

# **Необходимые меры в системе образования по работе с детьми СДВГ**

*Тезисы доклада В.В. Рубцова*

2006

**Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является одним из частых детских поведенческих расстройств (3–5 % детей младшего школьного возраста).**

**Соотношение главных признаков СДВГ – невнимательность или «дефицит внимания», гиперактивность, импульсивность – определяет три подтипа СДВГ: преимущественно невнимательный тип – ADHD-P1; преимущественно гиперактивно-импульсивный тип – ADHD-H1 и смешанный тип – ADHD-C.**

**Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является одним из частых детских поведенческих расстройств (3–5 % детей младшего школьного возраста).**

**Соотношение главных признаков СДВГ – невнимательность или «дефицит внимания», гиперактивность, импульсивность – определяет три подтипа СДВГ: преимущественно невнимательный тип – ADHD-P1; преимущественно гиперактивно-импульсивный тип – ADHD-H1 и смешанный тип – ADHD-C.**

**С учетом диагностических критериев «импульсивности» по DSM-IV в дошкольном и младшем школьном возрасте выделяются:**

- **«КОГНИТИВНАЯ ИМПУЛЬСИВНОСТЬ»**  
с признаками дезорганизованного и ускоренного, временами теряющего свою связность мышления, и признаками быстрой, сбивчивой «речи взхлеб».  
«Когнитивная импульсивность» достаточно устойчиво связывается в последующем с проблемами успеваемости и академической успешности.
- **«ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ИМПУЛЬСИВНОСТЬ»**  
с преимущественно психомоторными проявлениями импульсивности («ерзает», «вскакивает», «непрестанно двигает руками и ногами», «не может играть», «совершает действия на ходу»).

**Выделяемые признаки «поведенческой импульсивности» включают неспособность торможения психомоторного компонента действий и речи.**

**«Поведенческая импульсивность» выступает преимущественно как предиктор асоциальности поведения и целым рядом авторов рассматривается как признак повышенного риска оппозиционного поведения и других поведенческих проблем (White J.I. et al, 1994; Hinsaw, 1994).**

**Это соотношение определяет и специфику педагогических проблем СДВГ.**

**При патологических состояниях с преимущественной выраженностью признаков «невнимательности» у дошкольников и младших школьников возникающие затруднения в обучении связаны со скоростью обработки информации и продуктивностью избирательного внимания, что сочетается с недостаточной обучаемостью.**

**При повышении ситуативных требований у них наблюдается высокий риск дезорганизации поведения, что сопровождается нарастанием ошибок, которые рассматриваются как проявление невнимательности или забывчивости.**

**Для педагогов более значимыми являются те случаи «невнимательного подтипа» СДВГ, которые сочетаются со специфическими расстройствами научения и обуславливают проблемы, связанные с речью, чтением и счетом.**

**В этой подгруппе также отмечаются трудности связанные с техникой письма, плохой двигательной координацией.**

**Выполнение заданий ниже ожидаемого уровня встречается у 80% детей с СДВГ.**

**Для них также характерны такие личностно-характерологические свойства как тревожность, озабоченность своей неуспешностью, расстройства настроения с тревожными эмоционально-личностными реакциями, а в социальном плане особенности межличностного взаимодействия с тенденцией к «избегающему поведению», робостью и стремлением находиться в изоляции.**

**Лонгитудинальные исследования подтверждают, что у детей с подобными расстройствами, отмечается не только другое соотношение базовых переменных СДВГ, но другие сопутствующие характеристики: семейные условия, ассоциированные расстройства (Barkley, 1998 b).**

**Это позволяет говорить о том, что эти дети, вероятно, составляют не отдельную подгруппу, а, возможно, страдают другим расстройством, чем преимущественно гиперактивный/импульсивный или смешанный подтипы (Naedgren & Carlson, 2000).**



**Дети с гиперактивно-импульсивным поведением в дошкольном периоде, в младшем школьном и подростковом возрасте обнаруживают проблемы, связанные с торможением и стабильностью поведения.**

**В связи с этим у них отмечается большая тяжесть проблем межличностного взаимодействия и нарушений поведения, а проблемы затруднений с обучаемостью могут носить вторичный характер.**

**В качестве ассоциированного расстройства для них более значимыми являются проявления протестно-вызывающего и агрессивного поведения. Дети с СДВГ не хотят играть по тем же правилам, что и другие; прошлые ошибки ничему не учат их, несмотря на то, что они понимают, какого поведения от них ждут, и хотят быть как все.**

**Отвергаемые своими сверстниками в детском периоде они и в последующем остаются более агрессивными и оппозиционными.**

**В связи с этими особенностями дети этой подгруппы могут составлять группу повышенного риска девиантных форм поведения, а также формирования зависимости от психоактивных веществ, в первую очередь от алкоголя и наркотических препаратов.**

**Следовательно, в программе обучения и воспитания для детей этой подгруппы важными будут модули психологических программ профилактической направленности по формированию «толерантного сознания», а также программ первичной антинаркотической профилактики.**

**Критерии DSM-IV, по сути, характеризуются онтогенетической индифферентностью, т.е. не учитывают отношение симптомов расстройства к уровню развития. Дети, отвечающие, согласно DSM-IV, критерию развития симптомов расстройства до 7-летнего возраста, относятся преимущественно к гиперактивно-импульсивному типу.**

**Однако, у 43% детей с «невнимательным типом расстройства» и 18% с «комбинированным типом расстройства» симптомы проявляются позже 7-летнего возраста.**

**В связи с данными особенностями категоричный взгляд на СДВГ, согласно которому у ребенка указанное расстройство «есть или нет», является недостаточно корректным. Параметры критериев DSM-IV во многом количественные, и дети, обнаруживающие недостаточные, но сходные признаки поведенческих расстройств, несущественно отличаются от тех, кому ставится диагноз СДВГ.**

**С течением времени многие дети могут перемещаться как в категорию, определенную DSM-IV, так и выходить из нее. Это определяет трудности организации мониторинга детей с паттернами поведения, типичными для СДВГ как патологического и непатологического состояния – «гиперактивные дети».**

**Следовательно, идентификация СДВГ как расстройства определяется:**

- **во-первых,  
точным выделением ведущего типа расстройства**
- **во-вторых,  
согласованностью критериев ранней диагностики**
- **в-третьих,  
необходимостью учета отношения симптомов  
расстройства и уровня возрастного психического развития**

# **Дополнительные компоненты, используемые в образовательной среде**

## **1. Тренинг родительской компетенции:**

- контроль вызывающего поведения ребенка;**
- адаптация к эмоциональным трудностям,  
вызванным воспитанием ребенка с СДВГ;**
- контроль над ситуаций,  
исключающей генерализацию проблем**

# **Дополнительные компоненты, используемые в образовательной среде**

## **2. Тренинг мер педагогической коррекции:**

- Педагогическая коррекция ориентирована на преодоление симптомов невнимательности и гиперактивности / импульсивности.  
Стратегии по обучению детей с СДВГ представляют собой в большей степени хорошо разработанные педагогические методики – объяснение ребенку того, что от него хотят; опора на наглядность, пошаговый метод подачи материала, «подсказки» по мере продвижения, письменный и устный инструктаж.**



# **Дополнительные компоненты, используемые в образовательной среде**

- 3. Учебные занятия, направленные на освоение  
интенсивных технологий обучения**

# **Дополнительные компоненты, используемые в образовательной среде**

## **4. Психотерапевтическая коррекция**

**(отработка навыков контроля за поведением  
в условиях терапевтических сессий,  
в т.ч. при недирективной гипнотерапии)**

- Дополнительные компоненты программ должны учитывать тип ассоциированных расстройств:
  - уровень интеллектуального развития и дефицит когнитивных навыков**
  - расстройства научения**
  - речевые расстройства**
  - оппозиционно-вызывающее расстройство.****
- Меньшее педагогическое значение имеет проблема сочетания СДВГ с тревожностью**

# **Дополнительные компоненты, используемые в образовательной среде**

- 5. Организация семейного консультирования  
и групп поддержки через Центры помощи семье**

## **Дополнительные компоненты, используемые в образовательной среде**

- 6. Обеспечение комплексного медико-психолого-социального сопровождения детей в образовательной среде через работу окружных МППК и Центров медико-социальной помощи детям**