Киселева Ольга Михайловна
Муниципальное бюджетное дошкольное
образовательное учреждение
«Детский сад №1»
пгт.Никель
Педагог-психолог
1 квалификационная категория

Психолого-педагогическая помощь детям с синдромом дефицита внимания (СДВ) без гиперактивности

Проблемы, связанные с изучением синдрома дефицита внимания (СДВ), сегодня крайне актуальны. Бытует мнение, что как самостоятельное неврологичексое заболевание СДВ существовать не может. Диагноз в общественном сознании сводится к симптому двигательной гиперактивности. Сравнительно недавно ученые пришли к пониманию, что СДВ можно болеть и без гиперактивности.

Одно из самых распространенных заблуждений в отношении синдрома дефицита внимания (СДВ) – мнение, что он всегда сопряжен с гиперактивностью. Многие уверены, что если ребенок не лезет на стену, не имеет проблем с поведением и дисциплиной, то у него не может быть этого синдрома. Порой кажется, что диагноз в общественном сознании сводится к симптому двигательной гиперактивности.

Это ошибочно, но неудивительно, ведь СДВ впервые был описан именно у гиперактивных детей, и наши знания о нем во многом базируются на исследованиях этой популяции. Сравнительно недавно ученые пришли к пониманию, что СДВ можно болеть и без гиперактивности.

Современные данные свидетельствуют, что в мире множество детей и взрослых имеют полный набор симптомов СДВ, но при этом не только не гиперактивны, но даже не проявляют активности вообще. Скорее наоборот: они ведут себя медлительно.

Дети с СДВ традиционно описываются как невнимательные, постоянно выпадающие из контекста происходящего, «витающие в облаках», рассеянные, забывчивые и неорганизованные в быту и в работе. Они часто не доводят дела до конца, могут терять нить выполняемого ими задания в середине работы над ним, быстро начинают испытывать сильную скуку при выполнении задания.

СДВ неоднозначное заболевание, такие его проявления, как переменчивое настроение, рассеянность, импульсивность можно легко принять за особенности характера или темперамента. Тем не менее, результаты последних исследований демонстрируют, что существует ряд генов, ответственных за развитие синдрома; что процессы, происходящие в мозге человека с диагнозом СДВ, отличаются от процессов в головном мозге здорового человека, а само заболевание вносит серьезные трудности в повседневную жизнь человека и его близких.

Симптомы или «три столпа СДВ»:

1. Импульсивность.
2. Отвлекаемость и невнимательность.
3. Повышенная активность.

Не так давно, в результате исследований и клинических наблюдений, ученые пришли к выводу, что человек может иметь полный набор симптомов СДВ, но при этом не быть гиперактивным.

Дети с СДВ без гиперактивности (чаще девочки) погружаются в фантазии и размышления. Их внимание переключается с одной мысли на другую, не останавливаясь подолгу на чем-то одном.

Причина синдрома кроется в генах и биологии (органические нарушения), а не в сознательном выборе ребенка не стараться. СДВ – это не результат плохого воспитания или глубочайший недостаток характера. Это не оправдание лени и не проявление темперамента. Это неврологическое заболевание, вызывающее различные трудности с выполнением самых простых действий.

На сегодняшний день установлено, что биологические факторы, в частности пре-, пери, постнатальные патологии наиболее значимы в этиологии ММД (минимальной мозговой дисфункции). Эта дисфункция, как сейчас считают, лежит в основе развития такого расстройства психики как «синдром дефицита внимания» у детей.

Ведущим симптомом в СДВ является нарушение произвольного внимания у детей. Кроме того, следует отметить, что уровень интеллекта этих детей, как правило, не ниже возрастной нормы. Но их интеллектуальный потенциал не может проявиться должным образом и получить своё дальнейшее развитие и реализацию в силу их эмоциональных и психофизиологических особенностей.

В чем же отличие СДВ от СДВГ. У детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) также можно наблюдать многие из перечисленных симптомов, однако они обязательно сочетаются с признаками *гиперактивности* (неусидчивости, двигательного беспокойства) и *импульсивности* (трудности оттормаживания непроизвольных спонтанных реакций, проявляющейся как в учебной деятельности, так и в социальной коммуникации). Эти симптомы отсутствуют у детей с СДВ, которые по данным показателям являются скорее полной противоположностью детей с СДВГ – для них характерны крайне низкий уровень активности и нередко избыточный уровень сознательного контроля.

Когнитивные нарушения в виде трудностей освоения навыков счета, чтения и письма, характерные для детей с СДВ, не столь типичны для детей с СДВГ, среди которых они встречаются значительно реже. Таким образом, профиль когнитивного дефицита для детей с СДВ также отличается от детей с СДВГ.

Мозговые механизмы СДВ И СДВГ. СДВ представляет собой вариант нарушения развития в детском возрасте, аналогичный по своему механизму синдрому расстройства управляющих функций характерному для пациентов с поражением конвекситальной лобной коры и приводящему к исходному симптомокомплексу поведенческих и когнитивных нарушений. СДВ/гиперактивности – дисфункция центральной нервной системы, преимущественно ретикулярной формации головного мозга – совокупность нервных структур, расположенных в центральных отделах стволовой части мозга (продолговатом и среднем мозге, зрительных буграх), проявляющаяся трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов.

Выделяют 3 варианта течения синдрома дефицита внимания/гиперактивности в зависимости от преобладающих клинических симптомов:

1. Синдром, сочетающий дефицит внимания и гиперактивность.
2. Синдром ДВ без гиперактивности.
3. Синдром гиперактивности без ДВ.

Критерии диагноза и клинические проявления. Адекватная диагностика СДВ/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, и в школе.
- Симптомы не являются проявлением других заболеваний.
- Нарушение обучения и социальных функций.

Диагноз СДВ может быть установлен при наличии по крайней мере 6 из описанных ниже симптомов. Ребенок имеет дефицит внимания, если он:

1. Не обращает внимания на детали и допускает ошибки в работе.
2. С трудом поддерживает внимание в работе и игре.
3. Не слушает то, что ему говорят.
4. Не в состоянии следовать инструкциям.
5. Не может организовать игру или деятельность.
6. Имеет сложности в выполнении заданий, требующих длительной концентрации внимания.
7. Часто теряет вещи.
8. Часто и легко отвлекается.
9. Бывает забывчив.

Для диагностики гиперактивности необходимо наличие по крайней мере 5 из перечисленных ниже симптомов. Ребенок гиперактивен, если он:

1. Совершает суетливые движения руками и ногами.
2. Часто вскакивает со своего места.
3. Гиперподвижен в ситуациях, когда гиперподвижность неприемлема.
4. Не может играть в «тихие» игры.
5. Всегда находится в движении.
6. Очень много говорит.

При неврологическом осмотре ребенка с СДВ сгиперактивностью или без нее очаговая неврологическая симптоматика, как правило, отсутствует. Могут отмечаться недостаточность тонкой моторики, нарушения реципрокной координации движений и умеренная атаксия. Чаще, чем в общей детской популяции, наблюдаются речевые нарушения.

Важно помнить, что у «невнимательных» детей внимания многовато и оно распределяется на любые внешние стимулы (раздражители). Из-за многообразия стимулов ребенку тяжело выделить то, что сейчас важно! Импульсивность объясняется слабостью тормозного контроля со стороны коры больших полушарий головного мозга, в частности, второй сигнальной системы – речи.

Коррекция СДВ у детей

Главной задачей в коррекционной работе с детьми с СДВ является формирование произвольного внимания, развитие пространственных представлений, развитие навыков саморегуляции и сенсорная стимуляция (занятия с нейропсихологом, которые позволят не только снизить вероятность сенсорной депривации, но и помогут созреть «пострадавшим» отделам мозга), организация среды и самое главное – научить родителей и педагогов.

Основные принципы коррекции:

- Привести в порядок окружающую среду.
- Общение на «уровне глаз».
- Говорить «что делать», а не «что не делать».
- Четкие короткие предложения.
- Все слова подтверждать наглядным примером.
- Хвалить за проявления произвольной концентрации и следования правилам.
- Не допускать сенсорной депривации.

Основные принципы «правильно» организованной среды:

- Среда должна направлять ребенка в его деятельность, среду организовывают родители/педагоги.
- Наполнение среды должно быть логично и предсказуемо для ребенка.
- Все правила должны быть предоставлены среде – пиктограммы, расписание.
- Контроль со стороны взрослых должен быть, но у ребенка должно быть время и для полной свободы.

Основные принципы коррекции ***поведения школьника***. В школе такому ребенку крайне тяжело из-за множества одновременных стимулов. Количество раздражителей очень велико и ему трудно выделить те, на которые следует обратить внимание в первую очередь. Поэтому важно определить место такого ребенка в пространстве, так чтобы учитель, а не дети и другие предметы попадались в «секторы внимания». Такому ученику крайне важно давать четкие, пошаговые инструкции: открой книгу по математике, тетрадь, открой пенал, возьми карандаш. Необходимо наглядных опорных схем, объяснение объединить обязательно с наглядной демонстрацией, научить ребенка проговаривать свои действия, распечатывать домашние задания и требования, что принести к урокам на отдельных листах и приклеивать в дневник, не ругать такую особенность (ребенок не виноват!), использовать элемент самопроверки и «игру в учителя».

Игры для коррекционной работы.

1. Развитие пространственных умений и саморегуляции.
   - на их основе может быть продолжено при помощи упражнений со спичками. Они просты и доступны детям практически с любого стартового уровня.
2. Методика формирования конструктивной деятельности.
   - на столе из 3-5-ти спичек выкладывается фигура, инструкция: «Срисуй, а потом выложи такую же».
   - на каждом занятии следует работать с 2-3-мя фигурами, чтобы не утомлять ребенка, и не истощать его мотивации.
   - отрабатывается 5-6 фигур в течение нескольких занятий до упрочнения у ребенка способности к организации деятельности в соответствии с образцом.
   - главным на первом этапе работы является не «точность» рисования и конструирования, а общее понимание эталонов формы и последовательности действий при их копировании.
   - необходимо на каждом этапе копирования обращать внимание ребенка на соотнесение получившейся у него фигуры с эталоном (то есть поэлементное копирование).
3. Методика конструирования предметов из частей.
   - используются разрезанные на части предметные изображения. Ребенку предлагается сложить из них изображение: по предъявляемому образцу, самостоятельно.
   - на первом этапе занятий ребенок собирает картинку «просто так», хаотически.
   - этот этап необходим для формирования более устойчивых предметных образов-представлений и выработки стратегии «достройки» образа по его части. На втором этапе необходимо собирать картинку по часовой стрелке.
4. Методика поиска недостающих деталей.
   - используются разрезанные на 2-3 части предметные изображения. Ребенку предлагается сложить из них целое изображение, при этом одна из частей отсутствует.
   - ребенку предлагается найти недостающую деталь среди 4-5-ти предъявленных.
5. «Счет вслух»
   - в задании развивается концентрация, распределение, произвольность внимания.
   - взрослый предлагает вести счет от 1 до 20, но после определенного количества чисел ребенок говорит «не собьюсь». Например, 1-2-3, не собьюсь, 4-5-6, не собьюсь и т.д.
6. Корректурная проба в различных вариантах.
7. Упражнение «Методика Мюнстерберга». Ребенку даётся бланк с напечатанными строчками случайно набранных букв, следующих друг за другом без пробелов. Среди этих букв учащиеся должны отыскать слова и подчеркнуть их.

Наибольший эффект в лечении синдрома дефицита внимания/гиперактивности достигается при сочетании различных методик психологической работы (как с самим ребенком, так и с его родителями) и медикаментозной терапии.

Прогноз относительно благоприятен, так как у значительной части детей симптомы исчезают в подростковом возрасте. Постепенно по мере роста ребенка нарушения в нейромедиаторной системе мозга компенсируются, и часть симптомов регрессирует. Однако в 30-70% случаев клинические проявления синдрома дефицита внимания/гиперактивности (чрезмерная импульсивность, вспыльчивость, рассеянность, забывчивость, непоседливость, нетерпеливость, непредсказуемые, быстрые и частые смены настроения) могут наблюдаться и у взрослых. Факторами неблагоприятного прогноза синдрома являются его сочетание с психическими заболеваниями, наличие психопатологии у матери, а также симптомы импульсивности у самого больного. Социальная адаптация детей с синдромом дефицита внимания/гиперактивности может быть достигнута только при условии заинтересованности и сотрудничества родителей и педагогов.

Литература:

1. *Сиротюк А.Л.* «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью». Диагностика, коррекция, практические рекомендации родителям и педагогам. Изд. Сфера, СПб., 2002г.
2. *Шевченко Ф.С. Антропов Ю.Ф.* «Лечение детей с психосоматическими расстройствами». Изд. «Речь», СПб., 2002г.
3. *Ясюкова Л.А.* «Психологическая профилактика проблем в обучении и развитии школьников» (Серия «Психологический практикум»). Изд. «Речь», СПб.,2002г.