

Дети с гиперактивностью и дефицитом внимания на пороге школьной жизни.

Подготовила: Мулина С.И. педагог-психолог
МДОУ «Детский сад № 19 «Рябинка»
г. Рубцовска

Дошкольный возраст - важнейший этап в развитии ребенка. Это период его приобщения к миру общечеловеческих ценностей, время установления первых отношений с людьми. Вместе с тем детский возраст характеризуется повышенной ранимостью и чувствительностью.

Число новорожденных детей с различными недостатками развития неуклонно растет. Все чаще наблюдаются нарушения психического здоровья, нервно-психические расстройства у детей. Среди причин этого:

- аномальное, травматичное течение родов, грубые родовспомогательные процедуры, при которых травмируются различные отделы центральной нервной системы ребенка; биологически и социально незрелые родители;
- низкий уровень психологической грамотности, явная невротизация и психопатизация определенного числа взрослых – родителей, педагогов, не редко не умеющих вести себя гибко, ситуативно и доброжелательно, от которых дети «заражаются» тревогой и напряжением;
- кризисное, переходное состояние нашего общества, ощущение неопределенности и беспокойства у значительной части населения, большое количество стрессов и накапливающиеся эмоциональные нагрузки;
- усложнение учебных требований, особенности межличностной коммуникации в детском коллективе.

Распадается практически каждый второй из вновь заключенных браков. За этим стоит психическая травматизация детей, различные нарушения в развитии их характера и формировании личности. Современная семья стала малодетной, и в полной семье на одного ребенка, как правило, приходится несколько взрослых, воспитывающих его далеко не всегда последовательно и согласованно.

Большинство родителей сталкиваются с проблемой «трудных» детей. Но кто они, эти «трудные» дети?

Самой распространенной формой хронических нарушений поведения в детском возрасте является синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Основные

проявления СДВГ – гиперактивность, импульсивность, нарушения внимания. **Гиперактивность** детей характеризуется тем, что они чрезмерно подвижны, бегают, крутятся и т.п. Избыточная моторная активность чаще всего бесцельна, не соответствует требованиям конкретной обстановки.

Импульсивность у детей выражается в том, что ребенок часто действует не подумав; на занятиях и в играх он с трудом дожидается своей очереди, перебивает других, не выслушивает до конца обращенные к нему вопросы.

Нарушения внимания проявляются у детей с СДВГ в области концентрации, неспособности сохранить внимание более нескольких минут, отвлекаемость.

Несмотря на то, что проблемой гиперактивности детей занимаются многие специалисты (педагоги, логопеды, психологи, невропатологи, психиатры), в настоящее время среди родителей и педагогов существует мнение, что гиперактивность – это всего лишь поведенческая проблема или результат неумелого воспитания. Причем чуть ли не каждого ребенка, проявляющего в группе детского сада или в классе излишнюю подвижность и неусидчивость, взрослые причисляют к разряду гиперактивных детей. Такая поспешность в выводах далеко не всегда оправдана, так как синдром гиперактивности с дефицитом внимания – это медицинский диагноз, право, на постановку которого имеет только специалист. При этом диагноз ставится только после проведения медицинского обследования и специальной диагностики, а ни как ни на основе фиксации излишней двигательной активности ребенка. В международной классификации болезней 10-го пересмотра МКБ – 10, рекомендованной ВОЗ (Всемирной организацией здравоохранения) разработаны диагностические критерии и выделены клинические проявления СДВГ у детей, на которые опирается специалист в процессе диагностики.

Наблюдения и различные исследования показали, что гиперактивность к подростковому возрасту значительно уменьшается, а в зрелом возрасте исчезает (до 50% случаев). Однако нарушения внимания и импульсивность в половине случаев продолжают сохраняться вплоть до взрослого возраста. У людей, страдавших в детстве тяжелыми формами СДВГ, велик риск социальной дезадаптации. СДВГ в сочетании с поведенческими расстройствами, может быть предвестником целого ряда нарушений личности (например, психопатии). Синдром дефицита внимания с гиперактивностью способствует развитию алкоголизма и наркомании (П. Уэндер, Р.Шейдер).

Предполагается, что на развитие синдрома влияет множество факторов, в числе которых называются:

- органические поражения головного мозга, нейроинфекции;
- пренатальная патология;

- генетический фактор;
- психосоциальные факторы, действующие на ребенка до его рождения (стрессы и психотравмы, испытываемые матерью во время беременности);
- заболевания, нарушающие деятельность мозга (астма, частые пневмонии, сердечная недостаточность и др.);
- особенности нейрофизиологии и нейроанатомии (дисфункция активизирующих систем ЦНС);
- влияние неблагоприятных факторов внешней среды;
- социальные факторы.

В целом возникновение симптомов заболевания относят к началу посещения детского сада. А первое ухудшение – к началу обучения в школе. Подобная закономерность объясняется неспособностью центральной нервной системы ребёнка, страдающего этим заболеванием, справляться с новыми требованиями, которые предъявляются ему в условиях увеличения психических и физических нагрузок.

Переход ребенка из детского сада или семейного круга в школу приводит к:

- значительному увеличению времени без активного движения;
- пребыванию длительное время в закрытом помещении с шумом и толчеей на переменах;
- необходимости полного самообслуживания в раздевалке, за учебной партой, в столовой, туалете;
- «завоеванию» своего места в новом коллективе из 25-30 сверстников;
- резкому изменению характера взаимоотношений с взрослыми;
- большому объему интеллектуальной, учебной информации и т.д.

Адаптационный период связан со стрессом, который приводит к ослаблению организма ребенка, повышению риска заболеваний и снижению эффективности обучения. Современные развивающие программы мало учитывают этот фактор, и совсем не учитывают диагнозы, с которыми дети поступают в школу, и на первоклассника ложится немалая нагрузка. Подчеркнем, хотя поведение детей с СДВГ не соответствует возрастной норме, и обычно им не удается сразу достичь высоких результатов в учебе, общий уровень интеллектуального развития детей с СДВГ соответствует норме. Поэтому гиперактивные дети должны учиться в обычных школьных классах. К тому же именно в коллективе дети с СДВГ могут усвоить навыки общения и правильного поведения. При этом родителям необходимо сразу сказать преподавателю о диагнозе ребёнка, так как формирование письма, чтения и счета у многих гиперактивных детей происходит гораздо медленнее, чем у их сверстников. Так же учителю необходимо заранее подготовиться к взаимодействию с гиперактивным ребёнком.

Ведь характерной чертой **умственной деятельности** гиперактивных детей является цикличность. Дети могут продуктивно работать 5—15 минут, затем 3—7 минут мозг отдыхает, накапливая энергию для следующего цикла. В этот момент ребенок отвлекается и не реагирует на учителя. Затем умственная деятельность восстанавливается, и ребенок готов к работе в течение 5—15 минут. Дети с СДВГ имеют «мерцающее» внимание, могут «впадать» и «выпадать» из состояния сосредоточения, особенно при отсутствии двигательной стимуляции. Им необходимо двигаться, крутиться и постоянно вертеть головой, чтобы оставаться «в сознании».

Исходя из тех требований, которые школа предъявляет детям, становится ясно, что детей с СДВГ нужно не только готовить к школе, но и оказывать им помощь.

Оказание помощи детям с СДВГ всегда должно носить **комплексный характер**, объединять различные подходы: психолого-педагогическая коррекция, психотерапия, работа с родителями, со школьными педагогами, (педагогами д/с), занятия физкультурой и спортом, а также медикаментозное лечение.

Медикаментозная терапия назначается по индивидуальным показаниям в тех случаях, когда когнитивные и поведенческие нарушения не могут быть преодолены лишь с помощью методов модификации поведения, психолого-педагогической коррекции и психотерапии. Рекомендовать ребенку с СДВГ тот или иной лекарственный препарат имеет право только врач.

В последнее время широко распространяется немедикаментозная терапия. Немедикаментозная терапия обычно включает в себя массаж, лечебную физкультуру и мануальную терапию позвоночника. Последнее, по мнению врачей, необходимо потому, что многие проявления гипердинамического синдрома связаны с нарушением мозгового кровообращения. А мозговое кровообращение, в свою очередь, нарушается потому, что где-то какой-то позвонок куда-то сместился и что-то пережимает. Мануальный терапевт поставит этот позвонок на место и все нормализуется. Несомненно, такое иногда случается. К сожалению, редко.

Еще один очень современный способ лечения гипердинамического синдрома связан с применением биологической обратной связи (БОС). С помощью специальной аппаратуры ребенок или подросток получает возможность следить на экране за своей электроэнцефалограммой (ЭЭГ) и каким-то образом ее изменять. Изменяя ЭЭГ, он тем самым изменяет и электрическую активность своего мозга. Несомненным достоинством БОС является то, что при ее применении в организм не вмешивается ничего извне. Человек фактически сам себе помогает и сам же оценивает и контролирует достигнутый

результат. Понятно, правда, что в случае смещенных позвонков никакая биологическая обратная связь ребенку не поможет.

Каждая семья хочет знать, какое лечение будет наиболее эффективным для их ребенка. На этот вопрос должен ответить их лечащий врач. Одинаково «хороших рецептов», подходящих для всех детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью не существует.

Литература:

1. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. Москва. «Школа-Пресс». 2001.
2. Заваденко Н. Н., Успенская Т. Ю., Суворинова Н. Ю. Диагностика и лечение синдрома дефицита внимания у детей // Журн. невролог и психиатр. 1997. № 1. С. 57—61.
3. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста. Под ред. Шипицыной Л.М. СПб. «Речь». 2003.
4. Лютова Е.К. Моница Г.Б. Шпаргалка для взрослых. Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. М. «Генезис». 2000.
5. Моница Г.Б. Панасюк Е.В. Предшкольный бум. Екатеринбург. «У-Фактория». 2007.
6. Широкова Г.А. Справочник дошкольного психолога. Ростов-на-Дону. «Феникс». 2003.