

Муниципальное дошкольное образовательное бюджетное учреждение «Детский сад № 14»
общеразвивающего вида с приоритетным осуществлением деятельности по познавательно -
речевому направлению развития детей»662608, Красноярский край, г. Минусинск, ул.
Хвастанцева, 71, тел. (839132) 2-00-12, E-mail: ds14uo-minusinsk@mail.ru

Семинар-практикум для педагогов «Синдром дефицита внимания и гиперактивности»



Подготовила Учитель-дефектолог Баранова Е.В.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности.

Внимание — это направленность психической деятельности на какой либо предмет, ситуацию или социальные отношения. Ни один психический процесс невозможен без концентрации и удержания внимания на каком бы то ни было объекте или событии. Внимание, как необходимое условие познавательной или любой другой деятельности изучается психологией с давних пор и является важной составной частью когнитивной психологии.

Есть взрослые люди, у которых с детского возраста имеются различные нарушения внимания. Зачастую эти взрослые в детском возрасте были очень активными и подвижными непоседами. Чрезмерная активность с годами к подростковому возрасту исчезла или значительно уменьшилась, а вот такие качества, как невнимательность и импульсивность, порывистость в поведении остались, к сожалению, на всю жизнь.

Чрезмерная активность, порывистость могут быть индивидуальными свойствами темперамента и вовсе не означать какой-либо патологии или отклонения в развитии. Однако же, если эта чрезмерная активность сочетается в детском возрасте с нарушениями активного внимания, то родители и педагоги сталкиваются со специфической проблемой, название которой Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).

Синдром дефицита внимания и гиперактивности - это 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.

Первые проявления гиперактивности наблюдаются в возрасте до 7 лет и чаще встречаются у мальчиков, чем у девочек.

Главное отличие гиперактивности от просто активного темперамента в том, что это не черта характера ребёнка, а следствие нарушений психического развития детей. В группу риска входят дети, родившиеся в

результате кесарева сечения, тяжёлых патологических родов, малыши-искусственники, родившиеся с маленьким весом, недоношенные.

Несмотря на пристальное внимание к проблеме и многочисленные исследования причины развития СДВГ не установлены. Существует мнение, что единой причины развития данного расстройства нет. Однако исследователи определили ряд факторов, играющих важную роль в возникновении данного заболевания. К ним относят:

1. Биологические факторы
2. Генетические факторы
3. Средовые факторы

В основе биологического фактора выделяют нарушение адекватного функционирования лобного отдела коры головного мозга и изменения в нейрохимических системах.

Результаты многочисленных исследований говорят о высокой роли генетического фактора в развитии СДВГ. Дети, родители которых (один или оба) в детстве страдали СДВГ, имеют намного больше шансов приобретения данного заболевания.

Средовые факторы, которые оказывают влияние на развитие СДВГ, делят на три категории по времени воздействия:

1. Во время беременности – различные инфекции, гипоксия плода, резус-конфликт.
2. Во время родов – родовые травмы плода.
3. После родов – любые травмы черепа, хронические заболевания, недостаток витаминов и минералов.

К средовым факторам относят также и психосоциальные, такие как эмоциональные сложности во внутрисемейных отношениях, стрессы, связанные с различными видами насилия, проживание во внесемейных условиях.

Формы СДВГ.

- В первой форме гиперактивность сочетается с нарушениями внимания. По распространенности это самая частая форма СДВГ (50-75%).
- Во второй форме преобладают нарушения внимания (однако нарушения внимания, как правило, имеют место и у детей с неврозами и невротическими состояниями; в этом состоит трудность диагностики) - 20-30%.
- В третьей форме преобладает гиперактивность. Последняя форма встречается наиболее редко (<15%). В большинстве случаев, если у ребенка есть только гиперактивность, это, скорее всего, связано с его индивидуальными особенностями, в частности с темпераментом, и здесь не всегда можно говорить о патологии.

Признаки СДВГ.

Невнимательность

Из перечисленных ниже признаков хотя бы шесть должны сохраняться не менее 6 мес.:

1. Неспособность сосредоточиться на деталях.
2. Ошибки по невнимательности.
3. Неспособность вслушиваться в обращенную речь.
4. Неспособность доводить задания до конца.
5. Низкие организаторские способности.
6. Отрицательное отношение к заданиям, требующим умственного напряжения.
7. Потери необходимых предметов при выполнении задания.
8. Отвлекаемость на посторонние раздражители.
9. Забывчивость.

Из перечисленных ниже признаков хотя бы четыре должны сохраняться не менее 6 мес.:

1. Ребенок суетлив, не может сидеть спокойно, бесцельно ерзает, бегают, карабкается и т.п.
2. Вскрикивает с места без разрешения.
3. «Влезает» в разговор старших, занятия других детей.
4. Не может играть в тихие игры, отдыхать.
5. Выкрикивает ответ, не дослушав вопрос.
6. Не может дождаться своей очереди.

Дополнительные признаки:

— нарушения координации (выявляются примерно в половине случаев СДВГ), тонких движений, равновесия, зрительно-пространственной координации;

— эмоциональные нарушения (неуравновешенность, вспыльчивость, нетерпимость к неудачам);

— нарушения отношений с окружающими вследствие «плохого поведения»;

— неравномерно выраженные задержки психического развития при сохранном интеллекте;

— нарушения сна.

Перечисленные особенности поведения должны ...

— появиться до 8 лет;

— обнаруживаться, по меньшей мере, в двух сферах деятельности (школе и дома);

— не быть обусловлены другими психическими расстройствами;

— вызывать психологический дискомфорт и дезадаптацию;

— не соответствовать возрастной норме.

В психическом развитии детей с СДВГ наблюдаются задержки на 1,5—1,7 года.

Для гиперактивных детей также характерна постоянная болтовня, указывающая на недостаток развития внутренней речи, которая должна контролировать социальное поведение. Вместе с тем гиперактивные дети часто обладают неординарными способностями в разных областях, сообразительны и проявляют живой интерес к окружающему.

Анализ возрастной динамики СДВГ показал два всплеска проявления синдрома. Первый отмечается в 5—10 лет и приходится на период подготовки к школе и начало обучения, второй — в 12—15 лет. Это обусловлено особенностями развития мозга в различные периоды детства. Возраст 5,5—7 и 9—10 лет — критические периоды для формирования систем мозга, отвечающих за мыслительную деятельность, внимание, память.

К 7 годам происходит смена стадий интеллектуального развития, формируются условия для становления абстрактного мышления и произвольной регуляции деятельности. Активизация СДВГ в 12—15 лет совпадает с периодом полового созревания. Гормональный всплеск отражается на особенностях поведения и отношениях к учебе.

Отставание биологического созревания ЦНС у детей с СДВГ и, как следствие, высших мозговых функций (преимущественно регулятивного компонента), не позволяет ребенку адаптироваться к новым условиям существования и нормально переносить интеллектуальные нагрузки.

Интеллект детей с СДВГ сохраняется, но беспокойство, неусидчивость, множество лишних движений, недостаточная целенаправленность, импульсивность поступков и повышенная возбудимость, часто сочетаются с трудностями в приобретении учебных навыков (чтение, счет, письмо). Это ведет к выраженной школьной дезадаптации.

Умственная утомляемость больше свойственна девочкам, а у мальчиков она проявляется к 7 годам. У девочек также снижен уровень словесно-логического мышления.

Память у детей с СДВГ может быть в норме, но из-за исключительной неустойчивости внимания наблюдаются «пробелы в хорошо усвоенном» материале.

Встречаются следующие особенности *речи* у детей с СДВГ, как задержка развития речи, недостаточность моторной функции артикуляционного аппарата, излишне замедленная речь, или, наоборот, взрывчатость, нарушения голоса и речевого дыхания. Все эти нарушения обуславливают ущербность звукопроизводительной стороны речи, её фонации, ограниченность словаря и синтаксиса, недостаточность семантики. Отмечаются и другие нарушения, например, заикание.

Особенности внимания. Тенденция к ярко выраженному снижению внимания наблюдается в непривычных ситуациях, особенно когда необходимо действовать самостоятельно. Дети не проявляют упорства ни во время занятий, ни в играх, не могут досмотреть до конца любимую телепередачу.

В области *двигательных способностей* обнаруживаются координаторные нарушения. Наиболее часто страдают тонкая моторика, сенсомоторная координация и ловкость движений рук. Трудности, связанные с удержанием равновесия (при стоянии, катании на коньках, роликах, двухколесном велосипеде), нарушения зрительно-пространственной координации (неспособность к спортивным играм особенно с мячом) - причины моторной неловкости и повышенного риска травматизма.

Одной из характерных особенностей детей с СДВГ являются нарушения социальной адаптации. Для этих детей типичен более низкий уровень социальной зрелости, чем обычно бывает в их возрасте.

У детей с синдромом нарушены отношения со сверстниками и взрослыми. В психическом развитии эти дети отстают от сверстников, но стремятся руководить, ведут себя агрессивно и требовательно.

Социальная незрелость таких детей проявляется в предпочтении построения игровых отношений с детьми младшего возраста.

Эти дети игнорируют как поощрение со стороны взрослых, так и наказание. Похвала не стимулирует хорошее поведение, ввиду этого поощрения должны быть очень обоснованными, иначе ребёнок будет вести себя хуже. Однако необходимо помнить, что гиперактивному ребёнку для укрепления уверенности в себе похвала и одобрение взрослого необходимы.

Дети плохо засыпают даже при соблюдении режима, едят медленно, всё роняя и разливая, в результате чего процесс принятия пищи становится источником ежедневных конфликтов в семье.

Эмоциональное развитие ребёнка отстает от нормальных показателей данной возрастной группы. Настроение быстро меняется от приподнятого до депрессивного. Иногда возникают беспричинные приступы злости, ярости, гнева, не только по отношению к окружающим, но и к себе самому. Для ребенка характерны заниженная самооценка, низкий самоконтроль и произвольная регуляция, а также повышенный уровень тревожности.

Лечение и коррекция СДВГ.

Целью терапии является уменьшение нарушений поведения и учебных трудностей. Для этого, прежде всего, необходимо изменить окружение ребёнка в семье, школе и создать благоприятные условия для коррекции симптомов расстройства и преодоления отставания в развитии высших психических функций.

В лечении надлежит участвовать педиатру, психологу, педагогам и родителям.

Лечение включает следующие этапы:

1. просветительные беседы с ребёнком, родителями, учителями;
2. обучение родителей и учителей поведенческим программам;
3. расширение круга общения ребёнка через посещение различных кружков и секций;
4. специальное обучение в случае затруднений с учёбой;
5. медикаментозная терапия;
6. аутогенная тренировка и суггестивная терапия Суггестивная терапия - гипноз.

За рубежом медикаментозная терапия СДВГ используется более чем широко, например, в США применение лекарств является ключевым моментом лечения. Но до сих пор нет единого мнения о результативности лечения препаратами, нет и единой схемы их приема. Одни врачи считают, что назначаемые препараты приносят лишь кратковременный эффект, другие отрицают это.

Психостимуляторы стали применяться для лечения двигательной расторможенности и нарушений внимания с 1937 г. и до сих пор это самые эффективные препараты при этом заболевании: во всех возрастных группах (дети, подростки, взрослые) улучшение наблюдается в 75% случаев. К этой группе препаратов относится метилфенидат (коммерческое название риталин), декстроамфетамин (декседрин) и пемолин (цилерт).

Ключевым моментом поведенческой программы коррекции служит изменение окружения ребёнка в школе и дома с целью создания благоприятных условий для преодоления отставания в развитии психических функций.

Домашняя программа коррекции включает:

* *изменение поведения взрослого и его отношения к ребёнку* (демонстрировать спокойное поведение, избегать слов «нет» и «нельзя», взаимоотношения с ребёнком строить на доверии и взаимопонимании);

* *изменение психологического микроклимата в семье* (взрослые должны меньше ссориться, больше времени уделять ребёнку, проводить досуг всей семьёй);

* *организацию режима дня и места для занятий;*

* *специальную поведенческую программу*, предусматривающую преобладание методов поддержки и вознаграждения.

Домашняя программа вознаграждения и поощрения включает следующие моменты:

1. Каждый день перед ребёнком ставится определённая цель, которую он должен достичь.

2. Усилия ребёнка при достижении этой цели всячески поощряются.

3. В конце дня поведение ребёнка оценивается в соответствии с достигнутыми результатами.

4. Родители периодически сообщают лечащему врачу об изменениях в поведении ребёнка.

5. При достижении значительного улучшения в поведении ребёнок получает давно обещанное вознаграждение.

Несколько примеров поощрений и вознаграждений: разрешите ребёнку посмотреть телевизор вечером на полчаса дольше положенного времени, угостите специальным десертом, дайте возможность поучаствовать в играх вместе с взрослыми (лото, шахматы), позвольте лишний раз сходить на дискотеку, купите ту вещь, о которой он давно мечтает.

Если ребёнок в течение недели ведёт себя примерно, в конце недели он должен получить дополнительное вознаграждение. Это может быть какая-то поездка вместе с родителями за город, экскурсия в зоопарк, в театр и другие.

Необходимо иметь в виду, что не все виды физической активности могут быть полезны для гиперактивных детей. Для них не показаны игры, где сильно выражен эмоциональный компонент (соревнования, показательные

выступления). Рекомендуются физические упражнения, носящие аэробный характер, в виде длительного, равномерного тренинга лёгкой и средней интенсивности: длительные прогулки, бег «трусцой», плавание, лыжи, езда на велосипеде и другие.

Особое предпочтение следует отдавать длительному равномерному бегу, который благотворно влияет на психическое состояние, снимает напряжённость, улучшает самочувствие.

Перед тем как ребёнок начнёт заниматься физическими упражнениями, он должен пройти медицинский осмотр с целью исключения заболеваний, прежде всего, сердечнососудистой системы.

Список литературы.

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология; Учеб. пособие. М.: Издательский центр «Академия», - 1999. - 206 с.

2. Бадалян Л.О., Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю. Синдромы дефицита внимания у детей // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. СПб.: 1993. - №3. - 95 с.

3. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. - М.: Изд-во Института Психотерапии, - 2001. - 96 с.

4. Брызгунов И.П., Кучма В.Р. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей (вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза). - М. - 1994. - 49 с.

5. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. - СПб.: Издательство «Питер», - 2000. - 528 с.

7. Дробинская А.О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания // Дефектология. - №1. - 1999. - 86 с.

8. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Минимальная мозговая дисфункция у детей. Научный обзор. М.: ВНИИМ, - 1980. - 50 с.

9. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Шпаргалка для взрослых: психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. М.: Генезис, - 2002. - 192 с.

10. Политика О.И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. СПб.: Речь, - 2005. - 208 с.

11. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Онтогенетически - ориентированная психотерапия (методика ИНТЭКС): Практик. Пособ. - М.: Российское психологическое общество, - 1998. - 157 с.

12. http://revolution.allbest.ru/psychology/00090766_2.html

13. <http://adhd-kids.narod.ru/>