заданий, требующих длительных умственных усилий. Однако показатели внимания таких детей подвержены существенным колебаниям. Если деятельность ребёнка связана с заинтересованностью, увлечённостью и удовольствием, то они способны удерживать внимание достаточно продолжительный период времени.

**Импульсивность**

* ребёнок часто действует, не подумав, отвечает на вопросы, не задумываясь
* перебивает других
* часто мешает другим, пристаёт к окружающим (вмешивается в беседы или игры)
* не умеет регулировать свои действия и подчиняться правилам, ждать, с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях
* часто повышает голос
* эмоционально лабильны (часто меняется настроение).

Американский психолог **Виктор Клайн** (1991) выделяет 4 основных блока проявления СДВГ: сверхактивность, разбросанность или рассеянность, импульсивность, повышенная возбудимость.

**А.Д.Гонеев** выделяет следующий комплекс клинических проявлений дефицита внимания у детей:

* беспокойные движения в кистях и стопах;
* неумение сидеть на одном месте;
* лёгкая отвлекаемость на посторонние раздражители;
* нетерпеливость;
* неумение доводить начатое дело до конца;
* очень быстрая переключаемость с одного дела на другое;
* болтливость;
* неумение играть, разговаривать тихо и спокойно;
* отсутствие умения прогнозировать последствия своих поступков;
* спонтанность и необдуманность действий;
* суетливость;
* несформированность праксиса и мелкой моторики;
* малая продолжительность сна и трудности при засыпании.

Адекватная ***диагностика*** синдрома дефицита внимания/гиперактивности невозможна без четкого соблюдения критериев диагноза. ***К ним относятся:***

* наличие у ребенка дефицита внимания и/или гиперактивности;
* раннее (до 7 лет) появление симптомов и длительность (более 6 месяцев) их существования;
* некоторые симптомы наблюдаются и дома, и в детском саду;
* симптомы не являются проявлением других заболеваний;
* нарушение обучения и социальных функций.

*Следует отметить, что наличие нарушений обучения и социальных функций является необходимым критерием для установления диагноза "синдром дефицита внимания/гиперактивности".*

**Направления коррекционно-развивающей работы с гиперактивными детьми.**

Синдром гиперактивности имеет множественную этиологию и представляет собой симптомокомплекс, сочетающий различные проявления. Поэтому и диагностическая, и коррекционная работа должна проводиться взаимосвязано различными специалистами – врачом, психологом, педагогом, при активном участии родителей.

Анализ современных подходов к организации психокоррекционного процесса с участием детей с СДВГ позволяет сделать вывод о необходимости включения различных форм и методов. Так, наиболее полная схема психологической коррекции описана в работах И.П. Брязгунова и Е.В. Касатиковой; Е.К. Лютовой и Г.Б. Мониной; А.Л. Сиротюк. **Обобщённая система работы может включать следующие направления, формы и методы работы:**

1. ***Создание положительной мотивации, ситуаций успеха.***
   * + - Каждый день перед ребенком ставится определенная цель, которую он должен достичь.
       - Усилия ребенка при достижении этой цели всячески поощряются.
       - В конце дня поведение ребенка оценивается в соответствии с достигнутыми результатами.
       - При достижении значительного улучшения в поведении ребенок получает давно обещанное вознаграждение.
2. ***Обучение ребенка релаксации.*** Необходимо учить детей понимать структуру своего тела. Процесс релаксации для них оказывается очень сложным. Обычный человек может выбирать для себя один раздражитель – главный (мы читаем книгу и не замечаем как тикают часы), а проблема гиперактивного ребенка заключается в том, что он не может выбрать один раздражитель и сфокусировать на нем свое внимание. Поэтому надо научить гиперактивного ребенка расслабляться. Во время релаксации мы пытаемся как можно дольше концентрировать внимание ребенка только на отдыхе. Необходимо донести до ребенка, что расслабление – это не работа. Задача ребенка – научиться быть спокойным не за счет контроля, а за счет его отсутствия. Мышечная релаксация Ж. Джекобсона. Тренаж следует проводить в положение лежа. «Лежачее место» для занятий должно быть достаточно широким, таким, чтобы можно было свободно положить руки рядом с телом ладонями вниз, ноги слегка раздвинуты. При спокойном положении ребенок медленно закрывает глаза. Важно не забывать Ио выходе из состояния расслабления: глубоко вдохнуть, почувствовать мышцы.
3. ***Коррекция негативных форм поведения*** *(агрессивности, импульсивности, эмоционального напряжения).*
4. ***Развитие дефицитарных функций*** *(слабость волевой регуляции, невнимательность, несформированность межполушарного взаимодействия).* Коррекционную работу следует проводить поэтапно, начиная с развития одной отдельной функции, т.к. гиперактивному ребенку трудно одновременно быть и внимательным, и спокойным, и неимпульсивным.
5. ***Развитие навыков межличностного взаимодействия, коммуникативных навыков.*** Задача – обучить детей эффективным навыкам социального взаимодействия с окружающими, коммуникативной культуре, научить уважать права окружающих. Дети учатся контролировать собственные эмоции и поступки. Методы работы: чтение литературных произведений с последующим их анализом; проигрывание и разбор конкретных ситуаций взаимодействия; игры, обучающие сотрудничеству.
6. ***Работа с родителями гиперактивного ребенка.*** Р. Кэмпбелл считает, что родители гиперактивного ребенка часто допускают три **основные ошибки в воспитании:**

* Недостаток эмоционального внимания, часто подменяемого медицинским уходом.
* Недостаток твердости в воспитании и отсутствие надлежащего контроля за поведением ребенка.
* Неумение воспитывать в детях навыки управления гневом.

**Эти ошибки часто проявляются в моделях поведения родителей гиперактивного ребенка:**

* Родители не понимают проблемы ребенка, стремятся жесткими мерами бороться с непослушанием сына или дочери, усиливают дисциплинарные способы воздействия, вводят непреклонную систему запретов = появление негативных форм поведения, ухудшение психосамотического состояния ребенка.
* Родители стараются не обращать внимания на поведение ребенка или, «опустив руки», предоставляют ребенку полную свободу действий = ребенок лишается необходимой для него поддержки взрослых, быстро начинает манипулировать взрослыми = поведение усугубляется.
* Некоторые родители, слыша в детском саду непрекращающиеся упреки и замечания в адрес своего ребенка, начинают винить только себя в том, что он такой, приходят в отчаяние и впадают в состояние депрессии = отсутствие адекватных воспитательных воздействий также приводит к усугублению поведения.

**Коррекционная работа с гиперактивным ребенком должна быть направлена на решение следующих задач:**

   1. Нормализация обстановки в семье ребенка, его взаимоотношений с родителями и другими родственниками. Важно научить членов семьи избегать новых конфликтных ситуаций.  
   2. Достичь у ребенка послушания, привить ему аккуратность, навыки самоорганизации, способность планировать и доводить до конца начатые дела. Развить у него чувство ответственности за собственные поступки.  
   3. Научить ребенка уважению прав окружающих людей, правильному речевому общению, контролю собственных эмоций и поступков, навыкам эффективного социального взаимодействия с окружающими людьми.  
   4. Установить контакт с педагогами, ознакомить их с информацией о сущности и основных проявлениях гипердинамического синдрома, эффективных методах работы с гиперактивными детьми.  
   5. Добиться повышения у ребенка самооценки, уверенности в собственных силах за счет усвоения им новых навыков, достижений успехов в обучении и повседневной жизни. Необходимо определить сильные стороны личности ребенка и хорошо развитые у него высшие психические функции и навыки с тем, чтобы опираться на них в преодолении имеющихся трудностей.

Исходя из вышеизложенного в коррекционно-развивающую работу с гиперактивными детьми необходимо включать **следующие направления:**

1. **Кинезиологические упражнения** *- комплекс движений, позволяющий активизировать межполушарного взаимодействие, развивать комиссуры (нервные волокна, осуществляющие взаимодействие между полушариями), как межполушарные интеграторы, через которые полушария обмениваются информацией, происходит синхронизация работы полушарий)* на развитие межполушарного взаимодействия.
2. **Психогимнастические упражнения, подвижные игры и упражнения** *на развитие эмпатии, элиминации гнева и агрессивности,* **коммуникативные игры** *на развитие навыков взаимодействия со взрослыми и сверстниками.*
3. **Игры и упражнения на развитие произвольной сферы, волевой регуляции.**

**Условия для формирования произвольности (А.Л.Сиротюк):**

* Очень важна чёткая повторяющаяся структура занятий, неизменное расположение предметов, что является дополнительным организующим при формировании произвольности.
* Ещё одним условием развития произвольности является соблюдение детьми правил, ритуалов и временного регламента, неукоснительное следование им.
* Кроме того, поочерёдное приписывание каждому участнику группы роли лидера автоматически повышает степень его доминантности, авторитет ребёнка, а, следовательно, уровень его произвольной саморегуляции, программирования и контроля над собой и происходящим вокруг.

##### **Правила при обучении навыкам саморегуляции**

* комната должна быть изолирована от посторонних шумов
* в ход занятия не должны вмешиваться посторонние случайный люди
* температура в комнате должна быть средней
* дети должны располагаться в комнате так, чтобы не мешать друг другу
* место должно быть удобным

1. **Игры и упражнения на развитие всех свойств и видов внимания.**
2. **Растяжки**, которые нормализуют гипертонус и гипотонус мышц гиперактивных детей.
3. **Дыхательные упражнения.**
4. Создание условий для **реализации избыточной двигательной активности гиперактивных детей**, что поможет в свою очередь «выплеснуть» накопившуюся энергию. С этой целью предлагается интенсивный бег, подвижные игры.
5. **Релаксационные упражнения.**

**Эффективны в работе с гиперактивными детьми следующие приёмы:**

* осуществление гиперактивным ребёнком контроля за другими детьми (дежурный на занятии, ведущий в игре, помощник инструктора и т.д.).
* использование часов на занятиях и осуществление контроля гиперактивным ребёнком за временем (хранитель времени)
* Ритмирование правого полушария – занятие ритмикой, хореографией, лыжами, теннисом, верховой ездой.
* Активизация работы стволовых отделов головного мозга – плавание, ныряние, прыжки на батуте, дыхательная гимнастика.
* Развитие межполушарного взаимодействия – восточные единоборства (особенно ушу-таолу), кинезиологические упражнения, вязание.
* Снятие импульсивности и гиперактивности - упражнения с песком, водой и глиной; контрастный душ, обливания.
* Развитие устойчивости внимания: длительная сортировка и нанизывание бусинок, развитие к произвольному переключению внимания – чтение алфавита, перемежающегося со счётом.
* Построчное прослеживание взглядом листа и последовательное зачёркивание определённых букв.
* Прослеживание взглядом линии от начала до конца, когда она переплетается с другими линиями (лабиринты).
* Коррекционно-развивающая техника «Скорая помощь». Цель: элиминация эмоционального напряжения, развитие межполушарных связей, развитие внимания, самоконтроля, улучшение работоспособности. Инструкция: Верхняя буква (цифра) каждой строки проговаривается вслух. Нижняя буква обозначает движение руками: Л – левая река поднимается в левую сторону; П – правая рука поднимается в правую сторону; В – обе руки поднимаются вверх. Упражнение выполняется в последовательности от первой буквы к последней, а затем от последней буквы к первой.

**При организации коррекционной работы с гиперактивными детьми акцент должен делаться на следующих умениях ребёнка:**

* концентрировать внимание;
* доводить начатое дело до конца;
* контролировать свои движения;
* снимать мышечное напряжение;
* контролировать свои эмоциональные проявления;
* расширять поведенческий репертуар во взаимодействии со взрослыми и сверстниками.

**Коррекционную работу более эффективно строить поэтапно:**

* индивидуальная;
* парная;
* подгрупповая.

**Таким образом,** гиперактивные дети, как никакие другие требуют со стороны взрослых терпения и участия. Работа с ними должна быть кропотливой и комплексной, т.к. только выработка единой системы требований в образовательном учреждении и семье может помочь адаптироваться таким детям и быть успешными.

Литература:

1. Брязгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребёнок, или всё о гиперактивных детях. – М., 2001.
2. Гонеев А.Д., Лифинцева Н.И., Ялпаева Н.В. Основы коррекционной педагогики. – М., 1999.
3. Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., Соловьёв О.И. Минимальные мозговые дисфункции у детей. Церебролизин в лечении минимальных мозговых дисфункций. – М., 1997.
4. Заваденко Н.Н. Как понять ребёнка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. – М., 2000.
5. Лютова Е.К., Монина Г.Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. – СПб.: ООО «Речь», 2000. – 190с.
6. Минаева В.М. «Развитие эмоций дошкольников»
7. Михайленко Н.Я., Короткова Н.А. Игра с правилами в дошкольном возрасте. – М.: Просвещение, 1994.
8. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. – М.: ТЦ Сфера, 2002. – 128с.