**Психологические особенности детей дошкольного возраста с ОВЗ**

**с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью**

|  |  |
| --- | --- |
| Синдром дефицита внимания у детей | *Педагог-психолог Бизимова Л.В.,*  *МБДОУ г. Иркутска детский сад № 2* |

Главной целью дошкольного образовательного учреждения является сохранение здоровья детей и предупреждение эмоционального неблагополучия. Согласно ФГОС ДОО инклюзивное образование должно быть направлено на обеспечение коррекции нарушений различных категорий детей с ОВЗ, оказание им квалифицированной помощи в освоении программы, их всестороннее развитие с учетом возрастных и индивидуальных особенностей и особых образовательных потребностей, социальной адаптации.

За последние годы в России произошло значительное качественное ухудшение здоровья дошкольников. По данным исследований, лишь 10% выпускников детских садов могут считаться здоровыми, 40% имеют различную хроническую патологию. У каждого второго ребенка выявлено сочетание нескольких хронических заболеваний. Обращает на себя внимание, сколь значимое место в современном понимании здоровья в нем отводится психологическому компоненту. Проблема сохранения здоровья дошкольников, особенно детей с ОВЗ, является актуальной.

«На сегодняшний день в России более 1 миллиона обучающихся с ограниченными возможностями здоровья на всех уровнях образования, а также почти 680 тысяч детей-инвалидов», — об этом заявила заместитель министр просвещения РФ Татьяна Синюгина. Это заявление было сделано в рамках доклада замминистра на пленарном заседании III Всероссийского съезда дефектологов. Количество обучающихся с ОВЗ: более 1,15 миллионов человек. Дети с ОВЗ в учреждениях дошкольного образования: 17 343 человека (6,8% от общего количества воспитанников).

Утверждение базовых нормативно-правовых документов, закрепивших значимость инклюзии в образовании, привело к появлению нового законодательного понятия - «ребенок с ограниченными возможностями здоровья».

К категории детей с наруше­ниями развития, обозначенные в общеобразовательной программе дошкольного образования «От рожде­ния до школы» под редакцией Н. Е. Вераксы, Т. С. Комаровой, М. А. Васильевой относятся:

1. дети с нарушениями слуха (не слышащие и слабослышащие), пер­вичное нарушение носит сенсорный характер - нарушено слуховое вос­приятие, вследствие поражения слухового анализатора;
2. дети с нарушениями зрения (незрячие, слабовидящие), первичное нарушение носит сенсорный характер, страдает зрительное восприятие, вследствие органического поражения зрительного анализатора;
3. дети с тяжелыми нарушениями речи, первичным дефектом является недоразвитие речи;
4. дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, первичным нарушением являются двигательные расстройства, вследствие органичес­кого поражения двигательных центров коры головного мозга;
5. дети с задержкой психического развития, их характеризует замед­ленный темп формирования высших психических функций, вследствие слабо выраженных органических поражений центральной нервной систе­мы (ЦНС);
6. дети с нарушениями интеллектуального развития, первичное нару­шение - органическое поражение головного мозга, обусловливающее на­рушения высших познавательных процессов;
7. дети с нарушениями развития аутистического спектра, представля­ющие собой полиморфную группу, характеризующуюся различными клиническими симптомами и психолого-педагогическими особенностя­ми — нарушено развитие средств коммуникации и социальных навыков, аффективные проблемы становления активных взаимоотношений с ди­намично меняющейся средой;
8. дети с комплексными (сложными) нарушениями развития, у кото­рых сочетаются два и более первичных (сенсорное, двигательное, речевое, интеллектуальное) нарушений, например, слабослышащие с детским це­ребральным параличом, слабовидящие с задержкой психического разви­тия и др. Степень выраженности нарушений различна, поэтому выделены три уровня психического развития детей с комплексными нарушениями, что определяет специфику психолого-педагогической работы.

Также в общеобразовательной программе дошкольного образования «От рожде­ния до школы» под редакцией Н. Е. Вераксы, Т. С. Комаровой, М. А. Васильевой представлена группа детей с минимальными либо парциальными нарушениями:

1. дети с минимальными нарушениями слуха;
2. дети с минимальными нарушениями зрения, в том числе с косогла­зием и амблиопией;
3. дети с нарушениями речи (дислалия, минимальные дизартрические расстройства, закрытая ринолалия, дисфония, заикание, полтерн, тахила- лия, брадилалия, нарушения лексико-грамматического строя, нарушения фонематического восприятия);
4. дети с легкой задержкой психического развития (конституциональ­ной, соматогенной, психогенной);
5. педагогически запущенные дети;
6. дети - носители негативных психических состояний (утомляемость, психическая напряженность, тревожность, фрустрация, нарушения сна, аппетита) соматогенной или церебрально-органической природы без на­рушений интеллектуального развития (часто болеющие, посттравматики, аллергики, с компенсированной и субкомпенсированной гидроцефалией, с цереброэндокринными состояниями);
7. дети с психопатоподобными формами поведения (по типу аффек­тивной возбудимости, истероидности, психастении и др.);
8. дети с нарушенными формами поведения органического генеза (гиперактивность, синдром дефицита внимания);
9. дети с психогениями (неврозами);
10. дети с начальным проявлением психических заболеваний (шизоф­рения, ранний детский аутизм, эпилепсия);
11. дети с легкими проявлениями двигательной патологии церебраль­но-органической природы;
12. дети, имеющие асинхронию созревания отдельных структур голо­вного мозга или нарушения их функционального или органического генеза (в том числе по типу минимальной мозговой дисфункции).

Синдром дефицита внимания и гиперактивности встречается у довольно большого числа детей с ОВЗ. В группе детского сада есть хотя бы один ребенок с проявлениями этого синдрома. Данный диагноз означает наличие отклонений психики, выражающихся в повышенной возбудимости, эмоциональности, гиперактивности, сопровождающейся вспышками агрессии, а также сниженной способности к восприятию информации, усидчивости, проблемами с вниманием.

По сути это неврологическое нарушение, которое характеризуется странностями в поведении ребенка, не соответствующими возрастной группе. Заболевание вызывает постоянную невнимательность, чрезмерную подвижность и импульсивность. Признаки его проявляются в разных общественных и бытовых ситуациях. СДВГ возникает с раннего детства, сильно прогрессирует в подростковом состоянии и может сохраняться во взрослом возрасте.

**Синдром дефицита внимания и гиперактивности** (англ. *attention deficit hyperactivity syndrome*), аббр. СДВГ, расстройство внимания с гиперактивностью или гиперактивное расстройство с дефицитом внимания (англ. *attention deficit hyperactivity disorder*, аббр. *ADHD*) - неврологическо-поведенческое расстройство развития, начинающееся в детском возрасте. Проявляется такими симптомами, как трудности концентрации внимания, гиперактивность и плохо управляемая импульсивность. Также при склонности к СДВГ у взрослых возможны снижение интеллекта и трудности с восприятием информации.

Стоит отметить, что, хотя внешне на первый план выходит избыточном подвижность малыша, основным дефектом в структуре этого заболевания является дефицит внимания: карапуз не может ни на чем сосредоточиться надолго. Дети, страдающие СДВГ, отличаются неусидчивостью, невнимательностью, гипепактивностью и импульсивностью.

СДВГ и его лечение вызывает много споров начиная уже с 1970 годов. В существовании СДВГ сомневается ряд медиков, учителей, политиков, родителей и средств массовой информации. Некоторые считают, что такого заболевания, как СДВГ, не существует вообще, однако их противники полагают, что существуют генетические и физиологические причины данного состояния. Некоторые исследователи настаивают даже на влиянии климатических факторов в развитии СДВГ у детей.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) - одно из распространенных психоневрологических расстройств у детей. Его диагностика основывается на международных критериях МКБ-10, но также должна учитывать возрастную динамику СДВГ и особенности его проявлений в дошкольном, младшем школьном и подростковом периодах.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) - одно из распространенных психоневрологических расстройств в детском возрасте. СДВГ широко представлен в детской популяции. Его распространенность колеблется от 2 до 12% (в среднем 3-7%), чаще встречается у мальчиков, чем у девочек (в среднем соотношение - 3 : 1).

СДВГ может встречаться как в изолированном виде, так и в сочетании с другими эмоциональными и поведенческими нарушениями, оказывая негативное влияние на обучение и социальную адаптацию.

Первые проявления СДВГ обычно отмечаются с 3-4-летнего возраста, иногда и раньше. Но когда ребенок становится старше и поступает в школу, у него возникают дополнительные сложности, поскольку начало школьного обучения предъявляет новые, более высокие требования к личности ребенка и его интеллектуальным возможностям.

Симптомы СДВГ у ребенка могут стать поводом для первичного обращения к педиатрам, а также логопедам, дефектологам, психологам. Часто на симптомы СДВГ впервые обращают внимание педагоги дошкольных и школьных образовательных учреждений.

В чем суть расстройства? В основе СДВГ лежит волнообразная и не соответствующая ситуации выработка веществ, с помощью которых по нейронным цепям передается информация, происходит это в зонах мозга, ответственных за удержание внимания, принятия решений. При СДВГ возникают трудности с:

* удерживанием внимания на определенном объекте, которым может быть предмет, движение или ситуация;
* принятием решений (например, в процессе выбора игрушек);
* усидчивостью;
* участием в разных видах деятельности;
* поведением, соответствующим возрастным нормам и социальным правилам.

СДВГ проявляется в детском возрасте. Синдром сохраняется на долгие годы, затрудняя процесс обучения и социализации ребенка.

СДВГ может также может сопровождаться такими неблагоприятными состояниями как:

* Нарушения эмоционального контроля (тревожность, биполярное расстройство, депрессия, панические нарушения, обсессивно-компульсивные нарушения).
* Нарушения двигательного контроля (моторные и вокальные тики, нарушения сна с периодическими движениями конечностей).
* Нарушения комфорта (мигрени, энурез).
* Нарушения, связанные с использованием интоксикантов (употребление алкоголя, наркотиков, табака).
* Нарушения с разрушительным поведением (ребёнок делает всё «назло», провоцирует взрослых и детей вызывающим или агрессивным поведением, издевается над животными или сверстниками).
* И, наконец СДВГ почти всегда сопровождается нарушениями моторики, обучения, общения (тут всё также очень индивидуально: у кого-то нарушена только моторика, отчего он неловок, а у кого-то все три сферы, да так, что он не может учиться в обычной школе).

В настоящее время действует Международная классификация болезней Десятого пересмотра (МКБ-10, англ. ICD-10). В МКБ-10 СДВГ относился к гиперкинетическим расстройствам - группе эмоциональных расстройств и расстройств поведения, начинающихся обычно в детском возрасте.

С неврологической точки зрения СДВГ рассматривается как стойкий и хронический синдром, для которого не найдено способа излечения. Считается, что некоторые дети, а именно 30 %, «перерастают» этот синдром либо приспосабливаются к нему во взрослой жизни.

Обязательными характеристиками СДВГ также являются:

* продолжительность: симптомы отмечаются на протяжении не менее 6 месяцев;
* постоянство, распространение на все сферы жизни: нарушения адаптации наблюдаются в двух и более видах окружающей обстановки;
* выраженность нарушений: существенные нарушения в обучении, социальных контактах, профессиональной деятельности;
* исключаются другие психические расстройства: симптомы не могут быть связаны исключительно с течением другого заболевания.

Одновременно в зависимости от преобладающих симптомов разграничиваются следующие формы СДВГ:

* сочетанная (комбинированная) форма - имеются все три группы симптомов (50-75%);
* СДВГ с преимущественными нарушениями внимания (20-30%);
* СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности (около 15%).

В МКБ-10 диагноз «гиперкинетическое расстройство» примерно равнозначен сочетанной форме СДВГ по DSM-IV-TR. Для постановки диагноза по МКБ-10 должны быть подтверждены все три группы симптомов, в том числе не менее 6 проявлений невнимательности, не менее 3 - гиперактивности, хотя бы 1 - импульсивности. Таким образом, диагностические критерии СДВГ в МКБ-10 более строгие.

Рассмотрим *классификацию СДВГ.*В [DSM-5](https://ru.wikipedia.org/wiki/DSM-5) выделяется 3 основных типа расстройства и 2 дополнительных («другое уточнённое» и «неуточнённое»):

1. Расстройство дефицита внимания/гиперактивности: преобладание дефицита внимания — СДВГ-ПДВ или СДВГ-ДВ (англ. attention-deficit/hyperactivity disorder: predominantly inattentive presentation, код 314.00/F90.0)
2. Расстройство дефицита внимания/гиперактивности: преобладание гиперактивности и импульсивности — СДВГ-ГИ или СДВГ-Г (англ. attention-deficit/hyperactivity disorder: predominantly hyperactive/impulsive presentation, код 314.01/F90.1)
3. Расстройство дефицита внимания/гиперактивности: смешанный тип — СДВГ-С (англ. attention-deficit/hyperactivity disorder: combined presentation, код 314.01/F90.2).
4. Другое уточнённое расстройство дефицита внимания/гиперактивности (англ. other specified attention-deficit/hyperactivity disorder, код 314.01/F90.8).
5. Неуточнённое расстройство дефицита внимания/гиперактивности (англ. unspecified attention-deficit/hyperactivity disorder, код 314.01/F90.9).

Какие диагностические критерии СДВГ обозначены в классификации МКБ-10? В [Международной классификации болезней](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B6%D0%B4%D1%83%D0%BD%D0%B0%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%84%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B5%D0%B9) 10-пересмотра ([МКБ-10](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%9A%D0%91-10)) синдром дефицита внимания и гиперактивности входит в диагностическую рубрику «нарушение активности и внимания» ([F](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%9A%D0%91-10#Перечень_классов_МКБ-10)[90.0](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F90.0)).

Для постановки диагноза синдрома дефицита внимания и [гиперактивности](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C) должны выявляться общие критерии гиперкинетического расстройства ([F](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%9A%D0%91-10#Перечень_классов_МКБ-10)[90](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F90)), но не критерии расстройства поведения ([F](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%9A%D0%91-10#Перечень_классов_МКБ-10)[91](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F91)).

Обобщая, должны выявляться некоторые из симптомов следующих групп (общие критерии для «гиперкинетические расстройств» - [F](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%9A%D0%91-10#Перечень_классов_МКБ-10)[90](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F90)): *невнимательность* (неспособность внимательно следить за деталями, поддерживать внимание на заданиях или в играх, неспособность следовать инструкциям или завершать школьные задания, частые отвлечения на внешние стимулы и др.), [*гиперактивность*](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C) (беспокойные движения частями тела, ёрзание на месте, невозможность усидеть на месте, [бег](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B5%D0%B3) или карабканье куда-либо в неуместных ситуациях, неадекватная [шумность](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D1%83%D0%BC) в играх и др.) и [*импульсивность*](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BC%D0%BF%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%81%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C) (ответы до того, как завершены вопросы, неспособность ждать в очередях, [болтливость](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C) без адекватной реакции на социальные ограничения, частое прерывание других и встревание в разговоры или игры).

Начало расстройства должно быть до 7 лет, продолжительность его не менее 6 месяцев, а [коэффициент интеллекта](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%8D%D1%84%D1%84%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%B5%D0%BD%D1%82_%D0%B8%D0%BD%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%B0) (IQ) пациента выше 50.

С 1 января 2022 года вступит в силу классификация вступит в силу МКБ-11. [МКБ-11 (Международная классификация болезней 11 пересмотра)](https://icd11.ru/) была официально выпущена 18 июня 2018 года. МКБ-11 была представлена на 144-м заседании Исполнительного совета в январе 2019 года и утверждена в рамках 72 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) в мае 2019 года.

В МКБ-11 (2018) гиперактивное расстройство с дефицитом внимания будет рассматривается как отдельный диагноз (код 6A05). Выделяются следующие подтипы расстройства:

1. 6A05.0: Представлена преимущественно невнимательность.
2. 6A05.1: Представлена преимущественно гиперактивность-импульсивность.
3. 6A05.2: Смешанный тип.
4. 6A05.Y: Другой уточнённый тип.
5. 6A05.Z: Неуточнённый тип.

В настоящее время диагностика СДВГ основывается на клинических критериях. Для подтверждения СДВГ не существует специальных критериев или тестов, основанных на применении современных психологических, нейрофизиологических, биохимических, молекулярно-генетических, нейрорадиологических и других методов.

Диагноз СДВГ ставится врачом, однако педагоги и психологи также должны быть хорошо знакомы с диагностическими критериями СДВГ, тем более что для подтверждения этого диагноза важно получить надежные сведения о поведении ребенка не только дома, но и в школе или дошкольном учреждении.

*Диагностические критерии СДВГ по классификации DSM-5.* Согласно [DSM-5](https://ru.wikipedia.org/wiki/DSM-5) (2013), диагноз синдром дефицита внимания-гиперактивности можно установить не ранее 12 лет (по изданию [DSM-IV](https://ru.wikipedia.org/wiki/DSM-IV) 1994 года с 6 лет). [Симптомы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%81%D0%B8%D0%BC%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BC) должны наблюдаться в разных ситуациях и обстановке. Для постановки диагноза необходимо наличие 6 симптомов (из группы «невнимательности» и/или «гиперактивности и импульсивности»), а с 17 лет — 5 симптомов. Симптомы должны присутствовать не менее полугода, и пациенты должны отставать от уровня развития большинства подростков своего возраста. Для постановки диагноза симптомы должны проявляться и до 12 лет, при этом их нельзя объяснить другими психическими расстройствами.

*Признаки невнимательности***:**

* Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр (например, с трудом остаётся сосредоточенным во время [лекций](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F), [разговоров](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B0%D0%B7%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80) или длительного чтения).
* Часто неспособен удерживать внимание на деталях: из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности (например, пропускает детали, работа неточная).
* Часто складывается впечатление, что ребёнок не слушает обращённую к нему [речь](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%87%D1%8C) (например, кажется, что умственно он в другом месте, даже в отсутствие какого-либо очевидного отвлечения).
* Часто не следует инструкциям и не завершает школьные задания, обязанности или рутинные операции на рабочем месте (например, начинает задания, но быстро теряет фокус и легко отвлекается).
* Обычно избегает вовлечения в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения (например, школьная или домашняя работа, для старших подростков и взрослых — подготовка отчётов, заполнение бланков, анализ длинных документов).
* Легко отвлекается на посторонние стимулы (для старших подростков и взрослых может включать отвлечённые мысли).
* Часто испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения задач и других видов деятельности (например, затруднение в управлении последовательными задачами, затруднение хранения материалов и вещей в порядке; беспорядочная, неорганизованная работа, плохое управление временем, невыполнение сроков).
* Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях (например, выполнение обязанностей, выполнение поручений, у старших подростков и взрослых — обратные звонки, оплата счетов, назначение встреч).
* Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, школьные материалы, карандаши, [книги](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BD%D0%B8%D0%B3%D0%B0), инструменты, [кошельки](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%88%D0%B5%D0%BB%D1%91%D0%BA), [ключи](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D0%BC%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B9_%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D1%87), документы, [очки](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%87%D0%BA%D0%B8), [мобильные телефоны](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B9_%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D1%84%D0%BE%D0%BD), зонты, перчатки, кольца или браслеты, которые снял на время).

*Признаки гиперактивности и импульсивности*:

* Часто проявляет бесцельную двигательную активность: [бегает](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B5%D0%B3), пытается куда-то залезть, причём в таких ситуациях, когда это неприемлемо (у подростков или взрослых может быть ограничено чувством беспокойства).
* Обычно не может тихо, спокойно [играть](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%B3%D1%80%D0%B0) или заниматься чем-либо на досуге.
* Часто наблюдаются беспокойные [движения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B2%D0%B8%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5_(%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F)) в кистях и стопах; сидя на стуле, извивается на месте.
* Часто встаёт со своего места на занятии в ДОУ, в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте (например, оставляет своё место в классе, в [офисе](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%84%D0%B8%D1%81) или на другом рабочем месте или в других ситуациях, требующих сохранения на месте).
* Часто отвечает до того, как вопрос задан до конца (например, завершает предложения людей, не может ждать поворота в разговоре).
* Часто находится в постоянном движении и ведёт себя так, «как будто к нему прикрепили [мотор](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B2%D0%B8%D0%B3%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C)» (например, ему неудобно находиться в течение длительного времени в [ресторанах](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%BD), на встречах; может расцениваться другими как беспокойный, с кем сложно быть наравне).
* Бывает болтливым.
* Часто перебивает или вторгается к другим (например, встревает в разговоры, игры или дела; может начать использовать вещи других людей, не спрашивая или не получая разрешения; у подростков и взрослых — может вторгаться в то, что делают другие).
* Обычно с трудом дожидается наступления благоприятных событий в различных социальных ситуациях (например, в ожидании права быть обслуженным в порядке [очереди](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B4%D1%8C)).

Для постановки диагноза должны быть подтверждены все три группы симптомов, в том числе не менее 6 проявлений невнимательности, не менее 3 - гиперактивности, хотя бы 1 - импульсивности.

Кроме того, диагностика СДВГ должна строиться с учетом своеобразной возрастной динамики этого состояния. Симптомы СДВГ имеют свои особенности в дошкольном, младшем школьном и подростковом возрасте.

Рассмотрим проявление СДВГ у детей *в дошкольном возрасте*. В возрасте от 3 до 7 лет обычно начинают проявляться гиперактивность и импульсивность.

Гиперактивность характеризуется тем, что ребенок находится в постоянном движении, не может спокойно усидеть на месте во время занятий в течение даже непродолжительного времени, слишком болтлив и задает бесконечное число вопросов.

Импульсивность выражается в том, что он действует, не подумав, не может дожидаться своей очереди, не ощущает ограничений в межличностном общении, вмешиваясь в разговоры и часто перебивая других. Такие дети часто характеризуются как не умеющие себя вести или слишком темпераментные. Они крайне нетерпеливы, спорят, шумят, кричат, что часто приводит их к вспышкам сильного раздражения.

Импульсивность может сопровождаться «бесстрашием», в результате чего ребенок подвергает опасности себя (повышен риск травм) или окружающих. Во время игр энергия бьет через край, и поэтому сами игры приобретают разрушительный характер. Дети неаккуратны, часто бросают, ломают вещи или игрушки, непослушны, плохо подчиняются требованиям взрослых, могут проявлять агрессивность. Многие гиперактивные дети отстают от сверстников в развитии речи.

СДВГ является серьезной социальной проблемой, так как встречается у большого количества детей (поданным разных исследовании, им страдают от 2.2 до 18 процентов малышей) и очень мешает их социальной адаптации. Так, известно, что дети, страдающие СДВГ, входят в группу риска по развитию в дальнейшем алкоголизма и наркомании. СДВГ встречается у мальчиков в 4-5 раз чаще, чем у девочек.

*Какие основные причины возникновения СДВГ?*Точная причина возникновения СДВГ неизвестна, но существует несколько теорий. Причинами возникновения органических нарушений могут быть:

* Иммунологическая несовместимость (по [резус-фактору](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D1%83%D0%BF%D0%BF%D1%8B_%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8#Система_Rh_(резус-система))).
* Угрозы выкидыша.
* Общее ухудшение экологической ситуации.
* Инфекции матери во время беременности и действие лекарств, алкоголя, наркотиков, курения в этот период.
* Хронические заболевания матери.
* Преждевременные, скоротечные или затяжные роды, стимуляция родовой деятельности, отравление наркозом, кесарево сечение.
* Родовые осложнения (неправильное предлежание плода, обвитие его пуповиной) ведут к травмам позвоночника плода, асфиксиям, внутренним мозговым кровоизлияниям.
* Астма, пневмонии, сердечная недостаточность, диабет, заболевания почек могут выступать как факторы, нарушающие нормальную работу мозга;
* Неправильное питание, в том числе изучаются некоторые пищевые добавки как фактор, влияющий на гиперактивность.
* Любые заболевания младенцев с высокой температурой и приёмом сильнодействующих лекарств.

Специалистами Медико-генетического научного центра [РАМН](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%90%D0%9C%D0%9D) и факультета психологии [МГУ](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%93%D0%A3) установлено, что «большинство исследователей сходится во мнении, что единую причину возникновения заболевания выявить не удается и, похоже, не удастся никогда». Учёные США, Голландии, Колумбии и Германии выдвинули предположение, что на 80 % возникновение СДВГ зависит от генетических факторов. Из более чем тридцати генов-кандидатов выбрали три — ген переносчика [дофамина](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%BE%D1%84%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD), а также два гена дофаминовых рецепторов. Однако генетические предпосылки к развитию СДВГ проявляются во взаимодействии со средой, которая может эти предпосылки усилить или ослабить.

*Как диагностируют СДВГ?*

* Для начала следует принять во внимание, что СДВГ (так же, как и другой медицинский диагноз) может поставить только врач, в данном случае - психиатр. Педагог или психолог могут *заподозрить* синдром у ребёнка и *порекомендовать* родителям обратиться к врачу.
* Делает это доктор, используя *феноменологическую психологическую характеристику* ребёнка (то есть описание феноменов поведения ребёнка: не следит за деталями, выкрикивает, не умеет ждать и т.д.).

Разумеется, тут можно возразить, что критерии получаются слишком субъективными: для кого-то «не следит за деталями» - это когда ребёнок путает букву «у» и цифру «4» на письме и не может объяснить сюжет простой картинки из книжки для трёхлеток, а для кого-то - это когда малыш не может по памяти ответить, сколько птиц изображено на левой створке триптиха «Искушение святого Антония». Именно поэтому диагноз выставляется **врачом,** а не родителями, педагогами, соседями.

* Диагноз может быть поставлен не ранее 5-6-летнего возраста ребёнка.
* Регистрируемые признаки нарушения (те самые характерные для СДВГ *феномены*) должны наблюдаться как *минимум в двух условиях обстановки* (например, дома и в саду или школе). Причём на протяжении *не менее полугода*. Для этого регистрируют жалобы родителей и, например, школьного учителя в начале периода наблюдения и по его завершении (это, конечно, идеальная ситуация, в реальности бывает и так, что врач поставит диагноз на основании анамнеза, то есть предыдущих наблюдений родителей и учителей со слов родителей).

*Особенности психологической коррекции СДВГ.*Психологические особенности гиперактивных детей таковы, что они невосприимчивы к выговорам и наказанию, но быстро реагируют на малейшую похвалу.

Детям, страдающим СДВГ, рекомендуется формулировать инструкции и указания четко, ясно, кратко и наглядно. Родители не должны дамам, им одновременно несколько заданий, лучше дать те же указания, но по отдельности. Они должны следить за соблюдением ребенком режима дня (четко регулировать время приема пищи, выполнение домашних заданий, сон), предоставлять малышу возможность расходовать избыточную энергию в физических упражнениях, длительных прогулках, беге.

Для коррекции поведения можно использовать так называемое оперантное обусловливание, которое заключается в наказании или поощрении в ответ на поведение ребенка. Оперантное обусловливание - это влияние последствий поведения на само поведение, под последствиями понимают изменения в окружающей среде (изменение стимула), которые происходят сразу после поведения и влияют на частоту возникновения этого поведения в будущем.

Наказания должны следовать за провинностями быстро и незамедлительно, т.е. быть максимально приближенными по времени к неправильному поведению.

Совместно с малышом необходимо выработать систему поощрений и наказаний за хорошее и плохое поведение, а также расположить в удобном для ребенка месте свод правил поведения в группе детского сада и дома, а затем просить ребенка вслух проговаривать эти правила.

Следует также не переутомлять малыша при выполнении задании, так как при этом может усиливаться гиперактивность. Необходимо ограничить участие легко возбудимых детей в мероприятиях, связанных со скоплением большого числа людей. Так же важен выбор партнеров для игр - желательно, чтобы друзья ребенка были уравновешенными и спокойными.

Ругать ребенка, страдающего СДВГ, за гиперактивность не только бесполезно, но и вредно. В таких случаях малыша можно только критиковать. В чем разница между понятиями ругать и критиковать? Необходимо давать положительную оценку личности ребенка и отрицательную - его поступкам. Как это выглядит на практике?Например, «Ты хороший мальчик, но сейчас ты поступаешь неправильно (конкретно надо сказать, что кроха делает плохо), надо вести себя так...» Ни и коем случае нельзя проводить отрицательное сравнение своего ребенка с другими детьми: «Петя хороший, а ты плохой». Рекомендуется сократить время просмотра телепередач и компьютерных игр. Необходимо помнить, что завышенные требования и чрезмерные учебные нагрузки ведут к утомляемости ребенка и появлению отвращения к занятиям и учебе.

Необходима комплексная реабилитация таких детей с использованием как медикаментозных, так и немедикаментозных средств. При этом лечение должно быть индивидуальным и назначаться с учетом данных обследования.

Лечение СДВГ должно и быть комплексным, то есть включать как медикаментозную терапию, так и психологическую коррекцию. В идеальном варианте ребенок должен наблюдаться как у невропатолога/невролога, так и у психолога, ощущать поддержку родителей и их веру в положительный исход лечения. Эта поддержка очень важна для закрепления навыков, которые появляются у ребенка в процессе лечения.

*Нефармакологические подходы в коррекции СДВГ.*В настоящий момент существует несколько нефармакологических подходов к методам лечения СДВГ, которые могут сочетаться с фармакокоррекцией либо использоваться независимо от неё.

Нейропсихологический (при помощи различных упражнений).

* Синдромальный. Коррекция последствий родовых повреждений шейного отдела позвоночника и восстановление кровообращения головного мозга.
* [Поведенческая](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F), или бихевиоральная психотерапия акцентируется на тех или иных поведенческих шаблонах, либо формируя, либо гася их с помощью поощрения, наказания, принуждения и вдохновления. Может применяться только после нейропсихологической коррекции и созревания структур мозга, в противном случае поведенческая терапия неэффективна.

Для поддержки детей в системе образования используются прикладные разработки на основе бихевиоральных методов, такие как система вмешательств и поддержания желаемого поведения, задающие рабочие рамки для функциональной оценки трудного поведения учащихся и переустройства условий обучения для решения этих проблем.

* Работа над личностью. Семейная [психотерапия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F), которая формирует личность, которая определяет, куда направить эти качества (расторможенность, агрессивность, повышенную активность).
* [Диетотерапия](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9D%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F_%D0%B8_%D0%B8%D0%BD%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%82%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%B5_%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B5%D0%B9&action=edit&redlink=1). Восполнение дефицита определённых микронутриентов, которые участвуют в синтезе и секреции серотонина и [катехоламиновых](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D1%8B) нейротрансмиттеров. Известно, что СДВГ характеризуется нарушениями уровней этих нейротрансмиттеров.
* [БОС-терапия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B2%D1%8F%D0%B7%D1%8C) (при помощи биологической обратной связи), в частности с применением электроэнцефалографической обратной связи ЭЭГ-БОС, называемой также нейрообратной связью (НейроБОС). По мнению Т. Росситера, нейрообратная связь (НейроБОС) может служить хорошей альтернативой медикаментозным методам коррекции расстройств внимания у детей. В ряде случаев, когда от медикаментозной терапии сложно отказаться в связи с тяжестью нарушений, метод НейроБОС может выступать в качестве мощного дополнения к терапии и способствовать длительному закреплению положительной динамики. Авторы отмечали, что после отмены препарата устойчивые улучшения были отмечены только в группе пациентов, которые вместе с приёмом препарата проходили сеансы. В некоторых исследованиях было показано, что после прохождения процедур по методу НейроБОС у детей с СДВГ обнаруживались улучшения в результатах общего теста IQ в среднем на 12 баллов. В этих же исследованиях авторы указывали на то, что биологическая обратная связь с использованием ЭЭГ-интерфейсов является хорошо себя зарекомендовавшим нелекарственным методом лечения СДВГ с доказанной эффективностью и минимальными побочными эффектами.

Вышеперечисленный комплекс методов психокоррекции и медикаментозного лечения при своевременной диагностике способен снизить у детей выраженность симптомов СДВГ, а также скомпенсировать уже возникшие нарушения и помочь в дальнейшем полноценно реализовать себя в жизни.

В настоящее время диагностика СДВГ основывается на клинических критериях. Для подтверждения СДВГ не существует специальных критериев или тестов, основанных на применении современных психологических, нейрофизиологических, биохимических, молекулярно-генетических, нейрорадиологических и других методов.

Диагноз СДВГ ставится врачом, однако педагоги и психологи также должны быть хорошо знакомы с диагностическими критериями СДВГ, тем более что для подтверждения этого диагноза важно получить надежные сведения о поведении ребенка не только дома, но и в школе или дошкольном учреждении.

**Список литературы**

1. Алехина С.В. Организация образовательных условий для детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных учреждениях. Методические рекомендации. // МГПУ – М, 2012. – С.82.
2. Баранов АА, Белоусов ЮБ, Бочков НП, и др. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: этиология, патогенез, клиника, течение, прогноз, терапия, организация помощи (экспертный доклад). Москва, программа «Внимание» «Чаритиз Эйд Фаундейшн» в РФ. М„ 2007;64.
3. Баркли РА. Дети с вызывающим поведением. Клиническое руководство по обследованию ребенка и тренингу родителей. Пер. с англ. М.: Теревинф, 2011;272.
4. Г.М.Татарникова, И.И.Вепрева,Т.Т. Кириченко. Индивидуальное сопровождение детей «группы риска» Волгоград. 2015.
5. Дубровина И. В. «Психологическое здоровье детей и подростков» - М. : Академия, 2000 - 256 с.
6. Заваденко НН, Лебедева ТВ, Счасная ОВ, и др. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: роль анкетирования родителей и педагогов при оценке социально-психологической адаптации пациентов. Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2009; 109(11): 53-7.
7. Заваденко НН, Суворинова НЮ. Коморбидные расстройства при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью у детей. Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2007;107(7):39-44.
8. Заваденко НН, Суворинова НЮ. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: выбор оптимальной продолжительности лекарственной терапии. Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2011;111(10):28-32.
9. Заваденко НН. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: «Академия», 2005.
10. Медико – психолого – педагогическая служба в ДОУ /Под ред. Михеева Е. В, Здоровьесберегающие технологии в ДОУ // Методические рекомендации, М., 2009. с102,108.
11. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. СПб., 1994;208.
12. Общеобразовательная программа дошкольного образования «От рожде­ния до школы» под редакцией Н. Е. Вераксы, Т. С. Комаровой, М. А. Васильевой. - М.: МОЗАИКА-СИНТЕЗ, 2019. - 368 с.

**Приложение**

**Классификация психических расстройств МКБ-10**

**F90 Гиперкинетические расстройства.**

Примечание: Исследовательский диагноз гиперкинетического расстройства требует отчетливого наличия анормальных уровней невнимательности, гиперреактивности и беспокойства, которые являются общей характеристикой, проявляющейся в разных' ситуациях и сохраняющейся во времени, что можно установить при прямом наблюдении и что не обусловлено другими расстройствами, такими как аутизм или аффективные расстройства.

**G1. Невнимательность. По меньшей мере 6 симптомов невнимательности из числа следующих сохраняются на протяжении минимум 6 месяцев в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности и не согласуется с уровнем развития ребенка:**

1) часто проявляющаяся неспособность внимательно следить за деталями или совершение беспечных ошибок в школьной программе, работе или другой деятельности;

2) часто не удается поддерживать внимание на заданиях или игровой деятельности;

3) часто заметно, что ребенок не слушает того, что ему говорится;

4) ребенок часто неспособен следовать инструкциям или завершать школьную работу, повседневные дела и обязанности на рабочем месте (не из-за оппозиционного поведения или неспособности понять инструкции);

5) часто нарушена организация заданий и деятельности;

6) часто избегает или очень не любит заданий, таких как домашняя работа, требующая постоянных умственных усилий;

7) часто теряет вещи, необходимые для выполнения определенных заданий или деятельности, таких как школьные вещи, карандаши, книги, игрушки или инструменты;

8) часто легко отвлекается на внешние стимулы;

9) часто забывчив в ходе повседневной деятельности.

**G2. Гиперактивность. По меньшей мере три симптома гиперактивности из числа нижеперечисленных сохраняются на протяжении минимум 6 месяцев в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности и не согласуется с уровнем развития ребенка:**

1) часто беспокойно двигает руками или ногами или ерзает на месте;

2) покидает свое место в классной комнате или в другой ситуации, когда требуется оставаться сидеть;

3) часто начинает бегать или куда-то карабкаться, когда это является неуместным (в подростковом или зрелом возрасте может присутствовать лишь чувство беспокойства);

4) часто неадекватно шумен в играх или испытывает затруднения в тихом проведении досуга;

5) обнаруживается стойкий характер чрезмерной моторной активности, на которую существенно не влияют социальные ситуация и требования.

**G3. Импульсивность. На протяжении минимум 6 месяцев сохранялся по меньшей мере один из следующих симптомов импульсивности в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности и не согласуется с уровнем развития ребенка:**

1) часто выпаливает ответы до того, как завершены вопросы;

2) часто неспособен ждать в очередях, дожидаться своей очереди в играх или групповых ситуациях;

3) часто прерывает других или вмешивается (например, в разговоры или игры других людей);

4) часто слишком много разговаривает без адекватной реакции на социальные ограничения.

G4. Начало расстройства не позднее 7-летнего возраста.

G5. Общий характер расстройства. Приведенные критерии должны выявляться не в единственной ситуации, например, сочетание невнимательности и гиперактивности должны отмечаться как дома, так и в школе или в школе и другом учреждении, в котором наблюдается ребенок, в частности в клинике. (Для выявления кросс-ситуационного характера расстройства обычно требуется информация не только из одного источника; сообщения родителей о поведении в классе, например, вряд ли будут достаточны.) G6. Симптомы в G1-G3 вызывают клинически значимый дистресс или нарушение в социальном, образовательном или профессиональном функционировании.

G7. Расстройство не отвечает критериям общих расстройств развития (F84-), маниакального эпизода (F30.-), депрессивного эпизода (F32.-) или тревожных расстройств (F41-).

Примечание

Многие авторитетные психиатры выделяют также состояния, которые являются допороговыми по отношению к гиперкинетическому расстройству. Дети, отвечающие остальным критериям кроме гиперактивности и импульсивности соответствуют понятию дефицита внимания; наоборот, при недостаточности критериев нарушения внимания, но наличии других критериев речь идет о расстройстве активности. Аналогичным образом, при выявлении необходимых критериев лишь в единственной ситуации (например, только дома или только в классе) можно говорить о специфичном для дома или специфичном для школы расстройстве. Эти состояния пока не включены в основную классификацию из-за недостаточной эмпирической предикционной валидации, а также из-за того, что многие дети с допороговыми расстройствами обнаруживают и другие синдромы (такие как оппозиционно-вызывающее расстройство, F91.3) и должны кодироваться в соответствующих рубриках.

F90.0 Расстройство ак тивн ости и внимания.

Должны выявляться общие критерии гиперкинетического расстройства (F90), но не критерии расстройства поведения (F91-).

F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения.

Должны выявляться общие критерии гиперкинетического расстройства (F90) и расстройства поведения (F91.-).

F90.9 Гиперкинетическое расстройство, неуточненное.

Эта остаточная рубрика не рекомендуется и должна использоваться лишь при невозможности дифференцировать между F90.0 и F90.1, когда выполняются, тем не менее, общие критерии F90.-.

**Таблица. Основные проявления СДВГ по МКБ-10**

|  |  |
| --- | --- |
| Группы симптомов | Характерные симптомы СДВГ |
|  |  |
| 1. Нарушения внимания | 1. Не удерживает внимание на деталях, допускает много ошибок. 2. С трудом сохраняет внимание при выполнении школьных и других заданий. 3. Не слушает обращенную к нему речь. 4. Не может придерживаться инструкций и довести дело до конца. 5. Не способен самостоятельно спланировать, организовать выполнение заданий. 6. Избегает дел, требующих длительного умственного напряжения. 7. Часто теряет свои вещи. 8. Легко отвлекается. 9. Проявляет забывчивость. |
| 2а. Гиперактивность | 1. Часто совершает беспокойные движения руками и ногами, ерзает на месте. 2. Не может усидеть на месте, когда это необходимо. 3. Часто бегает или куда-то забирается, когда это неуместно. 4. Не может тихо, спокойно играть. 5. Чрезмерная бесцельная двигательная активность имеет стойкий характер, на нее не влияют правила и условия ситуации. |
| 2б. Импульсивность | 1. Отвечает на вопросы, не выслушав до конца и не задумываясь. 2. Не может дожидаться своей очереди. 3. Мешает другим людям, перебивает их. 4. Болтлив, несдержан в речи. |