1.1 Что такое гиперактивность?

"Гипер…" - (от греч. Hyper - над, сверху) - составная часть сложных слов, указывающая на превышение нормы. Слово "активный" пришло в русский язык из латинского "activus" и означает "действенный, деятельный".

Немного существует заболеваний, имеющих столь многочисленные названия. Мы приведём лишь некоторые из них: "легкая дисфункция мозга", "гиперкинетический хронический мозговой синдром", "легкое повреждение мозга", "легкая детская энцефалопатия", "гиперкинез", "гиперактивность", "гиперкинетические импульсивные нарушения", "минимальная мозговая дисфункция" и многие другие.

Переход к массовому школьному обучению заставил внимательно рассмотреть этот вопрос. Были выделены особые категории детей, плохо справляющихся с учебной деятельностью. Традиционные формы воспитания и обучения оказывались здесь неэффективными, поэтому таких учащихся стали именовать исключительными (в негативном аспекте), подчеркивая болезненную природу их ума и характера.

Термин "легкая дисфункция мозга" появился в периодической медицинской печали в 1963 г. после совещания международных экспертов-неврологов, проводившегося в Оксфорде.

По крайней мере, 100 клинических проявлений входило в понятие "легкая дисфункция мозга", включая дисграфию (нарушение письма), дизартрию (нарушение артикуляции речи), дискалькулию (нарушение счета), гиперактивность, недостаточную концентрацию внимания, агрессивность, неуклюжесть, инфантильное поведение и другие.

Термин "легкая дисфункция мозга" нелегко вводился в медицинскую среду. Были направлены анкеты 10 зарубежным педиатрам с вопросам: "Что Вы понимаете под термином "Легкая дисфункция мозга"?". Ответы были самыми разными. Подразумевалась и умственная отсталость, и нарушение координации, и другие отклонения вплоть до начальной стадии олигофрении.

В 1966 г. S.D. Clemens дал следующее определение этого заболевания у детей: "заболевание со средним или близким к среднему

интеллектуальному уровнем, с нарушением поведения от легкой до выраженной степени в сочетании с минимальными отклонениями в центральной нервной системе, которые могут характеризоваться различными сочетаниями нарушений речи, памяти, контроля внимания, двигательной функции". По его мнению, индивидуальные различия у детей могут быть результатом генетических отклонений, биохимических нарушений, инсультов в перинатальном периоде, заболеваний или травм в периоды критического развития центральной нервной системы или других органических причин неизвестного происхождения.

Значительно позднее начали изучать эту проблему отечественные врачи. Наш известный педиатр Ю.Ф. Домбровская в выступлении на симпозиуме, посвященном роли психогенного фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней, который состоялся в 1972 г., выделила группу "трудновоспитуемых" детей, которые доставляют больше всего проблем родителям и педагогам.

С годами бессилие педагогических методов коррекция гиперактивности становилось все более очевидным. Ведь явно или неявно эти методы опирались на старое представление об изъянах воспитания как источнике данной проблемы, тогда как ее психопатологическая природа требовала иного подхода. Опыт свидетельствовал, что школьную неуспеваемость гиперактивных детей несправедливо относить на счет их умственной неполноценности, а их недисциплинированность невозможно скорректировать сугубо дисциплинарными методами. Источники гиперактивности следовало искать в нарушениях нервной системы и в соответствии с этим планировать коррекционные мероприятия.

Исследования в этой области привели ученых к выводу, что в данном случае причиной нарушений поведения выступает дисбаланс процессов возбуждения и торможения в нервной системе. Был локализован и "участок ответственности" за данную проблему - ретикулярная формация. Этот отдел центральной нервной системы "отвечает" за человеческую энергию, за двигательную активность и выраженность эмоций, воздействуя на кору больших полушарий и другие вышележащие структуры. Вследствие различных органических нарушений ретикулярная формация может находиться в перевозбужденном состоянии, и поэтому ребенок становится расторможенным.

Непосредственной причиной нарушения называли минимальную мозговую дисфункцию, то есть множество микроповреждения мозговых структур (возникающих вследствие родовой травмы, асфиксии новорожденных и множества подобных причин). При этом грубые очаговые повреждения мозга отсутствуют. В зависимости от степени поражения ретикулярной формации и нарушений со стороны близлежащих отделом мозга возникают более или менее выраженные проявления двигательной

расторможенности. Именно на моторном компоненте этого нарушения и сосредоточили внимание отечественные исследователи, назвав его гипердинамическим синдромом.

После множества изменений в терминологии заболевания специалисты, наконец, остановились на названии, несколько сложном для понимания читателя, но более точно отражающем его сущность: "синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)". Именно под этим названием данная патология вошла в американскую классификацию заболеваний.

Значительным событием была публикация американскими учеными в 1987 г. ревизии (пересмотра) третьего издания "Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям (DSM-III-R)", что внесло большой вклад в диагностические критерии и даже изменило название заболевания, о чем говорилось выше.

Строгие критерии позволяют стандартизировать методику диагностирования детей с риском такого заболевания и дают возможность сравнивать данные, полученные исследователями в разных странах.

В последние годы этому заболеванию начинают уделять все больше внимания во всех странах, в том числе и у нас. Об этом свидетельствует растущее число публикаций по данной теме. Если в 1957-1960 гг. их было 31, то в 1960-1975 гг. - 2000, а в 1977 -1980 гг. - 7000. В настоящее время ежегодно по этой проблеме публикуется 2000 и более статей и книг.

Причины формирования и проявления гиперактивного поведения

Существует много теорий относительно того, что вызывает у ребенка синдром дефицита внимания с гиперактивностью, проверены и проанализированы сотни тысяч больных, однако сказать, что картина очевидна до конца, пока нельзя. Белые пятна еще остаются. Но врачи и в Европе, и в Америке, и в России работают над решением проблемы, работают успешно, и многие причины уже можно назвать.

Существуют различные мнения ***о причинах возникновения гиперактивности:***

· Наследственность. По данным некоторых специалистов, у 57% родителей, чьи дети страдают этим заболеванием, в детстве отмечались такие же симптомы. Многие на приеме у врача рассказывают про свое трудное детство: как непросто было им в школе, сколько приходилось лечиться, и вот теперь те же проблемы возникают у собственных детей. Правда, довольно часто в таких семьях, кроме симптомов СДВГ, наблюдаются и другие проблемы: употребление алкоголя, наличие асоциальных психопатий, аффективных расстройств; многие матери

имеют серьезные аллергические заболевания, такие как астма, сенная лихорадка, экзема или же страдают мигренью. Ученые-генетики пытаются найти точный ответ, какой все-таки ген несет ответственность за столь тяжелые испытания, выпавшие на долю безвинных детей. И кое-что уже известно. Например, имеются данные о наличии изменений генетического характера при СДВГ, локализованных в 11-й и 5-й хромосомах. Большое значение придается гену рецептора дофамина D4 и гену - переносчику дофамина. Специалисты выдвинули гипотезу о причине заболевания, в основе которой лежит взаимодействие вышеназванных генов. И оно вызывает снижение функций нейромедиаторной системы головного мозга. Но поиски продолжаются.

· Здоровье матери. Гиперактивные дети часто рождаются у матерей, страдающих аллергическими заболеваниями, например сенной лихорадкой, астмой экземой или мигренью.

· Беременность и роды. По одной из теорий считается, что СДВГ связано с органическим поражением головного мозга, которое может возникнуть во время беременности, родов, а также в первые дни жизни ребенка. Большую опасность в данном случае вызывает внутриутробная гипоксия (кислородное голодание плода), к которой особенно чувствителен развивающийся мозг. Вот почему очень важно, чтобы беременность протекала нормально, без патологий, чтобы будущая мать соблюдала все требования, предъявляемые врачом. Ведь эти требования придуманы не просто для осложнения жизни молодой женщины. Известно, что потребность в кислороде у беременных повышается на 25-30% за счет того, что ребенок забирает его из крови матери. Поэтому нужно много гулять, дышать свежим воздухом, ездить на природу все девять месяцев. А самое главное - отказаться от сигарет и алкоголя. Никотин, спазмируя артерии матки, лишает ребенка питания и кислорода, кроме того, он чрезвычайно вреден для нервных клеток. Алкоголь, проникая через плаценту в кровь, наносит мощный удар по формирующемуся мозгу. Как здесь не нарушиться его функциям! Серьезную угрозу представляют и некоторые лекарства, особенно в первой половине беременности, а потому, прежде чем принять любой, даже самый безобидный препарат, необходимо проконсультироваться с лечащим врачом. Очень важно также правильно питаться. Вообще, любые проблемы во время беременности и родов - какими бы незначительными они ни казались непросвещенному человеку - могут иметь различные отрицательные последствия, которые обычно проявляются не сразу после рождения ребенка, а спустя некоторое время. Речь идет об угрозе выкидыша, токсикозах, обострениях хронических заболеваний у матери, перенесенных инфекциях. Замечено, что если ребенок в утробе ведет себя очень буйно, то это может быть признаком будущей гиперактивности, что, в общем-то, и понятно: обычно детки шумят, когда им не хватает кислорода. На языке медицины это

называется "хроническая внутриутробная гипоксия". Очень опасны во время беременности травмы в области живота. Впрочем, страшны травмы не только физические, но и психологические, различные стрессы, а также, что отмечают многие специалисты, нежелание матери иметь данного ребенка. Мы уже не говорим о неудавшихся попытках прервать беременность. Большое значение имеют и иммунологическая несовместимость по резус-фактору, и возраст родителей. Исследования показали, что риск развития патологии велик, если возраст матери во время беременности был меньше 19 или больше 30 лет, а возраст отца превышал 39 лет. На развитие заболевания влияют и осложнения при родах: преждевременные, скоротечные или затяжные роды, стимуляция родовой деятельности, отравление наркозом при кесаревом сечении, длительный (более 12 часов) безводный период. Родовые осложнения, связанные с неправильным положением плода, обвитие его пуповиной, помимо асфиксии, могут повлечь за собой внутренние мозговые кровоизлияния, различные травмы, в том числе плохо диагностируемые легкие смещения шейных позвонков. Все это может отрицательно сказаться на развитии ребенка, его мозговой деятельности. Но, как отмечают врачи, если лечение данных патологий начать в раннем возрасте, то синдром дефицита внимания с гиперактивностью может не случиться, а если и появятся его признаки, то они будут куда слабее, чем при отсутствии лечения.

· Окружающая среда. Можно предположить, что экологическое неблагополучие, которое сейчас переживают все страны, вносит определенный вклад в рост количества нервно-психических заболеваний, в том числе и СДВГ. Например, диоксины - сверхъядовитые вещества, возникающие при производстве, обработке и сжигании хлорированных углеводородов. Они часто применятся в промышленности и домашнем хозяйстве и могут приводить к канцерогенному и психотропному действиям, а также к тяжелым врожденным аномалиям у детей. Загрязнение окружающей среды солями тяжелых металлов, таких, как молибден, кадмий, ведет к расстройству центральной нервной системы. Соединения цинка и хрома играют роль канцерогенов. Увеличение содержания свинца - сильнейшего нейротоксина - в окружающей среде может быть причиной появления поведенческих нарушений у детей. Известно, что содержание свинца в атмосфере в настоящее время в 2000 раз выше, чем до времени начала индустриальной революции

· Отношения внутри семьи. Исследования, проведенные Брязгуновым И.П., Касатиковой Е.В. показали, что две трети детей, характеризующихся как гиперактивные - это дети из семей высокого социального риска. К ним относятся семьи:

Ø с неблагополучным экономическим положением (один или оба родителя безработные, неудовлетворительные материально-бытовые условия, отсутствие постоянного места жительства);

Ø с неблагоприятной демографической ситуацией (неполные и многодетные семьи, отсутствие обоих родителей);

Ø семьи с высоки уровнем психологической напряженности (постоянные ссоры и конфликты между родителями, трудности во взаимоотношениях между родителями и детьми, жесткое обращение с ребенком);

Ø семьи, ведущие асоциальный образ жизни (родители страдают алкоголизмом, наркоманией, психическими заболеваниями, ведут аморальный образ жизни, совершают правонарушения).

В семьях высокого социального риска детям практически не уделяют внимания. Педагогическая запущенность способствует отставанию ребенка в психическом развитии. Такие дети, имея от рождения нормальный уровень интеллекта, на 2-3 году обучения попадают в классы коррекции, потому что родители совсем не занимаются их развитием. У этих детей могут появляться признаки эмоциональной депривации - эмоционального "голода", вследствие недостатка материнской ласки и нормального человеческого общения. Они готовы привязаться к любому человеку, который проявит заботу о них. В подростковом возрасте они часто попадают в асоциальные компании. Причиной гиперактивности ребенка может стать и неудовлетворение ребенка общением с близкими людьми, отсутствием эмоционального контакта во внешне благополучных семьях. Характерно, что и как гиперактивные дети предают в рисунке своей семьи. Понимая, что такое семья, перечислив всех ее членов, в том числе и себя, они, прежде всего, рисуют предметы: дома, деревья, облака, траву, только потом переходят к изображению людей. А, изобразив членов семьи: папу, маму, тетю, бабушку, очень часто "забывают" найти в этом кругу людей место для себя. На вопрос: "Почему же тебя нет на рисунке?" - ребенок обычно отвечает: "А я на кухне", "А я в детском саду", "А я на улице". То есть через рисунок семьи передается отсутствие теплого, тесного контакта ребенка с близкими взрослыми, чувства других и себя среди этих других, проявятся отдаленность и отдельность от них, и прежде всего от матери. Вообще для всех гиперактивных детей любовь матери (любит? - не любит?), ее проявление в разных ситуациях не просто актуальная, а доминирующая тема среди всех других. Это свидетельствует о том, что присущая малышу потребность в эмоциональном контакте с близким взрослым не удовлетворена. Хорошо, если ребенок "достучится" до взрослого, а взрослый услышит этот "крик" души. Можно дополнить картину взаимоотношений гиперактивного ребенка с близким взрослым еще некоторыми особенностями. Так, обследований детей показывает, что

во многих семьях гиперактивные дети находятся под неослабным контролем матери, но именно поэтому у них плохо развиваются чувства независимости и самостоятельности. Матери, контролируя, дают больше указаний, но менее ласковы к детям, мало поощряют и хвалят их. Результатом же этого становится чаще всего неумеренное ужесточение режима воспитания, иногда жалость, апатия от ощущения безысходности или, наоборот, чувство вины за неправильное воспитание. Создается ситуация, когда в процессе воспитания ребенок получает значительно больше негативных, чем позитивных, воздействий. Его часто наказывают, начинают сомневаться в его способностях, постоянно указывают на ошибки, и иногда начинают считать неполноценными. В некоторых случаях дети с гиперактивностью могут провоцировать родителей к резко агрессивным реакциям, особенно если сами родителя неуравновешенны и неопытны. То есть, с одной стороны, гиперактивность у детей может быть сильно выражена из-за недостаточного или неадекватного воспитания, а с другой стороны, ребенок с гиперактивность сам создает условия, которые становятся причиной трудностей взаимоотношений в семье, вплоть до ее распада. Гиперактивные дети имеют огромный дефицит физического и эмоционального контакта с матерью. В силу своей повышенной активности они как бы сами "уходят", отстраняются от таких контактов с матерью, но на самом деле глубоко нуждаются в них. Из-за отсутствия этих важных контактов чаще всего и возникают нарушения в эмоциональной сфере: тревожность, неуверенность, возбудимость, негативизм. А они, в свою очередь, отражаются на умении ребенка контролировать себя, сдерживаться, быть внимательным, переключаться на другое. Чтобы убедиться в значимости эмоционального контакта матери и ребенка, достаточно присмотреться к взаимодействию мам со своими детьми в кабинете психолога во время выполнения задания, например, совместного рисунка на свободную тему. Одну маму, можно определить как отвергающую, "эмоционально-безразличную", другую - как подавляющую, "сверхдинамичную". В паре "эмоционально-безразличная мама и ребенок" инициатива в определении сюжета для рисования исходит от самого ребенка, а мама пассивно дает свое согласие. Сам же процесс деятельности совместным назвать трудно, поскольку мама и ребенок "поделили" работу: каждый из участников рисует на своей половине листа, друг с другом они почти не пересекаются. Работают в основном молча или же инициативу общения поддерживает ребенок: могут перекинуться несколькими фразами, касающимися в большей степени технической стороны дела, например, попросить передать карандаш. Ребенок, вдруг ощутивший комфорт от новизны ситуации взаимодействия, начинает активизировать маму, реакция которой выражается либо явным безразличием, либо отказом рисовать. Чаще всего мама первая определяет объем работы, ставит точку и ждет, когда закончит работу ребенок. Вся деятельность проходит при явной угнетенности состояния матери, что в итоге приводит к угасанию интереса и у ребенка. Взаимодействие

"сверхпедантичной", гиперопекающей мамы с ребенком выглядит совсем иначе. Инициатором начала деятельности чаще всего выступает мама. Но если ребенок все же предлагает тему или сюжет, мама обязательно его уточник своим "последним словом". Мама и ребенок работают каждый на своей половине листа. Попытки же ребенка превратить совместную деятельность в игру, в общение (ведь это не запрещено!) часто завершаются для него неудачей: "Не заглядывай!" - говорит мама сыну, когда тот пытается получше разглядеть, что же она нарисовала на своей половине листа. Через некоторое время мама первая заканчивает работу, объясняя это, усталостью и неумением рисовать, а пока ребенок продолжает работать, она выполняет функцию контролера. В данном случае взаимодействие мамы и ребенка эмоционально богаче предыдущего, но эти эмоции не создают более радостную и комфортную обстановку, а чаще выполняют функции оценки и контролера: "Что это у тебя сова на орла похожа, разве это сова?" или "Не вертись, вот сделаешь все, потом будешь вертеться!" - хмурится мама. Мы считаем, что эти два примера, лишь частичка реальных отношений между мамой и ребенком, однако и они уже дают основания для некоторых прогнозов. Однако вышеописанные особенности поведения все же не дают полной характеристики этого типа детей, хотя и лежат на поверхности в виде повышенной двигательной активности и недостаточно сформированных действий самоконтроля. Может быть, не столь ярко выступающими, но имеющими чрезвычайно большое значение и для понимания природы гиперактивного поведения детей, и для коррекции отдельных ее проявлений являются разнообразные симптомы и нарушения эмоциональной сферы. Мы уже говорили о них. И все же напомним снова. Во-первых, дети этого типа часто или возбудимы, или внутренне напряжены. Во-вторых, обследования подтверждают, что эти дети бедны эмоциональными ощущениями: у них не выразительны в цветовом отношении рисунки, стереотипны и поверхностны образы; беден эмоциональный отклик на музыкальные, художественные произведения, не глубоки эмоциональные проявления по отношению с другими людьми. В-третьих, чему следует уделить особое внимание, подобная картина эмоционального поведения школьника младших классов может быть существенно дополнена изучением эмоциональной взаимосвязи между ребенком и близким взрослым, в первую очередь между ребенком и матерью.

Опасности первых лет жизни

Мозг человека формируется на протяжении первых 12 лет его жизни, и, естественно, в этот период он наиболее уязвим. Любые, казалось бы, малозначительные, удары, ушибы могут впоследствии сказаться на здоровье ребенка. Поэтому призываем родителей быть, в этом плане особенно бдительными. На практике встречается много случаев, когда

мама обращается по поводу общего нездоровья ребенка: плачет все время, плохо спит, отказывается от еды. При осмотре малыша, казалось бы, все в порядке: никаких признаков простуды, желудок, сердце - все в норме. После расспросов - где гулял, с кем, как играет и т. д. - выясняется, что несколько дней назад (она даже обычно не помнит точно, когда) малыш упал и, видимо, сильно ударился головой. За этим следует немедленная госпитализация, многочисленные диагностические исследования и длительное лечение. Не всегда, к сожалению, оно приносит максимальный эффект. А ведь все могло бы быть куда проще, обратись родители немедленно к врачу. Следует помнить, что травмы головы могут нарушить деятельность мозга в любом возрасте, но в период созревания, то есть до 12 лет, они особенно опасны. Отрицательно сказываются на формировании мозга и любые заболевания в младенчестве, если они проходят с длительной высокой температурой, а также прием некоторых сильнодействующих препаратов. Невропатологи считают, что целый ряд хронических заболеваний, таких как бронхиальная астма (тяжелая), нарушение обмена веществ, сердечная недостаточность, а также частые пневмонии, нефропатии, нередко становятся факторами, негативно влияющими на нормальную работу мозга. Когда ребенок подрастает (где-то после двух лет), на развитие и становление его психики начинает оказывать серьезнейшее влияние окружающая обстановка, в первую очередь, естественно, в семье, характер отношений с взрослыми. Безусловно, если малыш живет среди людей, постоянно конфликтующих друг с другом, отголоски этих конфликтов (как бы взрослые ни старались их скрыть, а зачастую они не очень-то и скрывают) обязательно доносятся до него и каждый раз больно ранят его душу. Даже если ребенок и не очень вникает в ситуацию, обстановка раздора и вражды всегда очень пагубна и болезненна. Совсем плохо, когда все это проходит на фоне бесконечных попоек и бражничества. Из этих наблюдений можно сделать вывод, что значение биологических факторов имеет решающее значение в первые годы жизни ребенка, но затем возрастает роль социально-психологических моментов, и, прежде всего семейной обстановки.

Причиной развития психопатологии может стать и другая крайность, когда ребенок становится в доме центром Вселенной, когда все подчинено его желаниям, когда с ним носятся, постоянно опекают, стараются угодить. Какими бы ни были биологические задатки малыша, при таком воспитании он теряет чувство реальности и контроля. А вот разумное, правильное воспитание может в таком возрасте компенсировать даже серьезную патологию. К интересному выводу пришли западные ученые Р.Кинг и Д. Ношпич. Оказывается, не последнюю роль в том, как ребенок преодолеет наметившиеся в его психике проблемы, играет материальная обеспеченность и бытовые условия. Они установили, что у многих детей из семей, где достаток выше, последствия патологии, возникшей в течение беременности или во время родов, исчезают к моменту поступления в

школу, тогда как у детей из неблагополучных в этом отношении семей они продолжают сохраняться.

Особенности развития гиперактивных детей

Гиперактивные дети - это дети, которым трудно долго сидеть на одном месте, молчать, подчиняться инструкциям. Они создают дополнительные трудности в работе воспитателям и учителям, потому что очень подвижны, вспыльчивы, раздражительны и безответственны. Гиперактивные дети часто задевают и роняют различные предметы, толкают сверстников, создавая конфликтные ситуации. Они часто обижаются, но о своих обидах быстро забывают. Известный американский психологи В. Оклендер так характеризуют этих детей: "Гиперактивному ребенку трудно сидеть, он суетлив, много двигается, вертится на месте, иногда чрезмерно говорлив, может раздражать манерой своего поведения. Часто у него плохая координация или недостаточный мышечный контроль. Он неуклюж, роняет или ломает вещи, проливает молоко. Такому ребенку трудно концентрировать свое внимание, он легко отвлекается, часто задает множество вопросов, но редко дожидается ответов". Гиперактивные дети не способны сосредоточится даже на короткое время на определённом объекте. Они как бы постоянно «опуганы» раздражителями, среди которых не могут выделить главные и существенные. Они останавливают внимание на побочных явлениях, концентрируются на них и уже не могут реагировать на основные. Память этих детей характеризуется определёнными особенностями, которые во многих отношениях связаны с нарушением внимания, повышенной утомляемостью, незрелостью ЦНС и с другими отклонениями, влияющими, прежде всего, на фиксирование событий и предметов в памяти. Специфические особенности имеет и моторика гиперактивного ребёнка. Эти дети выделяются своей неловкостью, неуклюжестью. Наиболее часто нарушенными оказывается тонкая моторика (что проявляется в неровности почерка, растянутости букв) и сенсомоторная координация (неловкость в движениях рук). Часто наблюдаются излишнее мышечное напряжение, повышенный мышечный тонус.

Гиперактивное поведение детей отличается следующими признаками:

Невротические привычки в виде сосания большого пальца;

Часто наблюдается беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутиться, вертится.

Встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.

Проявляет бесцельную двигательную активность: бегает, крутится, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо.

Обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.

Находится в постоянном движении и ведет себя так, "как будто к нему прикрепили мотор".

Часто бывает болтлив.

Часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца.

Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.

Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).

Повышенная утомляемость, особенно психическая. Гиперактивный ребёнок при плановой работе не может сосредоточиться, часто бывает бледным и сонным;

Нарушение сна и аппетита;

Навязчивые тики;

Высокая частота распространения у мальчиков обусловлена более высокой уязвимостью плода мужского пола к патогенетическим воздействиям во время беременности и родов. У девочек полушария головного мозга менее специализированы из-за большого количества межполушарных связей, поэтому они имеют больший резерв компенсанаторных механизмов по сравнению с мальчиками при поражении ЦНС.

Дети с СДВГ имеют трудности не только в поведении, но и в учёбе. Они не в состоянии в полной мере соответствовать школьным требованиям, несмотря на часто встречающийся у них хороший общий уровень интеллектуального развития. На уроках таким детям сложно справляться с предлагаемыми заданиями, так как они не могут сами организовать и завершить работу. Навыки чтения и письма у гиперактивного значительно ниже, чем у сверстников, и не соответствуют его интеллектуальным способностям. Письменные работы выполняют неряшливо, с ошибками из-за невнимательности. При этом ребёнок не склонен прислушиваться к советам взрослых. Специалисты предполагают, что дело здесь не только в нарушении внимания. Трудности формирования навыков письма и чтения нередко возникают из-за недостаточного развития координации движений, зрительного восприятия, речевого развития.

Как выявить гиперактивного ребенка?

Поведение гиперактивных детей может быть внешне похожим на поведение детей с повышенной тревожностью, поэтому педагогу и родителям важно знать основные отличия поведения одной категории детей от другой. Приведенная ниже таблица 1 поможет в этом. Кроме того, поведение тревожного ребенка социально не разрушительно, а гиперактивный часто является источником разнообразных конфликтов, драк и просто недоразумений.

Критерии гиперактивности (схема наблюдения за ребенком):

Дефицит активного внимания.

Непоследователен, ему трудно долго удерживать внимание.

Не слушает, когда к нему обращаются.

С большим энтузиазмом берется за задание, но так и не заканчивает его.

Испытывает трудности в организации.

Часто теряет вещи.

Избегает скучных и требующих умственных усилий заданий.

Часто бывает забывчив.

Двигательная расторможенность.

Постоянно ерзает.

Проявляет признаки беспокойств (барабанит пальцами, двигается в кресле, бегает, забирается куда-либо).

Спит намного меньше, чем другие дети, даже в младенчестве.

Очень говорлив.

Импульсивность:

1.Начинает отвечать, не дослушав вопрос.

2. Не способен дождаться своей очереди, часто вмешивается, прерывает.

3. Плохо сосредоточивает внимание.

Не может дождаться вознаграждения (если между действиями и вознаграждением есть пауза).

При выполнении заданий ведет себя по-разному и показывает очень разные результаты (на некоторых занятиях ребенок спокоен, на других - нет, но одних уроках он успешен, на других - нет).

Если в возрасте до 7 лет проявляются хотя бы шесть из перечисленных признаков, педагог, родители могут предположить, что ребенок, за которым он наблюдает, гиперактивен.

Основные проявления гиперактивности можно разделить на три блока:

· дефицит активного внимания,

· двигательная расторможенность,

· импульсивность.

Возрастная динамика гиперактивного поведения

Анализ возрастной динамики показал, что признаки расстройства наиболее выражены в дошкольном и младшем школьном возрастах: наибольший процент детей с синдромом отмечается в 5--10 лет, что отличается от возраста 11--12 лет. Таким образом, мы считаем, что пик проявления синдрома приходится на период подготовки к школе и начало обучения. Это обусловлено динамикой развития высшей нервной деятельности. 5,5--7 и 9--10 лет -- критические периоды для формирования систем мозга, отвечающих за мыслительную деятельность, внимание, память. К 7 годам, как пишет Д.А. Фарбер [1991], происходит смена стадий интеллектуального развития, формируются условия для становления абстрактного мышления и произвольной регуляции деятельности. В 6--7 лет дети с синдромом не готовы к обучению в школе в связи с замедлением темпов функционального созревания коры и подкорковых структур. Систематические школьные нагрузки могут привести к срыву компенсаторных механизмов центральной нервной системы и развития дезадаптационного школьного синдрома, усугубляемого учебными трудностями. Поэтому вопрос о готовности к школе для гиперактивных детей должен решаться в каждом конкретном случае психологом и наблюдающим ребенка врачом. Всплеск гиперактивности в 12-15 лет в группе риска, а в группе с синдромом в 14 лет совпадает с периодом полового созревания. Гормональный "бум" отражается на особенностях поведения и отношении к учебе. "Трудный" подросток (а именно к этой категории относится большинство детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью) может решиться на расставание со школой. К концу

периода полового созревания гиперактивность и эмоциональная импульсивность практически исчезают или маскируются другими личностными чертами, повышается самоконтроль и регуляция поведения, дефицит внимания сохраняется. Нарушение внимания - основной признак заболевания, поэтому именно он определяет дальнейшую динамику и прогноз заболевания синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Здесь может решаться вопрос и о расставании со школой. К концу периода полового созревания гиперактивность и эмоциональная импульсивность практически исчезают или маскируются другими личностными чертами, повышается самоконтроль и регуляция поведения, дефицит внимания сохраняется (О.В.Халецкая, В.М.Трошин). Нарушение внимания - основной признак заболевания, поэтому именно он определяет дальнейшую динамику и прогноз заболевания. Среди мальчиков 7--12 лет признаки синдрома диагностируются в 2--3 раза чаще, чем среди девочек. Среди подростков это соотношение составляет 1:1, а среди 20--25-летних -- 1:2 с преобладанием девушек. Преобладание мальчиков- это не только следствие субъективного мнения респондентов, отвечающих на вопросы анкеты. Хотя учителя чаще всего именно в мальчиках видят нарушителей порядка. Высокая частота симптомов заболевания у мальчиков может быть обусловлена влиянием наследственных факторов, а также более высокой уязвимостью плода мужского пола к патогенетическим воздействиям во время беременности и родов. У девочек большие полушария головного мозга менее специализированны, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных функций по сравнению с мальчиками при поражении центральной нервной системы. Кроме того, отмечаются половые различия в структуре и динамике поведенческих нарушений. У мальчиков симптомы гиперактивности и другие нарушения поведения появляются с 3- 4 лет, что заставляет родителей обращаться к врачу ещё до поступления ребёнка в школу. Среди девочек гиперактивность встречается реже, заболевание у них чаще проявляется, в виде нарушений внимания отклонения проявляются более скрыто.

Виды готовности ребенка к школьному обучению

Физиологическое развитие ребёнка непосредственно влияет на школьную успеваемость и является основной для формирования психологической и социальной готовности к школе. Физиологическая готовность к школе определяется уровнем развития основных функциональных систем организма ребёнка и состоянием его здоровья. Оценку физиологической готовности к систематическому школьному обучению проводят медики по определённым критериям. При формировании и диагностике психологической готовности к школе необходимо учитывать уровень физиологического развития и состояние здоровья ребёнка, так как они составляют фундамент школьной деятельности. Частоболеющие, физически ослабленные учащиеся даже при наличии высокого уровня

развития умственных способностей, как правило, испытывают трудности в обучении. В медицинской карте будущих первоклассников содержаться достаточно подробные сведения о соматическом развитии ребёнка (рост, вес, пропорции тела и т.д. относительно возрастной нормы), при этом практически ничего не говорится о состоянии нервной системы.