**СТАТЬЯ НА ТЕМУ: «ПРЕОДОЛЕНИЕ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ У ГИПЕРАКТИВНЫХ ДЕТЕЙ»**

**ПОДГОТОВИЛА:УЧИТЕЛЬ-ДЕФЕКТОЛОГ**

**ДОРОНИНА ЕЛЕНА ГЕННАДЬЕВНА**

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью – это одна из форм проявления минимальной мозговой дисфункции (ММД), то есть очень лёгкой недостаточности мозга, которая проявляется в дефиците определённых структур мозговой деятельности.

***Клиническое описание и диагностика синдрома дефицита внимания и гиперактивности***

Синдром дефицита внимания и гиперактивность (СДВГ) – это расстройство, проявляющееся в дошкольном или раннем школьном возрасте. Таким детям тяжело контролировать свое поведение и/или концентрировать внимание. Установлено, что от 3-х до 5-ти процентов детской популяции в мире страдают СДВГ. Это значит, что в каждом втором классе, состоящем из 25-30-ти детей, хотя бы у одного будет СДВГ. Проявления СДВГ могут быть распределены по трем основным группам симптомов: нарушения внимания, импульсивности и гиперактивности. Также значимой (хотя и не входящей в «клинические признаки») является социальная дезадаптация. Довольно часто гиперактивные дети сообразительны и быстро «схватывают» информацию, обладают неординарными способностями. Развитие интеллекта у детей с СДВГ долгое время было предметом дискуссий – одни специалисты полагали, что оно не отличается от нормы, другие считали, что дефицит внимания приводит к серьезному снижению умственных способностей. Последние исследования (использовался тест Векслера) показали, что по таким показателям, как общая осведомленность и объем простых знаний, дети с гиперактивностью не отличаются от здоровых сверстников, а вот умение строить умозаключения, способность к применению социальных правил и норм, самостоятельность, долговременная слухоречевая память у них сформированы хуже нормы. Исследования показывают, что наглядно-образное мышление у детей с СДВГ также имеет особенности: есть трудности в выделении существенных признаков предмета (идет смещение похожих предметов), в различении предметов внутри одной группы (сапог – ботинок; жираф – верблюд; петух – цыпленок – курица), трудности в актуализации образа по словунаименованию и в номинативной функции речи (называние образов). Есть трудности и в пространственном и квазипространственном (понимание логико-грамматических конструкций) восприятии, зрительно-предметной памяти. Среди детей с СДВГ встречаются действительно талантливые, но и случаи задержки психического развития у данной категории детей не являются редкостью. Самое существенное состоит в том, что интеллект детей в общем сохраняется, но черты, характеризующие СДВГ: беспокойство, неусидчивость, недостаточная целенаправленность и импульсивность поступков, повышенная возбудимость, – часто сочетаются с трудностями в приобретении учебных навыков (чтение, счет, письмо), что ведет к выраженной школьной дезадаптации. Если говорить о собственно произвольной регуляции поведения гиперактивных детей, то здесь данные неоднозначны: показано, что такие дети испытывают трудности с выработкой стратегии поведения, хуже усваивают инструкции и алгоритмы действий, у них повышено число импульсивных ответов и персевераций (навязчивых повторов) предыдущих действий, их деятельность неустойчива к побочным влияниям. Импульсивность проявляется в неряшливом выполнении заданий (несмотря на усилие все делать правильно), в несдержанности в словах, поступках и действиях (например, выкрикивание с места, неспособность дождаться своей очереди), в неумении проигрывать, излишней настойчивости и отстаивании своих интересов (невзирая на требования взрослого). Присутствие взрослого не является для детей с СДВГ сдерживающим фактором: они и при взрослых ведут себя так, как остальные дети могут вести себя только в их отсутствии. Зато по способности переключаться с одной программы на другую, способности пользоваться опосредующими звеньями в деятельности («узелок на память») и критичности к результатам своей деятельности гиперактивные ребята не отличаются от нормы. У гиперактивных детей есть и свои личностные особенности: отсутствие чувства безопасности, склонность к агрессии, нестойкость к стрессу, стремление удовлетворять свои эмоции в мире фантазии, тревожность. Все это, наряду со снижением внимания и познавательных функций, приводит к снижению их адаптивного потенциала. В целом для обсуждаемой группы детей типичен более низкий уровень социальной зрелости, чем бывает в их возрасте: будучи отстающими зачастую в психическом развитии от сверстников, эти дети стремятся руководить, ведут себя агрессивно и требовательно. Импульсивные гиперактивные дети быстро реагируют на запрет или резкое замечание, отвечают резкостью, непослушанием. Попытки сдержать их приводят к действиям по принципу «отпущенной пружины». От этого страдают не только окружающие, но и сам ребенок, который хочет выполнить обещание, но не сдерживает его. Традиционно СДВГ рассматривают в нашей стране в рамках минимальных мозговых дисфункций. К ним относятся две группы состояний по классификации МКБ-10. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (или гиперкинетическое расстройство) представлен в разделе F9: поведенческие и эмоциональные расстройства детского и подросткового возраста. В эту же группу минимальных мозговых дисфункций входят нарушения психологического развития (раздел F8), расстройства развития речи, расстройства формирования школьных навыков (дисграфия, дислексия, дискалькулия) и диспраксия развития или статико-локомоторная недостаточность.

Известно (об этом говорят данные лонгитюдных исследований), что симптоматика по мере взросления ослабевает, но продолжает проявляться в подростковом и даже во взрослом возрасте у достаточно большого числа пациентов. Дополнительную негативную роль могут факторы играть социальнопсихологические, прежде всего, негативные внутрисемейные. В результате у ребенка будет страдать формирование высших психических функций, отмечаться отклонения поведения и все те клинические симптомы, которые мы только что рассмотрели. Если говорить о высших психических функциях, которые страдают при данном состоянии и недостаточно сформированы, это функции управляющие. Они обеспечиваются лобными долями, прежде всего, передними их отделами, префронтальными структурами мозга. Именно префронтальные структуры отвечают за управляющие функции и поведенческое торможение. Соответственно, пациенты с СДВГ обнаруживают управляющую дисфункцию. Компоненты управляющих функций. Именно эти аспекты поведения страдают при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью: - Контроль внимания. - Торможение, сдерживание, контроль импульсов. - Планирование и организация. - Внутренняя речь. - Рабочая или оперативная память. - Предвидение, прогнозирование, предусмотрительность, которая, безусловно, должна основываться на взгляде в прошлое, ретроспективной оценке прошедших событий и допущенных просчетов. - Выбор приоритетов. - Умение распределять время. - Изменение, пересмотр планов. - Отделение эмоций от реальных фактов. В результате влияния этих нейробиологических факторов страдают функции целой мозговой системы контроля внимания и организации поведения. Эта система включает целый ряд областей мозга: ассоциативная кора, подкорковые узлы, зрительный бугор, мозжечок, префронтальная кора. Ребенка с СДВГ ждут впереди трудные, но не непреодолимые задачи. Для того чтобы потенциал таких детей полностью реализовался, им нужна помощь, руководство и понимание родителей, школьных психологов и специально выстроенная система обучения. На сегодняшний день не вызывает сомнения нейробиологическая природа этого расстройства. Состояние обусловлено задержанным развитием связанных между собой мозговых структур, которые обеспечивают процессы поведенческого торможения, самоконтроля. Они определяются на сегодняшний день как управляющие функции мозга. Ключевыми симптомами СДВГ являются нарушение внимания, гиперактивность и импульсивность. Наиболее характерные симптомы расстройства формулируются как диагностические его критерии. 9 признаков проявления гиперактивности и импульсивности, 9 признаков нарушения внимания. Начнем с перечня проявлений гиперактивности, поскольку уже в дошкольном возрасте они бывают выраженными:

− Ребенок постоянно крутится, вертится.

− Не может усидеть на месте, когда это необходимо.

− Для него характерна чрезмерная и бесцельная двигательная активность.

 − Он не может тихо, спокойно играть.

− Находится в постоянном движении.

− Отличается болтливостью.

Гиперактивность всегда сочетается с импульсивностью:

− Отвечает на вопросы, не задумываясь.

 − Не может дожидаться своей очереди.

− Мешает другим людям, перебивает их.

Надо сказать, что для СДВГ характерна определенная возрастная динамика. Именно проявления гиперактивности уменьшаются с возрастом, признаки импульсивности сохраняются. Что касается нарушений внимания, они наиболее очевидными станут тогда, когда ребенка будут готовить к школе или когда начнется школьное обучение. Буквально с первого класса школы следующие признаки будут очень ярко выражены:

− Не удерживает внимание на деталях, допускает много ошибок.

− С трудом сохраняет внимание при выполнении школьных и других заданий.

− Не слушает обращенную речь.

− Не может придерживаться инструкций, доводить дело до конца.

− Не способен самостоятельно спланировать, организовать выполнение заданий. − Избегает дел, требующих длительного умственного напряжения.

 − Часто теряет свои вещи.

− Легко отвлекается.

− Проявляет забывчивость.

Для того чтобы диагноз был обоснован по МКБ-10, которой мы пользуемся в нашей стране, нам нужно подтвердить не менее 6-ти симптомов невнимательности, 3 признака гиперактивности и 1 – импульсивности.

***Причины синдрома дефицита внимания и гиперактивности.***

 Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – полиэтиологическое состояние, формирующееся в результате взаимодействия генетических и средовых факторов. Причины и механизм развития СДВГ окончательно не раскрыты. В настоящее время исследования этиологии и патогенеза СДВГ ведутся в нескольких перспективных направлениях, собраны интересные научные факты, позволяющие говорить о концепциях формирования СДВГ.

В отношении этиологии и патогенеза СДВГ нет единого мнения. Однако заслуживают внимания следующие подходы к формированию синдромальной патологии: Генетический – базируется на данных генетических исследований, позволивших установить высокую созависимость между клиническими проявлениями СДВГ и рядом генетических аномалий. В ряде исследований выявлены высокие показатели наследуемости СДВГ, но ни в одном из них не удалось выявить единственного гена, ответственного за формирование СДВГ, напротив, все исследователи выявили по нескольку участков хромосом, предположительно содержащих искомые гены. Неудачи в поиске единственного гена, ответственного за формирование СДВГ, навели исследователей на мысль о полигенном наследовании расстройства. Выявлено более 30 генов, роль которых в развитии СДВГ по отдельности невелика, однако в совокупности может оказаться существенной. Нейромедиаторный – клинические проявления СДВГ обусловлены дисбалансом и нарушениями в функционировании основных медиаторных систем головного мозга (серотониновой, дофаминовой, норадреналиновой). Давно известно, что в формировании поведения участвуют многие нейромедиаторы, в особенности – дофамин, норадреналин и серотонин. Их роли в генезе различных психических расстройств изучаются и в России, и за рубежом. Описаны перспективные нейрохимические модели ряда психических расстройств, включая аффективные и поведенческие расстройства, убедительно доказаны изменения концентрации нейромедиаторов при различных психических расстройствах. Сходные феномены отмечаются и при СДВГ. Воздействие патологических средовых воздействий показывает связи СДВГ с пренатальными, перинатальными и ранними постнатальными внешними альтерирующими факторами (интоксикации, инфекции, травмы, иммунная патология и др.). В качестве неблагоприятных пренатальных и 12 перинатальных внешних факторов, способных повлиять на развитие СДВГ, указывают недоношенность, задержку внутриутробного развития, токсикозы и угрозу прерывания беременности на разных сроках, родовые травмы, гипоксию плода, внутриутробные интоксикации и инфекции и др., т.е. по сути, факторы, характеризующиеся выраженным, полиморфным негативным воздействием. В качестве постнатальных воздействий отмечают негативную роль искусственного вскармливания, алиментарной недостаточности, авитаминозов, травм, интоксикаций, особенностей воспитания и др. Все эти факторы носят заведомо неспецифический характер, что наводит на мысль, что СДВГ может являться одной из неспецифических форм реагирования организма на комплекс внутренних и внешних альтерирующих воздействий. Также выявлена связь СДВГ с резус-конфликтом, возрастом родителей, аномалиями беременности и родов, недостаточным и избыточным весом при рождении, курением матери, психическими травмами матери в период беременности, приемом некоторых пищевых добавок и другими различными негативными факторами, что подчеркивает неспецифичность СДВГ как патологического состояния. Важную роль в развитии и течении СДВГ традиционно отводят социально-психологическим факторам, таким как воспитание и психологический климат в семье, бедность, криминальное окружение, психические расстройства у родителей, включая алкоголизм, воспитание в неполной семье и детских учреждениях и другие. Дизонтогенетический – исходит из предположения, что СДВГ - сложная асинхрония развития, обусловленная множеством внутренних и внешних факторов, приводящая к неспецифическим формам реагирования, ассоциированным с психомоторным уровнем реактивности. Дизонтогенетическая концепция изначально предполагает полиэтиологическую природу СДВГ и сходных с ним состояний. Она согласуется в полной мере с представлениями об эволюции человека как социально-биологическом явлении, реализующемся на микропопуляционном уровне.

Таким образом выделяют 4 блока причин происхождения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью:

1) генетические (наследственная предрасположенность);

2) биологические (органические повреждения головного мозга во время беременности, родовые травмы);

3) социально-психологические (микроклимат в семье, алкоголизм родителей, условия проживания, неправильная линия воспитания);

4) влияние окружающей среды.

 ***Коррекционная работа детей 4-5-ти лет с СДВГ*** .

Оптимальный возраст для постановки диагноза СДВГ – 4-5-ти лет, когда уже можно объективизировать наличие расстройства внимания. Чем раньше будет выявлен СДВГ и начнется его коррекция, тем лучше. Своевременно принятые меры помогут ребенку в трудовой и социальной деятельности (в учебе и поведении в школе, дома, с окружающими), а также помогут сохранить его самооценку. Диагноз могут поставить только специалисты: психиатр или невролог (психоневролог). В процессе диагностики обычно используются опросники родителей и педагогов, наблюдение, тестирование, медицинские проверки и т. д. В ДОУ педагогпсихолог наблюдает и оказывает психокоррекционную помощь ребенку. СДВГ чаще встречается у мальчиков. Одной из возможных причин считают, что обычно девочки менее гиперактивны, чем мальчики, а следовательно, у них может больше встречаться дефицит внимания без гиперактивности – тип СДВГ, который труднее выявить. У детей с СДВГ отмечаются некоторые поведенческие особенности: беспокойство (69,7%), невротические привычки (69,7%), нарушения сна (46,3%), аппетита (35,9%), тики, назойливые движения, двигательная активность и неловкость и т. д. Дезадаптирующие особенности поведения таких детей свидетельствуют о недостаточно сформированных регулятивных механизмах психики, и, прежде всего, самоконтроля как важнейшего условия и необходимого звена в генезисе произвольных форм поведения. Таким образом, мы ставим следующие задачи коррекционной работы детей с СДВГ в возрасте 4-5-ти лет:

1. Достичь у ребенка послушания, привить ему аккуратность, навыки самоорганизации и развить у него чувство ответственности за собственные поступки.

2. Научить ребенка уважению прав окружающих людей, правильному речевому общению, контролю собственных эмоций и поступков.

3. Научить девочек и мальчиков приемам мышечной релаксации.

4. Научить девочек и мальчиков элементарным навыкам физической культуры.

5. Научить девочек и мальчиков умению жить согласно установленным режимным моментам в дошкольном учреждении и в домашних условиях.

Так же в своей работе мы опираемся на следующие позиции:

В области обучения:

− формируем устойчивую мотивацию к учению как жизненно важному процессу;

− обеспечиваем стандарты образования по уровням;

− формируем общие адаптационные (общеучебные) знания, умения, навыки; − поддерживаем и развиваем познавательную самостоятельность учащихся.

В области воспитания:

− осуществляем личностно-ориентированный подход в процессе социально-психологической помощи;

− развиваем культурную, нравственную, волевую и эстетическую сферы личности;

− обеспечиваем условия для максимальной самореализации;

 − формируем веру в себя;

− создаём среду, формирующую потребность в самосовершенствовании.

В области психического развития:

− развиваем индивидуальные способности;

− формируем доминанту самосовершенствования личности;

− формируем умения самоуправления, саморегуляции;

− осуществляем программы социально-психологической адаптации.

В области социализации:

− формируем адекватное отношение личности к себе (самооценка, самоуважение, достоинство, честь, совесть) и к миру (гуманистическое, демократическое, диалектическое, экологическое мышление);

− формируем интегративное качество самостоятельности личности, готовим к социальной автономности;

 − обучаем умениям взаимодействия в коллективе: общению, ответственности, дисциплинированности, самоуправлению и саморегуляции;

Структурное подразделение

муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения

«Детский сад «Радуга» комбинированного вида» -

«Детский сад №18 комбинированного вида»

Рузаевского муниципального района Республики Мордовия

 **ВЫСТУПЛЕНИЕ**

НА ТЕМУ: «ПРЕОДОЛЕНИЕ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА

 ВНИМАНИЯ У ГИПЕРАКТИВНЫХ ДЕТЕЙ»

ПОДГОТОВИЛА: учитель-дефектолог

 Доронина Е. Г.