МЕТОДИКА УСТРАНЕНИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Абилгазина Мәншүк Асылбекқызы

manshuk-9696@mail.ru

Студентка ЕНУ им. Л.Н.Гумилева 3 курс, Нур-Султан, Казахстан

Научный руководитель - к.п., доцент Журавлева О.И.

«Филипп, обещаешь сегодня спокойно сидеть за столом?»

-Отец строго спрашивал сына, а мама молчала при том.

Но мальчик совсем их не слушал, крутился туда-сюда,

Проказничал он и качался - все для него ерунда.

«Филипп, нам совсем не нравится, как ты себя ведешь».

Смотрите же, дети, смотрите:

«Филипп, ты сейчас упадешь!»

Он так раскачался сильно, что стул опрокинулся - грох!

За скатерть схватился он с криком, но разве ж был в том прок?

Посуда, еда и напитки, скатились на пол, сын кричит.

Отец озадачен - что делать??

А мать замерла и молчит.

Под скатертью сына не видно, и нет ничего на столе:

Тарелки разбиты, семья без обеда, родители в гнев:

"Вот сын-непоседа!"

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – состояние, которое вызывает гиперактивность, импульсивность и стабильную невнимательность. Данный синдром проявляется в детстве и может сохранять свое влияние и во взрослой жизни. У детей синдром дефицита внимания с гиперактивностью является одним из самых встречаемых психических отклонений. Страдают им до 5% детей, причем мальчики в 3 раза чаще девочек. Получается, что почти в каждом классе имеется один ребенок, который нуждается в лечении этого заболевания. У разных больных симптомы СДВГ различаются, то у всех них имеются трудности с контролем активности, сдержанности и вниманием. Когда активность в норме, говорят о синдроме дефицита внимания. С возрастом уменьшаются и импульсивность, и гиперактивность. Дети, страдающие СДВГ, часто имеют проблемы дома и в школе. Если не лечить СДВГ, то в будущем это заболевание будем мешать не только учебе и работе, но и нарушит социальное и эмоциональное развитие, повысит склонность к употреблению наркотиков и риск получения различных травм. СДВГ является семейным заболеванием. Каждый ребенок, страдающий этим заболеванием, имеет хотя бы одного родственника с этой же проблемой. Одним из доказательств генетической природы этого заболевания является то, что наличие заболевания у одного из близнецов свидетельствует о наличии его и у второго близнеца. Сказать о том, что сегодня количество детей с СДВГ увеличилось, нельзя. Заболевание у детей протекает по-разному, однако у каждого имеется невнимательность, гиперактивность и импульсивность. Невнимательность характеризуется невозможностью либо затруднением сконцентрироваться на одном предмете. Дети начинают скучать, когда им приходится выполнять какое-либо действие продолжительное время. Сознательно сосредоточиться на чем-то вызывает значительные затруднения. Дети при этом неугомонны, затрудняются выполнять какую-либо работу. Дела откладывают напоследок, не выполняют обязанности, не могут спокойно сидеть на месте. Часто начинают много дел одновременно и не заканчивают ни одно из них. Дети не могут спокойно сидеть на месте. Они постоянно в движении и все время о чем-то разговаривают. Такого ребенка очень просто обнаружить в классе: он либо ерзает за партой, качает ногой, стучит по столу ручкой, либо ходит по кабинету. При этом дети часто волнуются (гиперактивность). Создается впечатление, что перед тем, как что-то сделать, ребенок не думает вообще. На вопрос они отвечают первое, что пришло в

голову. Могут сделать неуместное замечание или выбежать на проезжую часть, перед этим не посмотрев направо и налево. СДВГ нередко сопровождается тревогой, депрессией, нарушением поведения (импульсивность). Выделяются основные симптомы такие как: ребенок плохо организован; часто забывает; из-за невнимательности ребенок совершает много ошибок и с трудом сосредотачивается; постоянно что-нибудь теряет; ребенок слушает, но создается впечатление, что он ничего не слышит; с легкостью отвлекается на посторонние раздражители; не желает выполнять задания, которые требуют постоянного внимания; во время игры или при выполнении какого-либо задания ребенку сложно постоянно поддерживать внимание; ребенок очень болтлив; ему сложно сидеть на одном месте; ребенок всегда в движении; постоянно суетится; ему сложно тихо и спокойно играть; очень много бегаёт, ерзает на месте, крутится, суетится; часто вмешивается в разговор, пристаёт к окружающим; ребенок с трудом дожидается своей очереди; не подумает или не дослушает вопрос, но уже начинает отвечать. Так как СДВГ включает в себя несколько симптомов, диагностика его является довольно затруднительной. Некоторые проявления этого синдрома могут быть просто этапами в развитии ребенка. Диагноз детям ставят после подробного обсуждения всех симптомов с родителями и сами детьми и после того, как понаблюдадут за поведением детей. Собирается тщательный анамнез, в котором выясняют, нет ли у родственников такой же проблемы. Врач должен отличить СДВГ от психических либо соматических заболеваний. Специальный тест для диагностики СДВГ отсутствует. Даже учителя могут обнаружить и высказать подозрения о возможности СДВГ. Для того, чтобы оценить неврологический и психологический статусы, врач должен тщательно изучить медицинские карты детей. Нужно также назначить детям серию исследований: оценить зрение, слух, вербальные и моторные навыки, интеллектуальные способности, черты характера. Требуется консультация аллерголога. Для того, чтобы добиться эффективного лечения, требуется объединение родителей, врачей и учителей. Одна из наиболее эффективных методик коррекции СДВГ – [методика Дэйвиса](#). Она не подавляет особенности восприятия ребенка и его необычные способности. С помощью «точки ориентации» ребенок осваивает механизм «фокусирования». Благодаря этой методике ребенок избежит обвинений в отставании, медлительности и сможет раскрыть свои творческие способности. Основным лечением СДВГ являются стимуляторы (Риталин, Циклерт, Декседрин и другие), хотя и существует много сообщений о передозировках. Они помогают снижать гиперактивность. Однако врач должен индивидуально подобрать дозировку, наблюдая за возможными побочными явлениями. В данный момент за границе такая статистика детей с диагнозом СДВГ у разных авторов неодинакова. Так, например, исследования шведского автора С. Gillberg указывают на наличие СДВГ у 2,2% детей. Эпидемиологические исследования, проведенные L.S. Goldman и M. Genel свидетельствуют о том, что СДВГ страдают от 3 до 6% детей школьного возраста. По данным Е. Taylor с соавторами, у 1-3% детей, проживающих в Великобритании, отмечаются признаки СДВГ. В Германии СДВГ встречается у 9-18% детей, а в Чехословакии - 10-12%. Средние оценки распространения СДВГ лежат в пределах 4 - 12%, 3 - 10% и тут же мы имеем данные национального института здоровья, указывающего на то, что синдром не превышает 5% в популяции. В России разброс данных о распространенности СДВГ у детей так же велик. По данным Бадалян Л.О. показатели распространенности СДВГ колеблются от 2-3% до 15-20%). По Заваденко Н.Н., представленность СДВГ в популяции составляет 7,6%. Результаты сравнительных эпидемиологических исследований, приведенных Брызгуновым И.П. и Касатиковой Е.В. показывают, что в г. Москве СДВГ встречается в 18% случаев, в г. Шатуре — в 15% случаев, в г. Владимире - в 17% случаев. По данным Иванова Е.С. СДВГ у дошкольников встречается в 35,3%, а у детей массовой школы — 31%). Данные о распространенности синдрома дефицита внимания с гиперактивностью среди мальчиков и девочек также существенно варьируют. Так, разными авторами приводятся соотношения от 4:1 до 9:1. Такой большой разброс мнений о распространенности синдрома связан не только с неясностью природы СДВГ, его этиологии и патогенеза, но и с трудностями дифференциальной диагностики синдрома, отсутствием специфических методов диагностирования. Кроме того, несмотря на то, что современные исследователи стремятся использовать единые диагностические критерии СДВГ, представленные в DSM-IV, в Европе все же используют, прежде всего, МКБ-10, где критерии

постановки диагноза СДВГ не достаточно четкие, описывают в большей степени внешние проявления данного синдрома, чем его суть. Несмотря на столь неоднозначные данные о распространенности СДВГ во всем мире, факты указывают на то, что проблема существует и нуждается в решении. В настоящий момент ученые признают, что рассматриваемый нами синдром - одно из самых распространенных психоневрологических расстройств среди детей всего мира. Подтверждением тому стала публикация в 2002 году международного соглашения по СДВГ, подписанного 84 экспертами международного уровня и направленного на противодействие искажению представления о СДВГ в прессе, в которой регулярно публиковались статьи, утверждающие, что существование синдрома не доказано клинически. Единый причинный фактор возникновения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью в настоящий момент не выявлен, то есть этиология СДВГ до сих пор недостаточно ясна. «Несмотря на пристальное внимание к природе и причинам СДВГ, найти однозначные ответы на эти вопросы очень сложно, поскольку диагностическая практика не стандартизирована, а исследования крайне затруднены». Следствием СДВГ является дислексия (проблема с речью), дискалькулия (проблема с арифметикой), дисграфия (проблема с правописанием). В последнее время наблюдается тенденция увеличению числа учащихся общеобразовательных школ, имеющих трудности освоении математических знаний. К характерным ошибкам и затруднениям относятся: незнание состава числа; трудности усвоения принципа образования чисел в натуральном ряду и записи в десятичной позиционной системе счисления, несформированность количественных отношений ("больше3", "меньше", "столько же"); неосознанное (как считалка) воспроизведение порядка следования чисел в натуральном ряду; трудности установления отношения числа к его "соседям"; затруднения в определении места числа в ряду натуральных чисел; недостаточное овладение математическим словарем; трудности в освоении устной нумерации (неправильное чтение чисел); незнание таблицы умножения, деления, сложения и вычитания; трудности в ориентировке в пространстве; плоскости и времени. Перечисленные ошибки характерны для дискалькулии - специфического нарушения счетных навыков, которое обнаруживается на начальной ступени обучения математике. Несмотря на нормальный уровень общего интеллектуального развития, формирование основных школьных навыков - письма, чтения, счета — происходит у детей с СДВГ медленнее, чем у их сверстников. Так у 8 - 39% детей с СДВГ наблюдается дислексия, у 12 - 26% детей - дисграфия и у 12 - 23% детей - дискалькулия. Есть методики устранения еще в начальных классах. Основан на: измерении Векслера, MemoryMalingeringtest, и Тест Лондонской башни. Инструкция: пациенту даю ряд из трех фигур. Он их изучает в течении короткого промежутка времени. После этого ряд исчезает и появляются вариации с разными картинками. Пациенту нужно выбрать первый вариант комбинации картинок. Следующий тест основан на тестах: Korkman, KirkandKemp (1998). **Инструкция: пациенту будут выдавать картинки объектов или звучать название объектов (например: лошадь, стул и т.д.). После их запоминания нужно дать правильный ответ на вопрос.** Еще есть методика Д. Дейвиса. Ребенок может отключить свою дезориентацию с помощью «точки ориентации». Благодаря ей и воображению, появляется возможность видеть мир без искажения. Методика позволяет научить ребенка осваивать сложные для восприятия печатные символы и слова и составлять в своем воображении образное их выражение, что помогает устранить трудности в восприятии. Дэйвис не утверждает, что эта программа может вылечить дислексию. Она помогает приобрести навыки, которыми можно пользоваться всю жизнь. Программа Дэйвиса использует естественные сильные стороны ученика и присущий ему способ обучения для того, чтобы скорректировать проблему. Она ориентирована скорее на суть дислексии, а не на лечение ее симптомов. Многие другие программы ориентированы только на симптомы и подразумевают большой объем тренировок и повторений (дислектики считают это скучным и утомительным). У людей, процесс обучения которых происходит в трехмерном пространстве, могут возникать проблемы с традиционными методами обучения. Замешательство наступает тогда, когда они сталкиваются с такими символами, как буквы, слова или числа. Эти символы не являются трехмерными. Для того, чтобы Программа Дэйвиса дала ожидаемый результат, ученик должен

иметь личную заинтересованность и желание улучшить некоторые аспекты своего процесса обучения.

Литература:

1) <https://www.cognifit.com/cognitive-assessment/battery-of-tests/com-nam-test/identification-test>

2) <http://www.sulamot.ru/sdvg.html>

3)

Политика О.И., 2006; Иванов Е.С., 2006; Бадалян Л.О, Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю. 1993;

Brawn R.T. et al., 2004; Barkley R., 1993

4) <http://www.dslib.net/psixologia-korrekcji/lichnostnye-osobennosti-umstvenno-otstalyh-podrostkov-s-sindromom-deficita.html>

5) Моница Г., Лютова-

Робертс Е., Чутко Л., 2007; Заваденко Н.Н., 2005; Loe I.M., Feldman H.M, 2007; Barkley R.A., 1998;

Hinshaw S.P., 1994

6) [http://www.sulamot.ru/metodika-](http://www.sulamot.ru/metodika-dejvisa.html)

[dejvisa.html](http://www.sulamot.ru/metodika-dejvisa.html)