DOI: 10.17117/ns.2015.04.076

Поступила (Received): 03.02.2015

<http://ucom.ru/doc/ns.2015.04.076.pdf>

rektor@bigpi.biysk.ru

Попова О.В., Кокшаров С.А. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью – норма или отклонение?

Popova O.V., Koksharov S.A.
Attention deficit hyperactivity disorder – is it norm or deviation?

В данной статье рассматривается одна из главных проблем современности – синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Что это – болезнь, или вариант нормы? Можно ли считать синдром – дефицит внимания с гиперактивностью (СДВГ) полноценным диагнозом или это просто набор симптомов, возможно, не объединенных одной причиной? Каким образом и в каком возрасте возможно точное диагностирование? Как проходит процесс адаптации таких детей к школьной жизни и их дальнейшая социализация в обществе? Именно эти вопросы являются ключевыми в публикуемой статье. Авторы данной работы, опираясь на изученные литературные источники, отмечают три основных блока проявления этого синдрома: нарушение внимания, гиперактивность, импульсивность. Авторами также затрагивается вопрос обучения подобных детей иностранному языку, поскольку современное школьное образование предъявляет высокие требования к уровню владения иностранным языком. Авторы не дают однозначного ответа на этот вопрос и оставляют его открытым для дальнейшей дискуссии

Ключевые слова: СДВГ, импульсивность, ММД, РДСПР

Попова Ольга Викторовна

Доктор педагогических наук, профессор
Алтайская государственная академия образования
им. В.М. Шукшина
г. Бийск, ул. Короленько, 53

Кокшаров Сергей Анатольевич

Кандидат педагогических наук, учитель
Кадетская школа
г. Бийск, ул. Воинов-Интернационалистов, 76

In this article one of the main modern problems – ADHD is being examined. What is it? Is it a kind of disease or a variant of norm? Can be Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) regarded as a full-fledged diagnose or is it a set of symptoms that are probably not combined with one reason? How and at what age can exact diagnosing be done? How are the adaptation process of these kinds of children to school life and their further socialization in society being carried out? These are the key questions in the article that's being published. The authors in a given paper referring to literary sources have noted three main units of this syndrome's expression, that is attention disorder, hyperactivity, impulsivity. Also the issue of teaching such children a foreign language is being touched as a modern school education makes high demands to the level of mastering a foreign language. The authors don't give a unique answer for this question and leave it open for further discussion

Key words: ADHD, impulsivity, DSM

Popova Olga Viktorovna

Doctor of Pedagogic Sciences, Professor
Altay state educational academy
named V.M. Shukshin
Biysk, Korolenko st., 53

Koksharov Sergey Anatolievich

Candidate of Pedagogic Sciences, teacher
Cadet school
Biysk, Soldiers-Internationalists st., 76

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью – норма или отклонение?

Проблемы с концентрацией – настоящий бич современного общества. Все больше людей жалуются на быструю утомляемость, отвлекаемость и неспособность сосредоточиться на важной задаче. Это может быть как следствием многозадачности и информационных перегрузок, так и проявлением специфического психического расстройства – синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

Ученые до сих пор спорят, болезнь ли это вообще или вариант нормы – а если все-таки болезнь, то можно ли считать синдром – дефицит внимания с гиперактивностью (СДВГ) полноценным диагнозом или это просто набор симптомов, возможно, не объединенных одной причиной. По разным оценкам, от этого заболевания страдают 7-10% детей и 4-6% взрослых. При этом популярное представление о больном СДВГ как исключительно об импульсивном непоседе уже устарело – современная наука выделяет три разновидности расстройства:

- с акцентом на дефицит внимания (когда у человека отсутствуют признаки гиперактивности, но ему сложно сконцентрироваться, продолжительно работать с одной и той же задачей и организовывать свои действия, он забывчив и легко утомляется);

- с акцентом на гиперактивность (человек излишне активен и импульсивен, но не испытывает значимых трудностей с концентрацией);

- смешанный вариант.

Согласно американскому классификатору психических расстройств DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – Руководство по диагностике и статистике психических расстройств) диагноз «синдром дефицита внимания \ гиперактивности» можно установить не ранее 12 лет. При этом симптомы должны быть представлены в разных ситуациях и обстановках и проявляться достаточно сильно, чтобы заметно влиять на жизнь человека.

Синдром дефицита внимания вызывает у пациентов сложности еще в школе: подростку с таким диагнозом, даже если у него высокий IQ (intelligence quotient – коэффициент интеллекта), сложно усваивать материал, общаться со сверстниками и учителями. Человек с СДВГ может с головой погружаться в тему, которая ему субъективно интересна (впрочем, как правило, ненадолго – такие люди склонны к частой смене приоритетов и увлечений) и проявлять яркие способности, но ему трудно выполнять даже несложную рутинную работу. При этом, у него плохо получается планировать, а при высоком уровне импульсивности – предвидеть даже ближайшие последствия своих действий. Если все это еще и сочетается с гиперактивностью, такой подросток превращается в страшный сон школьного учителя – он будет получать плохие оценки по «скучным» предметам, удивлять окружающих импульсивными выходками, нарушать порядок и порой игнорировать социальные условности (поскольку ему будет сложно сосредоточиться на ожиданиях и требованиях окружающих).

Несмотря на то, что СДВГ страдают до двух миллионов российских детей, в России синдром практически не диагностируется, а система образовательной и социальной поддержки детей, страдающих СДВГ, отсутствует. Внимание к

проблеме привлёк первый Международный форум "Охрана здоровья детей в России", состоявшийся 13-14 апреля 2006 г. в здании Российской академии государственной службы при Президенте РФ благодаря усилиям благотворительного фонда "Внимание".

Впервые нарушения поведения, которые сегодня получили название СДВГ, были описаны доктором Генрихом Хоффманом (Heinrich Hoffman) в 1845 г. в иллюстрированной книге о детях "The Story of Fidgety Philip" ("История неугомонного Филиппа"), где точно описывался маленький мальчик с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, прототипом которого послужил собственный сын доктора. С тех пор многие ученые занимались проблемой невротических отклонений поведения, однако вопрос о терминологии оставался нерешённым.

В 30-40 годы прошлого столетия впервые было сформулировано определение "минимальное мозговое повреждение" (ММД) для обозначения состояний, возникающих в результате ранних, локальных повреждений ЦНС. В 1959 г. термин "ММД" впервые появился в литературе и использовался для описания поражений головного мозга, сопровождающихся нарушениями поведения и обучения.

В отечественной литературе термин «минимальная мозговая дисфункция» в настоящее время употребляется достаточно часто. В СССР применялся термин «задержка психического развития» (Певзнер М. С. 1972 г.) [1]. С 1975 года появлялись публикации с использованием терминов «парциальная мозговая дисфункция», «легкая дисфункция мозга» (Журба Л.Т. и др., 1977) и «гиперактивный ребенок» (Исаев Д.Н. и др., 1978) [2, 3, 4]. «Нарушение развития», «неправильное созревание» (Ковалев В.В., 1981), «синдром двигательной расторможенности», а позднее – «гипердинамический синдром» (Личко А.Е., 1985; Ковалев В.В., 1995, Мурашова Е.В., 2004) [5, 6, 7]. Большинство психологов использовали термин «двигательное нарушение восприятия» (Запорожец А.В., 1986) [6].

В зарубежной науке, преимущественно американской, особое внимание было уделено также когнитивному компоненту – нарушениям внимания. Был выделен особый синдром – дефицит внимания с гиперактивностью (СДВГ – Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Многолетнее изучение этого синдрома позволило выявить его чрезвычайно широкую распространенность, а также уточнить данные о причинах его возникновения. По некоторым сведениям им страдают от 2 до 9,5% детей школьного возраста во всем мире [8].

Фактически СДВГ является следствием недостаточной сформированности подкорковых структур, в результате чего в верхних эшелонах мозга наблюдается недостаток особого вещества-дофамина, поставляемого в подкорку. Как следствие, корка (сознание) не в состоянии управлять подкоркой (подсознанием), которое вырывается наружу в виде неудержимых импульсов, безудержной энергии, желания получить все и незамедлительно. Поэтому дети с СДВГ безудержны, импульсивны, словно *perpetuum mobile* – вечный двигатель.

Проявления СДВГ очень разнообразны. Большинство исследователей отмечают три основных блока проявления этого синдрома:

- Нарушение внимания;

- Гиперактивность;
- Импульсивность.

Нарушения внимания могут проявляться в неспособности сохранять внимание, ребенок не может выполнить задание до конца, не собран при его выполнении, снижении избирательного внимания, неспособности надолго сосредоточиться на предмете, частых забываниях того, что нужно сделать, повышенной отвлекаемости, повышенной возбудимости, дети суетливы, неусидчивы, часто переключаются с одного занятия на другое, еще большее снижение внимания проявляется в непривычных ситуациях, когда необходимо действовать самостоятельно. Учителя и родители жалуются, что ребенок нигде не проявляет упорства – ни в учебе, ни в играх. Некоторые дети не могут досмотреть до конца любимую телепередачу, даже если она длится всего полчаса

Гиперактивность проявляется в дошкольном и раннем школьном возрасте – дети непрерывно или импульсивно бегают, ползают, карабкаются. В старшем детском и подростковом возрасте они неусидчивы, постоянно вскакивают и опять садятся, суетливы. Двигательная активность и качественно, и количественно отличается от возрастной нормы. С возрастом гиперактивность часто уменьшается, иногда исчезая вовсе, хотя другие симптомы СДВГ могут оставаться. Дети без гиперактивности менее агрессивны и враждебны к окружающим. У них, по-видимому, чаще бывают парциальные задержки развития, в том числе – школьных навыков.

Импульсивность выражается в том, что ребенок неряшливо выполняет школьные задания, несмотря на усилия все делать правильно, часто выкрикивает с места, и в других шумных выходках во время уроков; "влезаниями" в разговор или работу других детей; в неспособности ждать своей очереди в играх, во время занятий и т.д.; в частых драках с другими детьми (причина – не дурные намерения или жестокость, а неумение проигрывать). С возрастом проявления импульсивности могут меняться. У детей раннего и дошкольного возраста это может быть излишняя активность в отстаивании собственных интересов, невзирая на требования учителя, крайняя нетерпеливость; в старшем детском и подростковом возрасте – хулиганские выходки и асоциальное поведение (кражи, употребление наркотиков, беспорядочные половые связи). Чем ребенок старше, тем импульсивность выраженнее и заметнее для окружающих.

Диагноз «дефицита внимания» может быть установлен при наличии по крайней мере 6 из описанных ниже симптомов. Ребенок имеет дефицит внимания, если он:

- не обращает внимания на детали и допускает ошибки в работе;
- с трудом поддерживает внимание в работе и игре;
- не слушает то, что ему говорят;
- не в состоянии следовать инструкциям;
- не может организовать игру или деятельность;
- имеет сложности в выполнении заданий, требующих длительной концентрации внимания;
- часто теряет вещи;
- часто и легко отвлекается;

– часто забывчив.

Для диагностики «гиперактивности» необходимо наличие, по крайней мере, 5 из перечисленных ниже симптомов. Ребенок гиперактивен, если он:

- совершает суетливые движения руками и ногами;
- часто вскакивает со своего места;
- гиперподвижен в ситуациях, когда гиперподвижность неприемлема;
- не может играть в "тихие" игры;
- всегда находится в движении;
- очень много говорит.

Ребенок импульсивен (т.е. не способен остановиться и подумать, прежде чем заговорить или совершить действие), если он:

- отвечает на вопрос, не выслушав его;
- не может дождаться своей очереди;
- вмешивается в разговоры и игры других.

Согласно ФГОС, обучение должно строиться с учетом индивидуальных особенностей и поэтому необходимо учитывать, что каждый ребенок уникален и требует особого подхода. Известно, что дети, имеющие синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), с трудом адаптируются к режиму школьного обучения. У них, как правило, страдает успеваемость при формально сохранном интеллекте. Таким образом, синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей выражается рядом особенностей поведения, адаптации, что сказывается не только на процессе жизнедеятельности, но и требует специфики подхода к обучению детей с СДВГ. Это будет способствовать их развитию, успешности учебной деятельности и жизнедеятельности в общем.

Особую сложность представляет обучение детей с СДВГ на уроках иностранного языка. Современное школьное образование предъявляет высокие требования к уровню владения иностранным языком. Требуются большие усилия со стороны детей, чтобы освоить грамматические структуры, лексический материал. Для успешного освоения требуются такие качества как усидчивость, внимательность, целеустремленность. Этого как раз и не хватает гиперактивным детям.

В связи с этим можно дать некоторые рекомендации, выполнение которых поможет сгладить поведенческие проблемы ученика с гиперактивностью и с синдромом дефицита внимания, и также поможет ученику быть более успешным в изучении иностранного языка.

Так, необходимо игнорировать отрицательное поведение ребенка. Концентрация на позитивном дает энергию, необходимую для внутренней перестройки. Максимально чаще хвалить за хорошее поведение, поддерживая и закрепляя его. Для организации внимания ученика на уроке нужно посадить его как можно ближе к учителю. Если в данный момент заметно снижение внимания, необходимо дать ребенку немного передохнуть, отдых очень важен для восстановления внутренних ресурсов.

Во время урока нужно планировать минуты двигательной активности. На определенный отрезок времени стоит давать только одно задание, так как такой ученик не может удерживать в памяти несколько заданий одновременно.

Предоставлять ребенку возможность быстро обращаться за помощью учителя в случаях затруднения.

Использовать опору на наглядность. Помимо сказанного выше, учитель иностранного языка должен учитывать, что ребенок может работать только в спокойной обстановке в диалоге с терпеливым взрослым. Кроме того, стоит отметить, что дети с СДВГ имеют не только отрицательные особенности, но и положительные. Например, многие дети с СДВГ обладают высоким интеллектом и творческими способностями.

Ребенок с СДВГ может думать одновременно о нескольких вещах – их мышление будто рождено для инноваций и изобретений. Такие дети почти всегда кипят энергией и энтузиазмом. Все это можно с успехом использовать на уроках иностранного языка, направляя энергию гиперактивного ребенка в нужное русло. Хорошо, если во время урока такой ребенок станет главным помощником учителя, он может раздать тетради, помочь вытереть с доски. Для развития творческого интереса можно некоторые контрольные работы предъявлять в виде проективных тестов, с использованием элементов рисования, лепки, аппликаций.

Во время игры на уроке английского языка стоит разрешать немного отходить или видоизменять правила, если они не нарушают общих задач. Большие задания разбивать на более мелкие, тем самым давая возможность ребенку выбирать последовательность и скорость выполнения. В этом случае мотивация к изучению английского языка повысится, и работоспособность ребенка увеличится, так как гиперактивные дети не могут плодотворно работать с тем, что им не интересно. Таким образом, важно помнить, что гиперактивный ребенок – особенный, со своими достоинствами и недостатками. Учитывая все знания и рекомендации, следует построить систему уроков таким образом, чтобы повысить интерес ребенка к обучению иностранного языка, снизить неадекватное поведение и сложности со сверстниками.

Одной из главных проблем работы с учащимися с СДВГ является проблема их социализации в школьном коллективе. Это требует адаптации к различным требованиям учителей, планомерной разъяснительной работы среди родителей, столкнувшихся с данной проблемой.

Таким детям необходимо напоминание, предвращение, повторение, направление, границы, систематизация. Необходимо очертить круг определенных социальных правил и норм поведения, к которым ребенок должен привыкнуть и которые постепенно должны стать его нравственными ориентирами и ценностями. Следует отмечать любые положительные поступки, даже самые малые, и говорить ребенку, что вы думаете, следить за успехами и подчеркивать их, насколько это возможно. Эти дети переживают столько неудач, что им важна любая позитивная реакция. Похвала никогда не будет излишней: дети нуждаются в ней и выигрывают от нее. Им нравится, когда их поощряют.

Длинные задания необходимо разбить на более короткие. Это один из важнейших методов обучения и воспитания детей с СДВГ. Длинные задания зачастую перегружают ребенка, и он отстывает перед ними с чувством того, что "я

никогда не смогу это сделать". Когда задание разбивают на составные части, которые можно выполнить по отдельности, каждая часть кажется достаточно маленькой, чтобы справиться с ней и выполнить ее.

Если ребёнок – мечтатель или нарушитель спокойствия в классе, – это не означает, что у него "не всё в порядке с мозгами", хотя немало врачей и учителей не согласятся с этим. Он может быть одарённой или творческой личностью, или попросту беспокойным человеком (и в этом нет ничего плохого!) На каждый минус найдется свой плюс. Большинство людей, страдающих СДВГ, отличаются такими качествами, как: харизма, неиссякаемая энергия, чувствительность и терпимость по отношению к другим людям, гибкость ума, здоровое и благожелательное чувство юмора. Благодаря поддержке окружающих, они могут правильно использовать эти качества и добиться замечательных успехов.

В заключение приводим некоторые факты из жизни знаменитостей с СДВГ – диагнозом.

Роберт Фрост (американский поэт) был отчислен из школы из-за своей мечтательности. Возможно, во время своих мечтаний он писал стихи.

Франк Ллойд Райт (американский архитектор, основатель и ведущий мастер школы органической архитектуры) настолько углублялся в мир грёз, что его дядя был вынужден кричать на него, чтобы вернуть его на землю.

Никола Тесла (американский изобретатель в области электро- и радиотехники) обладал настолько развитым воображением, что представлял свои изобретения до мельчайших деталей, не производя записей или экспериментов, пока все проблемы не были решены.

Томаса Эдисона, автора рекордного числа (1093) запатентованных изобретений, так преобразивших жизнь человечества, в школе считали тупицей из-за его постоянного витания в облаках.

Леонардо да Винчи прославился своими картинами, но за свои 67 лет он смог создать только 17 живописных полотен, да и то некоторые из них не были завершены.

Альберт Эйнштейн также в детстве казался ущербным ребенком – частично из-за дислексии, проявляющейся в трудностях при разговоре и чтении. У него были такие проблемы с речью, что окружающие боялись, научится ли он вообще говорить.

Знаменитый математик Анри Пуанкаре показал столь убогий результат по тесту Бине, что его признали имбецилом (личностью с необычайно слабо развитым интеллектом).

Уинстон Черчилль обладал великолепной памятью, но усваивал очень легко и быстро лишь то, что его интересовало. Невзлюбив цифры с самых первых дней учёбы, он так никогда и не примирился с математикой. Уинстон терпеть не мог классические языки и за многие годы усвоил из латинского и греческого лишь алфавит, и то не очень твердо.

Так что же такое СДВГ? Норма или отклонение?

Исходя из всего вышесказанного и нашего исследования, описанного в данной статье, мы считаем, что с педагогической и психолого – педагогической

точки зрения это все – таки не отклонение, но мы готовы к дискуссии и к дальнейшему исследованию проблемы.

Список используемых источников:

1. Власова Т.А., Певзнер М.С. *О детях с отклонениями в развитии*. М.: Просвещение, 1973. 189 с.
2. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. *Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни*. М.: Медицина, 1981. 272 с.
3. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. *Минимальная мозговая дисфункция у детей*. Научный обзор. М.: ВНИИМИ, 1980. 50 с.
4. Исаев Д.Н. *Умственная отсталость у детей и подростков // Специальная психология, специальная педагогика, Речь*. 392 с.
5. Ковалев В.В. *Психиатрия детского возраста*. 1979. 608 с.
6. Леонтьев А.Н., Запорожец А.В. *Вопросы психологии ребенка дошкольного возраста*. М.: Международный Образовательный и Психологический Колледж, 1995. 144 с.
7. Мурашова Е.В. *Дети-«тюфяки» и дети-«катастрофы»: Гиподинамический и гипердинамический синдром*. Екатеринбург: У-Фактория, 2007. 256 с.
8. Arnsten, Amy F.T. *Toward a New Understanding of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Pathophysiology: An Important Role for Prefrontal Cortex Dysfunction // CNS Drugs, Supplement*. 2009. Vol. 23. P. 33-41.

References:

1. Vlasova T.A., Mastiukova E.M. *About the children with deviations in their development*. M.: Prosveschenie (Education), 1973. 189 p.
2. Zhurba L.T., Mastiukova E.M. *Disorders in psychomotor development of children of the first year of life*. M.: Meditsina (Medicine), 1981. 272 p.
3. Zhurba L.T., Mastiukova E.M. *Children's minimal mental disorder. Nauchniy obzor (Scientific review)*. M.: VNINMI, 1980. 50 p.
4. Isaiev D.N. *Mental disability of children and teenagers. Special Psychology, Special Pedagogics, Rech' (Speech)*. 392 p.
5. Kovaliov V.V. *Psychiatry of children's age*. 1979. 608 p.
6. Leontiev A.N., Zaporozhets A.V. *The items of preschool child's psychology*. M.: Mezhdunarodniy Obrazovatel'niy i Psikhologicheskiy Kolledzh, 1995. 144 p.
7. Murashova E.V. *Lump and disastrous children: hypodynamic and hyperdynamic disorders*. Yekaterinburg: U-Faktoria, 2007. 256 p.
8. Arnsten, Amy F.T. *Toward a New Understanding of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Pathophysiology: An Important Role for Prefrontal Cortex Dysfunction*. *CNS Drugs, Supplement*. 2009. Vol. 23. P. 33-41.

© 2015, Попова О.В., Кокшаров С.А.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью – норма или отклонение?

© 2015, Popova O.V., Koksharov S.A.

Attention deficit hyperactivity disorder – is it norm or deviation?