

# Распространённость СДВГ

США — 4—20%, Великобритания — 1—3,  
Италия — 3—10, в Китай — 1—13,  
Австралия — 7—10, Россия — 4—18%.

# отмечают три основных блока проявления СДВГ: гиперактивность, нарушения вни мания, импульсивность (Ю. С. Шевченко, Н. Н. Заваденко и др.)

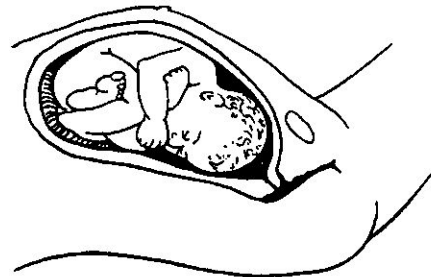
**Гиперактивность** двигательная активность, беспокойство и суетливостью, посторонние движения, которых ребенок часто не замечает. Чрезмерная болтливость, неспособность усидеть на одном месте, продолжительность сна всегда меньше нормы. Нарушение двигательной координации, несформированность мелкой моторики и праксиса. Это неумение завязывать шнурки, застегивать пуговицы, использовать ножницы и иголку, несформированный почерк. Исследования польских ученых показывают, что двигательная активность детей с СДВГ на 25—30% выше нормы. Они двигаются даже во сне.

**Нарушения внимания** проявляются в трудностях его удержания, в снижении избирательности и выраженной отвлекаемости с частыми переключениями с одного занятия на другое. Такие дети характеризуются непоследовательностью в поведении, забывчивостью, неумением слушать и сосредоточиться, частой потерей личных вещей. Они стараются избежать заданий, требующих длительных умственных усилий. Если деятельность ребенка связана с заинтересованностью, увлеченностью и удовольствием, то они способны удерживать внимание часами.

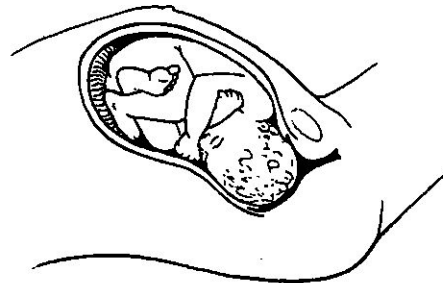
**Импульсивность** выражается в том, что ребенок часто действует не подумав, перебивает других, может без разрешения встать и выйти из класса. Кроме того, такие дети не умеют регулировать свои действия и подчиняться правилам, ждать, часто повышают голос, эмоционально лабильны (часто меняется настроение).

К подростковому возрасту повышенная двигательная активность в большинстве случаев исчезает, а импульсивность и дефицит внимания сохраняются. По результатам исследования Н.Н. Заваденко поведенческие нарушения сохраняются почти у 70% подростков и 50% взрослых, имевших в детстве диагноз дефицита внимания.

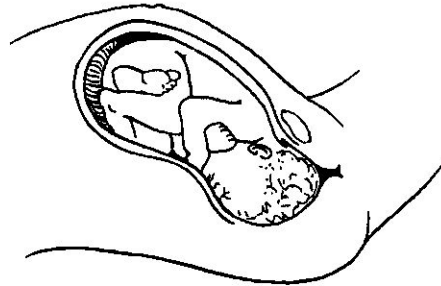
Дети могут продуктивно работать 5—15 минут, затем 3—7 минут мозг отдыхает, накапливая энергию для следующего цикла. В этот момент ребенок отвлекается и не реагирует на учителя. Затем умственная деятельность восстанавливается, и ребенок готов к работе в течение 5—15 минут. Дети с СДВГ имеют «мерцающее» сознание, могут «впадать» и «выпадать» из него, особенно при отсутствии двигательной стимуляции.



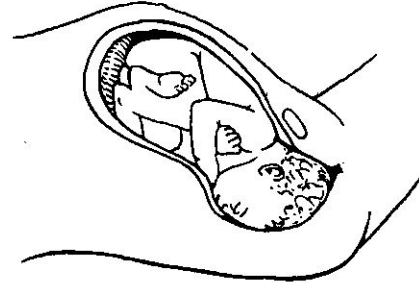
1. До вставления головки



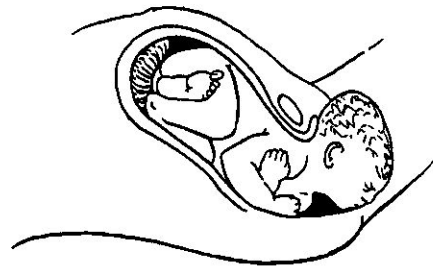
2. Вставление, сгибание, опускание



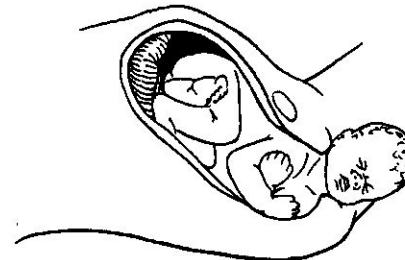
3. Опускание, внутренний поворот



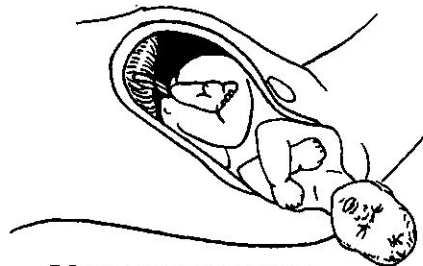
4. Начало разгибания



5. Полное разгибание



6. Рождение головки



7. Рождение переднего плечика



8. Рождение заднего плечика

При повреждении 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.



Для гиперактивных детей также  
характерна постоянная болтовня,  
указывающая на недостаток развития  
внутренней речи, которая должна  
контролировать социальное поведение.

Считаются доминирующими три группы факторов в развитии СДВГ:

- \* генетические факторы;
- \* повреждение центральной нервной системы во время беременности и родов;
- \* негативное действие внутрисемейных факторов.

По результатам исследования Н. Н. Заваденко возникновение СДВГ из-за раннего повреждения центральной нервной системы в период беременности и родов встречается в 84% случаев, генетические причины — в 57% случаев, негативное действие внутрисемейных факторов — в 63% случаев

# Диагностические критерии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью по классификации DSM-IV

## Дефицит внимания

1. Часто неспособен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемых заданиях и других видах деятельности.
2. Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игры.
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 или домашней работы (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, выражает недовольство и сопротивляется выполнению заданий, которые требуют длительного сохранения внимания.
7. Часто теряет вещи (например, игрушки, школьные принадлежности, карандаши, книги, рабочие инструменты).
8. Легко отвлекается.
9. Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.

## Гиперактивность

1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится.
2. Часто встает со своего места во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.
3. Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегают, 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 ведет себя так, «как будто к нему прикрепили мотор».
6. Часто бывает болтливым.

## **Импульсивность**

7. Часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца.
8. Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.

Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).

**Практические рекомендации учителям гиперактивного ребенка.** Школьная программа коррекции гиперактивных детей должна опираться на когнитивную коррекцию, чтобы помочь детям справиться с трудностями в обучении:

1. Изменение окружения:

- \* изучите нейропсихологические особенности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности;
- \* работу с гиперактивным ребенком стройте индивидуально. Гиперактивный ребенок всегда должен находиться перед глазами учителя, в центре класса, прямо у доски;
- \* оптимальное место в классе для гиперактивного ребенка — первая парта напротив стола учителя или в среднем ряду.
- \* измените режим урока с включением физкультминуток;
- \* разрешайте гиперактивному ребенку через каждые 20 минут вставать и ходить в конце класса;
- \* предоставьте ребенку возможность быстро обращаться к вам за помощью в случае затруднения;
- \* направляйте энергию гиперактивных детей в полезное русло: вымыть доску, раздать тетради и т. д.

Помните, что гиперактивность — это не поведенческая проблема, не результат плохого воспитания, а медицинский и нейропсихологический диагноз, который может быть поставлен только по результатам специальной диагностики. Проблему гиперактивности невозможно решить волевыми усилиями, авторитарными указаниями и убеждениями. Гиперактивный ребенок имеет нейрофизиологические проблемы, справиться с которыми самостоятельно не может.