**Нарушения поведения у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности**

Чечеткина Е.Ю.

Медицинский психолог

ГБУЗ СО ТЛРЦ «АРИАДНА»

1. Психологическая характеристика детей с СДВГ и сопутствующие расстройства.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности - неврологическо - поведенческое расстройство развития, начинающееся в детском возрасте.

Проявляется такими симптомами, как трудности концентрации внимания, гиперактивностью и плохо управляемой импульсивностью. Эти признаки могут встречаться в различных комбинациях и в разных условиях: в школе или д/с, дома и в иных ситуациях, и, обычно, обнаруживаются в дошкольном или раннем школьном возрасте.

Диагностические критерии СДВГ:

А. Невнимательность.

1. Часто неспособен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности.
2. Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий и во время игр.
3. Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.
4. Часто оказывается не в состоянии придерживаться предлагаемых инструкций и справиться до конца с выполнением уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте, что никак не связано с негативным или протестным поведением, неспособностью понять задание.
5. Часто испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности.
6. Обычно избегает вовлечения в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения.
7. Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома.
8. Легко отвлекается на посторонние стимулы.
9. Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.

Б. Гиперактивность.

1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится.
2. Часто встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.
3. Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегает, крутится, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо.
4. Обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.
5. Часто находится в постоянном движении и ведет себя так, «как будто к нему прикрепили мотор».
6. Часто бывает болтливым.

В. Импульсивность.

1. Часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца.
2. Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.
3. Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).

Данный синдром - одна из наиболее частых причин обращения родителей и педагогов за психологической помощью.

Наиболее частые жалобы родителей таких детей: ребенок неуправляемый, непослушный, поведение его непредсказуемое, часто шумит, берет чужие вещи, мешает окружающим, не может долго играть, у него не получается успешно общаться и устанавливать дружеские отношения со сверстниками, конфликтен, агрессивен, неаккуратен, эмоционально неустойчив. При этом замечания и наказания не дают желаемых результатов.

От родителей таких детей требуется немало сил и терпения, но время от времени у многих из них формируется состояние фрустрации - невозможность преодоления трудностей и достижения желаемого результата. Многие родители испытывают чувство вины за то, что их ребенок «не умеет себя вести». Собственные негативные чувства родителей приводят к непринятию ребенка.

В этих случаях родители пытаются сделать ребенка удобным, «причесать» его под общепринятые каноны с помощью дисциплинарных воздействий. В воспитании детей начинают преобладать авторитарность, многочисленные ограничения и запреты, физические наказания, вербальная агрессия. Отвергнутый и привыкший к порицаниям ребенок испытывает большое внутреннее напряжение, которое проявляется различными эмоциональными и поведенческими расстройствами. Чрезмерные претензии к ребенку, непосильная нагрузка - требования хорошо учиться, проявлять успехи в каких-либо занятиях, приводят к реакциям протеста.

Таким образом, у многих детей с СДВГ постепенно формируются тревожность, неуверенность в себе и низкая самооценка, реакции оппозиции, которые носят вторичный характер и усиливаются из-за неправильного отношения к ребенку. С другой стороны, присоединение к СДВГ сопровождается нарастанием симптомов СДВГ, а также серьезными проблемами во взаимоотношениях со сверстниками. Сопутствующие СДВГ нарушения поведения и эмоциональные расстройства рассматриваются в качестве неблагоприятных прогностических факторов для длительного (вплоть до хронического) течения СДВГ.

СДВГ часто сопутствуют запаздывание процессов созревания высших психических функций и, следовательно, специфические трудности обучения. Особенно выражены трудности планирования и организации сложных видов деятельности.

Фасадные проявления СДВГ с возрастом могут меняться. Если в раннем детстве отмечается незрелость двигательных и психических функций, то в подростковом возрасте проявляются нарушения адаптационных механизмов, что может стать причиной правонарушений.

По данным отечественных авторов сопутствующие расстройства встречаются у 65-85% детей с данным синдромом.

К сопутствующим расстройствам, которые часто встречаются при СДВГ, относятся:

- расстройство поведения и вызывающее оппозиционное расстройство;

- тревожные фобические расстройства;

- депрессивные расстройства;

- нарушения эмоционально-волевой сферы;

- психосоматические заболевания (например, головные боли напряжения, язвенная болезнь желудка, бронхиальная астма и др.);

- тики, синдром Туретта;

- энурез;

- нарушения обучения и общения.

Нарушения поведения, чаще всего, характеризуются стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения, проявляющегося чрезмерной драчливостью или хулиганством; жестокостью к людям или животным; тяжелыми разрушениями собственности; лживостью; прогулами в школе и уходами из дома; необычно частыми и тяжелыми вспышками гнева; вызывающим провокационным поведением; постоянным откровенным непослушанием.

1. Методы коррекции.

Лечение детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью должно включать комплекс методик, т.е. быть «мультимодальным». Это значит, в нем надлежит участвовать неврологу, клиническому психологу, педагогам и родителям.

Взрослые часто не понимают, что происходит с ребенком, но его поведение их раздражает. Они объясняют поведение сына (дочери) «неправильным» воспитанием и обвиняют друг друга. Специалисты должны помочь родителям разобраться в поведении ребенка, объяснить, на что реально можно надеяться и как себя вести, выбрать наиболее эффективные методики при данных нарушениях. Психолог (врач) должен объяснить родителям, что улучшение состояния ребенка зависит не только от назначаемого лечения, но и, в значительной мере, от доброго, спокойного и последовательного отношения к нему.

Таким образом, выбор методов коррекции СДВГ должен носить индивидуальный характер с учетом степени выраженности основных проявлений и наличия сопутствующих ему нарушений. Организация коррекционно-педагогического процесса должна соответствовать двум обязательным условиям:

1. Развитие и тренировку слабых функций следует проводить в эмоционально -привлекательной форме, что существенно повышает переносимость предъявляемой нагрузки и мотивирует усилия по самоконтролю. Этому требованию, как нельзя лучше, соответствует игровая форма занятий.
2. Подбор таких игр, которые, обеспечивая тренировку одной функциональной способности, не возлагали бы одновременной нагрузки на другие дефицитные способности, ибо известно, что параллельное соблюдение двух, а тем более трех условий деятельности вызывает у ребенка существенные затруднения, а порой просто невыполнимо.

Коррекционные программы должны быть ориентированы на возраст 5-8 лет, когда компенсаторные возможности мозга велики и еще не успел сформироваться патологический стереотип.

Методы модификации поведения.

Считается, что медикаментозная терапия в сочетании с поведенческими методиками наиболее эффективна. Ключевым моментом этой программы коррекции служит изменение окружения ребенка в школе и дома с целью создания благоприятных условий.

Домашняя программа коррекции включает:

\* изменение поведения взрослого и его отношения к ребенку;

\* изменение психологического микроклимата в семье;

\* организация режима дня и места занятий;

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

Если в домашней программе преобладает поведенческий аспект, в школе же основной упор делается на когнитивную терапию, помогающую справиться с трудностями в учебе.

Школьная программа коррекции включает:

\* изменение окружения (место ребенка в классе - рядом с учителем), изменение режима урока с включением минуток активного отдыха, регулирование взаимоотношений с одноклассниками;

\* создание положительной мотивации, ситуации успеха;

\* регулирование ожиданий (касается и родителей), так как положительные изменения в поведении ребенка появляются не так быстро, как бы хотелось окружающим.

Психотерапия.

СДВГ - это заболевание не только ребенка, но и взрослых, прежде всего матери, которая наиболее часто с ним контактирует. Врачами и психологами давно подмечено, что мать такого ребенка излишне раздражительна, импульсивна, у нее часто снижено настроение. У таких матерей чаще наблюдается астеноневротическое состояние, требующее психотерапевтического лечения.

Существует множество психотерапевтических методик, которые могут принести пользу как матери, так и ребенку. Остановимся на некоторых из них.

Для коррекции поведения в консультировании гиперактивных детей часто используются методы игровой терапии. Наибольшую эффективность показали три группы развивающих игр:

- игры на развитие внимания;

- игры на тренировку усидчивости;

- игры на тренировку выдержки и контроль импульсивности.

Эти игры могут чередоваться в структуре единого игрового сюжета специально организованных занятий, а можно играть в них в свободное время.

В коррекционной работе с гиперактивными детьми проводят тренинги социальных навыков, где обучают стратегиям преодоления конфликтов во взаимоотношениях и налаживания позитивных взаимодействий со взрослыми и ровесниками.

Возможно так же проведение когнитивно-поведенческих тренингов самоконтроля, где отрабатывается умение оценивать проблемные ситуации и приобретение навыков управления поведенческими реакциями в этих ситуациях, обучение стратегиям самоподкрепления и преодоления симптомов гиперактивности.

Специальное обучение.

Если ребенку трудно учиться в обычном классе, то по решению медико-психолого-педагогической комиссии его переводят в специализированный класс. Основные причины плохой успеваемости при данной патологии - невнимательность и отсутствие должной мотивации, иногда в сочетании с парциальными задержками развития школьных навыков.

Обязательным условием обучения детей с СДВГ в коррекционных классах является создание благоприятных условий для развития: наполняемость не более 10-15 человек в классе, обучение по специальным программам, наличие соответствующих учебников и развивающих материалов, индивидуальные занятия с психологом, логопедом и другими специалистами. Продолжительность занятий сокращается до 30-35 минут.

В тоже время, как показывает опыт, организовывать класс исключительно для детей с СДВГ нецелесообразно, так как в своем развитии они должны опираться на успевающих учеников.

Нейропсихологическая коррекция.

Нейропсихологическая коррекция поведения детей с СДВГ включает в себя:

- растяжки;

- дыхательные упражнения;

- глазодвигательные упражнения;

- упражнения для языка и мышц челюсти;

- перекрестные (реципрокные) телесные упражнения;

- упражнения для развития мелкой моторики рук;

- упражнения для релаксации и визуализации;

- функциональные упражнения;

- упражнения для развития коммуникативной и когнитивной сферы;

- упражнения с правилами.

Принцип поэтапности в работе с такими детьми предполагает, что, учитывая их индивидуальные физиологические особенности, желательно сначала установить доверительные отношения, контакт, затем осуществлять индивидуальную работу по развитию произвольности действий (умение слушать инструкцию, выполнять правила); отработку (поочередную) дефицитарных функций (как правило, внимания, контроль двигательной активности), развития умения рефлексии и лишь после этого переходить к групповой работе.

Таким образом, СДВГ - это не результат плохого воспитания, а медицинский и нейропсихологический диагноз, который может быть поставлен только по результатам специальной диагностики. Лечение должно быть «мультимодальным» с участием невролога, клинического психолога, педагогов и родителей. Чтобы получить стойкую положительную динамику, коррекционная работа должна носить длительный характер.

Литература:

1. Брязгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001.
2. Брязгунов И.П., Кучма В.Р. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей (вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза).-М.-1994.-49 с.
3. Григоренко Е.Л. Генетические факторы, влияющие на развитие девиантных форм детского поведения// Дефектология. 1996. №3.-96 с.
4. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М: «Академия»,- 2005.- 256 с.
5. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога.- М.: АРКТИ, 2000.- 208 с.
6. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. – СПб, 1997. – 58 с.