**Департамент образования и науки Курганской области**

**ГБУ «Центр помощи детям»**

**«Центр ранней комплексной помощи»**

**Ребенок с синдромом дефицита**

 **внимания и гиперактивности.**

**Основные проявления и пути коррекции.**

**Составитель:**

**Учитель – дефектолог Бабкина Ю.А.**

2018 г.

**1. Основные проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности.**

Большинство исследователей отмечают три основных блока проявления СДВГ:

1. Гиперактивность
2. Дефицит внимания
3. Импульсивность

**Гиперактивность** проявляется избыточной двигательной активностью, беспокойством и суетливостью, многочисленными беспорядочными движениями, которых ребенок часто не замечает. Для детей с СДВГ характерна чрезмерная болтливость, неспособность усидеть на одном месте, продолжительность сна всегда меньше нормы. В двигательной сфере у них обычно обнаруживаются нарушения двигательной координации, несформированности мелкой моторики и праксиса. Это выражается в неумении завязывать шнурки, застегивать пуговицы, использовать ножницы и иголку. Данные особенности вызваны несформированостью межполушарного взаимодействия и высоким уровнем адреналина в крови.

**Нарушения внимания** могу проявляться в трудностях его удержания, в снижении избирательности и выраженной отвлекаемости с частыми переключениями с одного занятия на другое. Для таких детей характерна непоследовательность в поведении, забывчивость, неумение слушать и сосредоточиться. Они стараются избежать заданий, требующих длительных умственных усилий. Однако показатели внимания таких детей подвержены существенным колебаниям. Если деятельность ребенка связана с заинтересованностью, увлеченностью и удовольствием, то он способен удерживать внимание часами.

**Импульсивность** выражается в том, что ребенок часто действует, не подумав, перебивает других, может без разрешения встать и выйти из класса. Кроме того, такие дети не умеют регулировать свои действия и подчиняться правилам, не умеют ждать, часто повышают голос, эмоционально лабильны.

К подростковому возрасту повышенная двигательная активность в большинстве случаев исчезает, а импульсивность и дефицит внимания сохраняются.

Синдрому дефицита внимания и гипеактивности часто сопутствует запаздывание процессов созревания высших психических функций и, следовательно, специфические трудности обучения.

 **Характерной чертой умственной деятельности** гиперактивных детей является цикличность. Дети могут продуктивно работать 5 – 15 минут, затем 3 – 7 минуты мозг отдыхает, накапливая энергию для следующего цикла. В этот момент ребенок отвлекается и не реагирует на учителя. Затем умственная деятельность восстанавливается, и ребенок готов к работе в течении 5 – 15 минут. Они имеют как бы «мерцающее» сознание. Могут «впадать» и «выпадать» из него, особенно **при отсутствии двигательной стимуляции.** При дифицитарной работе вестибулярного аппарата им необходимо двигаться, крутиться и постоянно вертеть головой, чтобы оставаться в «сознании». Для того чтобы сохранить концентрацию внимания, дети применяют адаптивную стратегию: они активизируют центры равновесия при помощи двигательной активности. Например, отклоняясь на стуле назад так, что пола касаются только его задние ножки. Учитель требует, чтобы они «сели прямо и не отвлекались». Но эти два требования вступают в противоречие. **Если голова и тело неподвижны, у гиперактивных детей снижается уровень активности мозга.**

Анализ возрастной динамики СДВГ показал два всплеска проявления синдрома. Первый отмечается в 5 – 10 лет и приходиться на период подготовки к школе и начало обучения. Второй – в возрасте 12 – 15 лет. Это обусловлено динамикой развития высшей нервной деятельности. Возраст 5,5 – 7 лет 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 поведения. Активизация СДВГ в 12 – 15 лет совпадает с периодом полового созревания. Гормональный всплеск отражается на особенностях поведения и на отношении к учебе.

**2.Четыре типа отклонений высших психических функций у детей с СДВГ.**

На основе нейропсихологического обследования по методике А.Р.Лурия с включением ряда других тестов Е.А.Осипова и Н.В.Панкратова выделили 4 типа детей с СДВГ

**1 тип.** В онтогенезе у детей данного типа отмечается запаздывание латерализации мануального предпочтения (ведущей руки). Имеет место полимодальные нарушения мнестической деятельности (памяти). Зеркальность в написании отдельных букв и поисках правых и левых частей тела, в то время как копирование целостных геометрических фигур происходит успешно. У таких детей хорошо сформированы квазипространственные представления, при недостаточной форсированности произвольной регуляции и контроля. Дети допускают большое количество ошибок из – за невнимательности и импульсивности. В процессе взросления для детей с таким типом СДВГ характерны ослабление симптомов и нормализация поведения.

**Рекомендация:** для мобилизации ресурсов произвольной регуляции поведения необходимо применять мотивационные факторы (ответственность за что – либо, старший в группе, ведущий в игре, дежурный в классе и т.п.).

**2 тип.** Этот вариант онтогенеза отмечается выраженной неустойчивостью возрастной динамики. Развитие таких детей и овладение когнитивными и социальными навыками сопровождается периодическими сбоями и усилением гиперактивности. Пик гиперактивности и нарушения взаимодействия со сверстниками приходится на 5 возраст. В возрасте 7 – 8 лет отмечается положительная динамика, в 9 лет - нарастание симптомов. У детей 2 типа СДВГ просматривается фрагментарность восприятия при составлении рассказа по картинкам. Отсутствует целость описания. Прослеживание главной сюжетной линии нарушают второстепенные детали. В отличие от первого варианта отмечается произвольная регуляция и самоконтроль в структурированных ситуациях.

**Рекомендация:** избегать ситуаций без установленных правил (формирование принципа «сначала – потом», расписание, соблюдение режима дня и т.п.).

**3 тип.** Несмотря на снижение интеллектуальных показателей, на недостаточную форсированность системы праксиса, у детей данного типа СДВГ отмечается замедленная, но положительная возрастная динамика.

**Рекомендация:** для усиления функции регуляции и контроля, а также для выполнения последовательных серийных действий требуется речевой контроль.

**4 тип.** Этот тип отмечен недостаточностью речевого программирования и контроля в обеспечении последовательного выполнения серийных действий. Наблюдается инертность при воспроизведении заучиваемого материала, персеверации, неустойчивость социальных контактов, агрессия, слабая управляемость поведения. При этом такой ребёнок обладает достаточным словарным запасом и сохранными процессами непроизвольного запоминания. В возрасте 7 – 8 лет наблюдается положительная динамика в когнитивной сфере и поведении на фоне дефицитарности мотивации.

Для всех типов СДВГ показана коррекция при помощи реципрокных двигательных упражнений. В результате чего ткань в вестибулярном аппарате может заменяться новой, по мере того как развиваются и миелинизируются новые нервные сети. В настоящее время установлено, что двигательная стимуляция мозолистого тела, мозжечка и вестибулярного аппарата приводит к развитию функции сознания, самоконтроля и саморегуляции и детей с СДВГ.

**3. Организация помощи детям с СДВГ.**

Альтернативной, немедикаментозной, формой помощи детям с СДВГ является особая организация обучения, которая должна осуществляться как в школе, так и дома. В большинстве случаев этот метод направлен на перестройку окружающей ребенка среды путем её упрощения и уменьшения отвлекающих факторов. Дети с синдромом гиперактивности имеют достаточно высокие компенсаторные механизмы, для развития которых должны соблюдаться определенные условия.

* Обеспечение спокойных эмоционально – нейтральных условий развития и обучения.
* Соблюдение режима, достаточное время для сна.
* Обучение по личностно – ориентированной программе без интеллектуальных перегрузок.
* Соответствующая медикаментозная поддержка.
* Разработка комплексной индивидуальной программы помощи ребенку со стороны невролога, психолога, педагога, родителей.
1. **Практические рекомендации родителям гиперактивных детей.**

В домашней программе коррекции детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности должен преобладать поведенческий аспект.

1. **Изменение поведения взрослого и его отношения к ребенку.**
* Проявляйте достаточно твердости и последовательности в воспитании;
* Помните, что поступки ребенка не всегда являются умышленными;
* Контролируйте поведение ребенка, не навязывая ему жестких правил;
* Избегайте с одной стороны, чрезмерной мягкости, а с другой стороны – завышенных требований;
* Реагируйте на действия ребенка неожиданным способом (пошутите, повторите действия ребенка, сфотографируйте его, оставьте в комнате одного и т.д);
* Повторяйте свою просьбу спокойно одним и теми же словами много раз;
* Не настаивайте на том, чтобы ребенок обязательно принес извинение за проступок;
* Для подкрепления устных инструкций используйте зрительную стимуляцию;
1. **Изменение психологического микроклимата в семье.**
* Уделяйте ребенку достаточно внимания;
* Проводите досуг всей семьей;
* Не допускайте ссор в присутствии ребенка.
1. Организация режима дня и места для занятий.
* Установите твердый распорядок дня для ребенка и всех членов семьи;
* Чаще показывайте ребенку, как лучше выполнить задание, не отвлекаясь;
* Снижайте влияние отвлекающих факторов во время выполнения ребенком задания;
* Помните, что переутомление приводит к снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности.

**4. Специальная поведенческая программа:**

* Придумайте гибкую систему вознаграждений за хорошо выполненное задание и наказаний за плохое поведение. Можно использовать балльную или знаковую систему, завести дневник самоконтроля;
* Если есть необходимость прибегнуть к наказанию, то целесообразно использовать спокойное сидение в определенном месте после совершения поступка;
* У гиперактивных детей порог чувствительности к отрицательным стимулам очень низок, поэтому они не воспринимают выговоры и наказания, однако очень чувствительны к поощрениям;
* Воспитывайте в детях навыки управления своим эмоциональным состоянием, особенно гневом и агрессией;
* Не старайтесь предотвратить последствия забывчивости ребенка;
* Постепенно расширяйте круг обязанностей, предварительно обсудив их с ребенком;
* Не давайте ребенку поручений, не соответствующих его уровню развития, возрасту и способностям;
* Не давайте несколько указаний одновременно. Задание, которое дается ребенку с нарушением внимания, не должно иметь сложную конструкцию и состоять из нескольких звеньев;

Помните, что для ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности наиболее действенными будут средства убеждения «через тело»;

* Лишение удовольствий, лакомства, привилегий;
* Запрет на приятную деятельность, телефонные разговоры, компьютерные игры, просмотр любимой передачи;
* Прием «выключенного времени» (изоляция, скамья штрафников, домашний арест, досрочное укладывание в постель);

**Помните, невозможно добиться исчезновения гиперактивности, импульсивности и невнимательности за несколько месяцев и даже за несколько лет. Причем признаки гиперактивности исчезают по мере взросления, а импульсивность и дефицит внимания сохраняются и во взрослой жизни.**

**Словарь**

**Праксис** – способность осуществлять сложные целенаправленные движения и действия.

**Мелкая моторика** – способность выполнять сложные целенаправленные движения малой амплитуды.

**Реципрокные** – перекрестные, разнонаправленные.

**Миелинизация** – процесс образования миелиновой оболочки, покрывающей быстродействующие проводящие пути центральной нервной системы. Миелиновые оболочки повышают точность и скорость передачи импульсов в нервной системе.

**Мозолистое тело** – толстый пучок нервных волокон, соединяющих два полушария - обеспечивает целостность работы головного мозга.

**Литература**

1. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гипрактивностью. М.: ТЦ Сфера,2002 г.
2. Арцишевская И.Л. Работа психолога с гиперактивными детьми в детском саду. М.: Книголюб,2003г.
3. Досани С. 52 способа преодоления дефицита внимания и гиперактивности у детей. М.: Центрполиграф,2010г.