

ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.922.76

UDC 159.922.76

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF CHILDREN WITH VARIOUS TYPES OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Н. В. Чурило,

*кандидат психологических наук,
доцент, доцент кафедры
педагогики и психологии
инклюзивного образования БГПУ*

N. Cyurilo,

*PhD in Psychology, Associate Professor,
Associate Professor of the Department
of Pedagogics and Psychology of
Inclusive Education, BSPU*

Поступила в редакцию 30.01.18

Received on 30.01.18.

В статье рассматривается синдром дефицита внимания и гиперактивности с позиции нейропсихологического подхода, представлены основные проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей. Проводится сравнительный анализ проявления симптомов данного синдрома в различных ситуациях школьной деятельности и поведения: внешний вид, характеристика деятельности, особенности поведения, познавательной и эмоциональной сферы. Представлены основные направления коррекционной помощи детям с различными типами синдрома. Формулируется вывод о необходимости дифференциальной диагностики данного синдрома для разработки адекватной стратегии психолого-педагогического сопровождения ребенка с СДВГ.

Ключевые слова: СДВГ, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, нарушение в развитии, нейропсихологический подход, функции программирования, регуляции и контроля, энергетический фактор, высшие психические функции.

The article deals with attention deficit hyperactivity disorder from the perspective of neuropsychological approach; the main symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) of children are presented. A comparative analysis of the symptoms of this disorder in different situations, school activities and behavior is carried out: appearance, characteristic of activities, behavior features, cognitive and emotional sphere. The article presents the main directions of the correctional help to children with different types of the syndrome. It draws conclusions about the need of differential diagnosis of the disorder for developing an adequate strategy of psychological and pedagogical support of the child with ADHD.

Keywords: ADHD, attention deficit hyperactivity disorder, malfunction of development, neuropsychological approach, the programming function, regulation and control, energetic factor, higher mental functions.

Введение

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является одним из основных клинических вариантов минимальной мозговой дисфункции, которая обуславливает расстройства поведения и трудности обучения ребенка, не связанные с выраженными нарушениями интеллектуального развития. В настоящее время данный синдром относится к числу наиболее распространенных неврологических заболеваний в детском возрасте [1–5]. Проявления СДВГ могут быть распределены по трем основным группам симптомов: нарушение внимания, импульсивность, гиперактивность. Весьма значимой, хотя и не

входящей в «клинические признаки», является социальная дезадаптация, включающая в себя нарушения взаимоотношений со взрослыми и сверстниками.

В научной литературе описывают различные клинические подтипы СДВГ: *сочетанный (или комбинированный) СДВГ*, при котором присутствуют симптомы из всех трех групп симптомов СДВГ, проявляющиеся как дома, так и в школе, *СДВГ с преимущественными нарушениями внимания и СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности* [1; 2; 5].

По диагностическим критериям DSM-IV распространенность СДВГ в детской популяции составляет, по данным различных иссле-

дований, от 3 до 20 % [1; 2; 5; 6]. Иными словами, примерно каждый тридцатый ребенок имеет СДВГ, что означает факт наличия в каждом классе общеобразовательной школы по меньшей мере одного ребенка с СДВГ. По относительно более строгим критериям МКБ-10, число детей с данным нарушением колеблется примерно в диапазоне до 10 % [6]. По официальным данным 2002 года Центра контроля и предупреждения заболеваний США у 7 % детей в возрасте от 6 до 11 лет был диагностирован СДВГ, в общей сложности, примерно 1623 миллиона детей [6].

В Республике Беларусь скрининговое исследование распространенности данного расстройства было проведено Т. А. Емельянцева в 2010 году. Согласно данным, полученным в ходе экспертного опроса педагогов, среди детей от 3 до 15 лет примерно 6,2 % детей имеют клинические проявления СДВГ [7]. По данным другого исследования, проведенного в рамках инновационного проекта Министерства образования Республики Беларусь «Внедрение программы нейропсихологической диагностики детей с трудностями обучения» (2013–2015 гг.), у 90 % ребят из группы детей с трудностями обучения выявляется симптоматика СДВГ [8].

Однако, к сожалению, вопреки данным о высокой распространенности данного нарушения, специалисты отмечают наличие проблемы несвоевременной диагностики или вообще ее отсутствие, в связи с чем данное расстройство диагностируется достаточно поздно, неверно или не выявляется вообще, поэтому, как правило, большая часть детей не получает необходимой и качественной помощи. В частности, R. Taylor отмечает, что во многих европейских странах показатель СДВГ в официальных медицинских отчетах близок к нулю, что реально говорит о ненадлежащем диагностировании этого расстройства [6].

Изучению данного нарушения посвящено достаточно много научной литературы. Так, с позиции медицинского подхода Н. Н. Заваденко, Ю. Д. Кропотов, Р. И. Мачинская, Е. В. Крупская и др. определяют СДВГ как психоневрологическое расстройство, возникающее в детском возрасте и связанное с поражением центральной нервной системы [2; 9]. Постановка психоневрологического диагноза «СДВГ» относится к компетенции врача-невролога и осуществляется на основе медицинского об-

следования с использованием аппаратных методов, электроэнцефалограммы и магнитно-резонансной томографии.

Вместе с тем новейшие нейрофизиологические данные и комплексные, совместные с неврологом, психологом и дефектологом, обследования большого количества детей, отнесенных к указанной категории, указывают на специфичность форм и проявлений данного нарушения, которые, по мнению Н. Я. Семаго, О. В. Чирковой, не могут быть выявлены с помощью медицинских методов обследования. Авторы отмечают, что анализ симптомов и проявлений данного заболевания необходимо проводить в плоскости «психологического диагноза», а не медицинского [10]. Так, по мнению А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурия и А. А. Смирнова, «центральное место в детальной клинико-психологической диагностике ребенка должны занять методы психологического исследования», которые направлены, прежде всего, на изучение познавательной сферы ребенка и сформированности регуляторных функций [11, с. 445].

По мнению Л. С. Цветковой [4], нейропсихологический метод является единственным на сегодняшний день валидным аппаратом для оценки и описания нарушений в развитии ребенка, поскольку изначально ориентирован на системный анализ взаимодействия мозга и психики как взаимообуславливающего единства [4, с. 118].

В данном случае, во-первых, практически однозначно решается дифференциально-диагностическая задача: в результате нейропсихологического обследования выявляются базисные патогенные факторы, а не актуальный уровень знаний и умений. Ведь внешние патохарактерологические особенности ребенка, педагогическая запущенность или первичные нарушения без строгих дифференциальных критериев могут трактоваться одинаково [4].

Во-вторых, только нейропсихологический анализ может вскрыть механизмы, лежащие в основе дезадаптации ребенка, и оценить состояние отдельных функциональных звеньев (например, регуляторных при СДВГ) его психической деятельности как «несформированность», «аномалию» или «атипию». Следовательно, подойти к разработке специфических, особым образом ориентированных и иерархизированных коррекционных и абилитационных мер [4, с. 119].

Подчеркивая важность нейропсихологического синдромального подхода к анализу

нарушений в развитии ребенка, Л. С. Цветкова отмечает, что «в практике диагностики в настоящее время выявляются искажения и односторонность результатов, обилие артефактов. Ведь за той или иной феноменологией могут стоять различные нарушения [4, с. 119]. Поэтому медицинский диагноз СДВГ без всестороннего, междисциплинарного обследования ребенка не является объективным.

Л. С. Цветкова подчеркивает, что зачастую мы наблюдаем парадоксальный факт «в медицинской карте состояние ребенка квалифицируется как соответствующее в целом нормативному, а он не может обучаться, постоянно конфликтует с окружением, демонстрируя очевидную склонность к “аномальным” поведенческим эксцессам» [4, с. 92]. При этом, как правило, каждый из специалистов акцентирует определенный патологический феномен, непосредственно относящийся к сфере его профессиональных интересов [4, с. 91]. В этой связи, как отмечает автор, проблема междисциплинарной квалификации характера и типа дизонтогенеза (а следовательно, тактики и стратегии коррекции) становится и практической, и теоретической, и методологической [4, с. 92].

По мнению Л. С. Цветковой, синдромальный нейропсихологический анализ состояния психических функций у детей, направленный на установление «психологического диагноза», позволяет выявить в каждом конкретном случае специфическую картину, обусловленную влиянием конкретных патогенных факторов. Эти факторы, по мнению автора, отражение «несостоятельности определенных звеньев психической деятельности вследствие их несформированности. Базисом для последней является тот или иной вариант незрелости и искажения формирования их мозговой организации» [4].

Нейропсихологический подход позволяет рассматривать СДВГ как незаконченность развития мозга, проявляющуюся вследствие недостаточной сформированности функций программирования, регуляции и контроля ребенка, что связано с парциальным недоразвитием лобных участков коры головного мозга и субкортикальных структур мозга.

Нарушение в работе субкортикальных глубинных структур мозга обуславливают, прежде всего, симптоматику, связанную со снижением общего психического тонуса и нарушением внимания. Симптомы невни-

мательности и отвлекаемости проявляются в трудностях концентрации и устойчивости внимания, повышенной переключаемости, снижении избирательности [5].

Лобные (префронтальные) участки коры головного мозга, прежде всего, левого полушария, являясь, по мнению А. Р. Лурия, основным организатором и дирижером психической деятельности человека, обеспечивают функции программирования, регуляции и контроля, организацию активной и целенаправленной деятельности, произвольное осуществление познавательных процессов, поведения и психической деятельности в целом [12]. Нарушение произвольной регуляции различных психических функций (двигательных, гностических, мнестических, интеллектуальных) проявляется в трудностях образования и реализации программ, нарушениях контроля за текущими и конечными результатами деятельности». По мнению А. Р. Лурия, при сохранности отдельных частных операций (двигательных навыков, умственных действий и т. п.) «нарушается сама структура сознательной произвольно регулируемой психической деятельности» [12, с. 222].

На протяжении последних лет интерес исследователей к проблеме диагностики и коррекции СДВГ неуклонно возрастает. В плоскости психологического анализа проблемы интерес представляют работы И. П. Брызгунова, Е. В. Касатикова, Г. Б. Мониной, Е. К. Лютовой-Робертс, Л. С. Чутко, А. Л. Сиротюк, В. Оклендер. Нейропсихологический подход к анализу СДВГ представлен в трудах Т. В. Ахутиной, Н. М. Пылаевой, Ю. В. Микадзе, Л. С. Цветковой, А. В. Цветкова, А. В. Семенович, Н. Я. Семаго, О. Ю. Чиркова, Р. Баркли. Однако при наличии различных исследований и разработок проблемы обучения и коррекции детей с СДВГ, по мнению американского нейропсихолога Э. Голдберга, для большого числа родителей и педагогов «магический» диагноз СДВГ по-прежнему служит оправданием различных школьных неудач ребенка [6].

В данной статье предпринята попытка провести анализ имеющейся к настоящему времени научной информации по проблеме СДВГ, структурировать ее и рассмотреть основные направления психокоррекционной помощи детям с различными типами СДВГ.

Основная часть

По мнению исследователей [5; 10], дифференциация состояния парциальной не-

сформированности функций программирования, регуляции и контроля у ребенка позволяет исследователям в плоскости нейропсихологического подхода выделять три различных субварианта СДВГ: парциальную несформированность преимущественно регуляторного компонента деятельности с высоким уровнем психического тонуса (гиперактивный тип), несформированность регуляторного компонента деятельности с трудностями удержания и усвоения алгоритма деятельности (комбинированный тип) и регуляторная несформированность с низким уровнем психического тонуса (гипоактивный тип). Данные формы регуляторных нарушений определяют специфичность коррекционной работы психолога, особенности специализированной помощи, а также прогноз дальнейшего состояния ребенка [10]. Каждая форма регуляторной несформированности требует особой, эффективной именно для данной формы нарушения, программы психолого-педагогического сопровождения с учетом не только определенной структуры базовых составляющих, специфичной именно для этого варианта дизонтогенеза, но и конкретных особенностей данной категории детей.

Для сравнительного анализа симптомов, проявлений СДВГ и коррекционных подходов к детям с различными типами СДВГ выделены параметры, учет которых имеет важное значение в организации психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ: первичное нарушение в синдроме, внешний вид и особенности поведения; операциональные характеристики деятельности, к которым относятся особенности регуляции, работоспособности, темп деятельности; особенности познавательной и эмоциональной сфер, направления коррекционной помощи [10]. Типологические особенности детей с различным типом СДВГ по выделенным выше параметрам представлены в таблице.

Данные, представленные в таблице, показывают направления психолого-педаго-

гического сопровождения ребенка с СДВГ, которые обеспечат ему не только минимизацию вторичных трудностей в виде школьной неуспеваемости и нарушений поведения, но и будут способствовать обучению навыкам саморегуляции, программирования и алгоритмизации своей деятельности.

Заключение

Необходимо отметить, что определение типа СДВГ у ребенка требует использования комплексного диагностического подхода, включающего в себя как медицинские, нейрофизиологические методы исследования, так и методы качественной дифференциальной диагностики нарушений ребенка, которая позволит выявить первичные нарушения, определить мишени и задачи коррекционной помощи, осуществить подбор путей и методов психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ.

В настоящее время для решения названных задач наиболее адекватным является нейропсихологический подход, который позволяет осуществить глубокий качественный анализ всех психических процессов и разработать методы восстановительного и формирующего обучения. Нейропсихологическая диагностика не ограничивается выявлением слабых звеньев в развитии ребенка, а выявляет зону его ближайшего развития, то есть возможности и условия коррекции нарушений при диалоговом режиме проведения нейропсихологического обследования, на основе которой может быть построена индивидуальная программа коррекционно-развивающего обучения ребенка.

Таким образом, использование нейропсихологического подхода в анализе СДВГ позволяет выявить качественные, содержательные характеристики дефицитности психических функций ребенка, природу имеющихся нарушений, знание о которых позволяет выстроить эффективную индивидуально-ориентированную стратегию психолого-педагогического сопровождения ребенка.

Таблица. – Типологические особенности детей с различным типом СДВГ

<p>Несформированность регуляторного компонента деятельности с высоким уровнем психического тонуса (гиперактивный тип)</p>	<p>Несформированность регуляторного компонента деятельности с трудностями удержания и освоения алгоритма деятельности</p>	<p>Несформированность регуляторного компонента деятельности с низким уровнем психического тонуса (гипоактивный тип)</p>
<p>Нарушение функций программирования, регуляции и контроля, связанное с функциональной несформированностью лобных (префронтальных) участков коры головного мозга</p>	<p>Первичный дефект в синдроме Нарушение функций программирования, регуляции и контроля, связанное с функциональной несформированностью лобных (префронтальных) участков коры головного мозга и слабостью субкортикальных структур мозга</p>	<p>Функциональная недостаточность субкортикальных структур мозга (первый энергетический блог мозга)</p>
<p>Для таких детей характерны бледность кожи лица, выразительный и напряженный взгляд. Физическое развитие среднее, рост может быть достаточно высоким, характерно астеническое или близкое к астеническому телосложение. Даже при внешней худобе мышцы развиты неплохо, мышечная сила не снижена. Физически достаточно выносливы. Очень светливы, непродуктивно активны. Характерны нецеленаправленные хаотичные перемещения в пространстве, постоянные движения туловища, движения рук, множество навязчивых движений. Часто возникают непроизвольные движения (тики) – моргания, подергивания угла рта, покашливания. С большим трудом сохраняют постоянную позу. Двигательная активность повышена почти постоянно, усиливается при психическом напряжении, при утомлении, после периода произвольного ограничения двигательной активности. Наиболее мощный «растормаживающий» фактор – эмоциональное возбуждение (например, в общении с детьми, в ожидании важного события и т. д.). Начинают отвечать, не дослушав вопрос, с трудом дожидаются своей очереди, прерывают в разговоре, мешают окружающим (пристают). В школе способны недолго сохранять активное внимание (обычно до 20 минут). Не демонстрируют грубых нарушений поведения на уроке, но постоянно вертятся, болтают с соседями, совершают нерычажные разнообразные движения руками. Не умеют дослушать задание, пытаются угадывать ответы, часто выкрикивают ответ, не дожидаясь разрешения, много разговаривают во время урока. При выполнении домашних заданий постоянно отвлекаются, с трудом остаются на месте. К вечеру возбуждение и моторная активность постепенно нарастают, поэтому засыпают они с большим трудом, особенно при нарушениях режима. Жизнерадостны, инициативны, обладают богатой фантазией. Деятельны, но не могут доводить дело до конца. Активно стремятся к лидерству, при этом занимают лидирующие позиции преимущественно среди более младших детей. Со сверстниками конфликтны. Обладают особой «способностью» вызывать раздражение</p>	<p>Внешний вид и особенности поведения Дети этой группы обычно физически крепкие, имеют «здоровый вид». Моторная активность недостаточно организована. Преобладает «общая» моторная активность, связанная с перемещением в пространстве. В движениях нет светливости и хаотичности. Моторная активность относительно целенаправлена. Часто действия носят деструктивный характер: разорвать, разломать, отковырять и пр. Присутствуют импульсивные действия (хватают все, что привлекает внимание, берут чужие вещи без спроса, могут резко замахнуться или ударить собеседника, если услышат что-то неприятное, убежать и т. п.). В школе нарушения внимания и поведения проявляются достаточно равномерно. Такие дети могут грубо нарушать дисциплинарные требования, перемещаться по классу, громко разговаривать, импульсивно встать и выйти из класса. Выражено не столько стремление к лидерству, сколько желание сделать по своему. Дистанция с посторонними взрослыми снижена. Могут быть достаточно агрессивными. Активность равномерна на протяжении дня, постепенно снижаясь к вечеру. В поведении часто выглядят как дети более младшего возраста – прыгают с высоты, стучат палками, бросаются тяжелыми предметами, залезают в труднодоступные места, пытаются нарушить запреты и т. п. Недостаточно развита мелкая моторика, могут наблюдаться синкинезии и повышение тонуса мышц в процессе движений. Наибольшие сложности у этой группы детей вызывает динамическая организация произвольных движений. Общая моторика сформирована лучше мелкой</p>	<p>В обычной обстановке дети спокойны, могут быть вялыми. С трудом находят себе занятие, малоинициативны. Могут быть поначалу скованны, стеснительны. Дистанция с посторонними взрослыми нормальная или повышенная. Пулливны, настороженно относятся к новому. При усталости и нарастающей утомленности появляется расторможенность, повышается уровень общей моторной активности (скачут, бегают, не могут сидеть на месте), возникают достаточно выраженные признаки импульсивности, порой доходящие до неадекватного поведения. Важно, что таким расторможенным и импульсивным ребенок становится именно на фоне утомления и расторможенности не есть присущее ему свойство. Часто такие сведения можно почерпнуть только из рассказов близких ребенка, наблюдений воспитателей во внеурочное время. Утром пробуждаются с трудом, быстро устают как от физических, так и от психических нагрузок. Часто такие дети требуют повышенного внимания со стороны взрослых: пристают, ноют, капризничают, как бы ввязывая их в контакт. Общая моторика хуже мелкой. Для них характерны: частые острые респираторные заболевания, метеочувствительность, плохая переносимость транспорта, жары, склонность к тошноте и рвоте</p>

<p>Несформированность регуляторного компонента деятельности с высоким уровнем психического тонуса (гиперактивный тип)</p> <p>У окружающих. Не переносят ситуации ожидания. Неряшливы, неаккуратны, неразборчивы. Очень «травматичны», преимущественно в отношении самих себя: натываются на предметы, «считают углы», спотыкаются на ровном месте, задавают и роют все вокруг себя. Могут производить впечатление драчливых, агрессивных вследствие своей конфликтности, импульсивности и неуклюжести</p>	<p>Несформированность регуляторного компонента деятельности с трудностями удержания и усвоения алгоритма деятельности</p>	<p>Несформированность регуляторного компонента деятельности с низким уровнем психического тонуса (гипоактивный тип)</p>
<p>Операциональные характеристики</p> <p>У детей наблюдается высокая отвлекаемость. Работоспособность выше, чем при других вариантах недостаточности регуляции. Темп деятельности обычно высокий. У данной категории детей проявляется выраженная зависимость операциональных характеристик деятельности от мотивации: при высокой мотивации ребенок может недолго проявлять сосредоточенность и настойчивость. Внимание значительно лучше удерживается при одновременной тактильной и проприоцептивной стимуляции: обычно дети могут долго и сосредоточенно собирать конструктор, а в ситуациях, требующих внимания, крутят что-нибудь в руках. Работоспособность этих детей можно эффективно стимулировать на эмоциональном уровне (даже при некотором утомлении)</p>	<p>Характеристики деятельности (регуляция, работоспособность, темп деятельности)</p> <p>Ведущая проблема ребенка – недостаточность внимания, его распределения и сосредоточения. Работоспособность снижена умеренно. Темповые характеристики деятельности неравномерны, ребенок скорее пресыщаем, чем истощаем. Саморегуляция осуществляется преимущественно за счет «непроизвольных» механизмов, можно говорить именно о незрелости произвольной регуляции деятельности. Регуляция собственной деятельности дефицитарна, начиная от уровня выполнения простых двигательных проб по образцу (до 5,5 лет), уровня выполнения по образцу простых двигательных программ (более старшие дети). Психическая активность повышается при увеличении сенсорной стимуляции. Возбуждающее действие оказывают новизна обстановки, новые игрушки, много детей, громкие звуки, шум, яркие краски и пр.</p>	<p>Темп деятельности</p> <p>Таким детям свойственна высокая утомляемость. При переутомлении возникают расторможенное поведение, нарушения внимания. Если есть возможность свободной физической активности, через некоторое время «восстанавливаются». Для поддержания работоспособности необходима постоянная эмоциональная либо сенсорная стимуляция. Работоспособность ниже возрастных показателей. Темп деятельности до наступления утомления может быть не замедлен, но после наступления утомления становится неравномерным, замедляется (реже убыстрается), что негативно сказывается на результатах деятельности ребенка</p>
<p>Несмотря на выраженные нарушения внимания, они способны неплохо усваивать программный материал. Наибольшие трудности наблюдаются с русским языком (часто сочетающиеся с фонетико-фонематической недостаточностью). Нарушена моторная составляющая письма, характерны несоблюдение строки, разный наклон и размер букв в строке, различное написание одной и той же буквы, пропуски и замены букв. По математике, как правило, успевают лучше. Умеренная (особенно ритмичная) моторная активность улучшает восприятие материала</p>	<p>Особенности познавательной сферы</p> <p>Познавательная деятельность дефицитарна в звене регуляции. Крайне затруднительны задания, требующие программирования, выстраивания алгоритма деятельности, отсюда наибольшие трудности в обучении русскому языку и математике. Однако при достаточной внешней организации деятельности, контроле со стороны взрослого дети способны к выполнению познавательных задач, соответствующих возрасту</p>	<p>Показатели когнитивного развития в целом соответствуют возрасту, однако у одного и того же ребенка могут значительно различаться в зависимости от степени усталости. Результативность выполнения тех или иных заданий, продуктивность когнитивной деятельности в целом колеблется в зависимости от состояния утомления и общего уровня психической активности ребенка</p>
<p>У детей данной группы чаще можно наблюдать некоторую эмоциональную незрелость, проявляющуюся в повышенной привязанности к матери, проявлении эмоциональной зависимости, характерной для раннего возраста (сон с мамой и пр.), повышенную внушаемость и подражательность в поведении. Эмоциональная незрелость у них сочетается с импульсивностью. Они добродушны, дружелюбны, бесхитрольны, эмоционально отзывчивы, очень восприимчивы к эмоциональным стимулам. Живое откликаются на поощрение усилий и стараний. Очень стремятся к контактам со сверстниками, при этом часто бывают конфликтны в отношениях</p>	<p>Особенности эмоциональной сферы</p> <p>Дети данной группы импульсивны, ведомы внешними стимулами и внешним «полюсом», в том числе, новым помещением, новой обстановкой, людьми. В такой ситуации эти дети обычно выйдут еще более расторможенными. Сильно отвлекаемы. В школьном возрасте они зависят от поведения других, эмоционально заражаемы. В целом, вся картина эмоционального поведения специфична для ребенка более младшего возраста и отражает невозможность контроля и регуляции собственного эмоционального поведения</p>	<p>У данной группы детей проявляется некоторая инфантильность, низкий психический тонус, склонность к ипохондрии, невысокий фон настроения и, чаще всего, сниженные показатели общей психической активности. Ребенок нуждается в подбадривании, своеобразной «тонизации» со стороны взрослого. Затруднена возможность регуляции эмоциональной экспрессии</p>

<p>Несформированность регуляторного компонента деятельности с высоким уровнем психического тонуса (гиперактивный тип)</p> <p>Для них характерны «непостоянство», частая смена дружеских привязанностей. Обладают особым своим вызывая раздражение у окружающих, включая близких. С возрастом может усиливаться склонность к протестным реакциям. Такие дети очень склонны к компьютерным играм. В целом, специфика саморегуляции предопределяет особую склонность к формированию зависимостей (в том числе химических)</p>	<p>Несформированность регуляторного компонента деятельности с трудностями удержания и усвоения алгоритма деятельности</p>	<p>Несформированность регуляторного компонента деятельности с низким уровнем психического тонуса (гипоактивный тип)</p>
<p>Основные направления коррекционной-развивающей работы</p>		
<p>Из методов психологической коррекции специфичной является работа по формированию произвольной регуляции деятельности по Н. Я. Семаго, Т. В. Ахутиной и Н. М. Пылаевой. Показаны методы психомоторной коррекции (метод замещающего онтогенеза А. В. Семенович). Полезны занятия ЛФК, спортивные занятия, развивающие произвольный контроль двигательной сферы в целом, в том числе занятия оздоровительными неконтактными видами восточных единоборств, плаванием, танцами и т. п. Компьютеризованные методики обладают опасностью формирования зависимости. Иногда эффективны физиотерапевтические воздействия, включая магнито стимуляцию и массаж.</p> <p>В литературе в качестве эффективного и безопасного метода коррекции гиперкинетических расстройств упоминается аутогенная тренировка (для детей, начиная с подросткового возраста). «Положительная» эмоциональная стимуляция помогает некоторое время поддерживать необходимый психический тонус без усиления активности.</p> <p>Такие дети значительно лучше поддаются «положительной» стимуляции, чем угрозам и наказаниям, и, как правило, лучше себя ведут с теми педагогами, к которым у них формируется эмоциональная привязанность. Особое значение имеет профилактика эмоциональных нарушений, которая заключается, прежде всего, в эмоциональной поддержке со стороны окружающих ребенка взрослых, в том числе и близких. Учитывая стремление к лидерству, таким детям целесообразно давать сложные, но «важные» поручения, поскольку они способны к недлительному контролю за своим поведением и к удержанию простых алгоритмов деятельности именно в «важных» для себя условиях. Такие дети, начав выполнять задание, часто не доводят его до логического завершения, и именно тогда нужно включение взрослого. Повышение общей активности во второй половине дня скорее определяет необходимость выполнения домашних заданий в спокойной обстановке. Следует учитывать, что вследствие высокой импульсивности, дети данной группы не способны оценивать свои поступки сразу. Лучшим способом успокоения является переключение внимания и деятельности ребенка на другой объект</p>	<p>Основной вид коррекции – развитие произвольного контроля и внимания, начиная с произвольной двигательной активности. Для детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста адекватны методы коррекции произвольной активности и внимания по Т. В. Ахутиной и Н. М. Пылаевой. Возможна работа по формированию произвольной регуляции деятельности по Н. Я. Семаго. Показаны методы психомоторной коррекции (метод замещающего онтогенеза А. В. Семенович). При грубых нарушениях поведения возможно использование методов поведенческой терапии. Также возможно применение различных вариантов компьютеризованных методик тренировки активного внимания.</p> <p>Лучше себя организуют со строгими взрослыми, при вполне дозированной, а не постоянном контроле; поддаются скорее строгой организации, нежели эмоциональным воздействиям, понимают «язык силы». В критических случаях – нуждаются в постоянном контроле. Таким детям легче собраться, сосредоточиться при жесткой внешней организации и полном отсутствии «лишних» стимулов.</p> <p>Лучше всего, если в классе такой ребенок сидит за партой рядом с учительским столом, но вне «зоны», где перемещаются (выход к доске и т. п.) другие дети. Алгоритмизация деятельности (в особенности внешняя – виды внешних схем поведения и деятельности) значительно повышает продуктивность деятельности ребенка, снижает обращаемость к нему</p>	<p>Среди психолого-педагогических методов на первом месте различные методы тонизации, в том числе метод повышения уровня психической активности посредством внешней контактной тонизации (Н. Я. Семаго), методы психомоторной коррекции (метод замещающего онтогенеза А. В. Семенович). Необходимо медикаментозная коррекция, направленная на улучшение соматического состояния, коррекция гемодинамических нарушений. Эффективны массаж, ЛФК, дыхательная гимнастика, воздействия, улучшающие трофику в шейно-воротниковой зоне (электрофорез, УФО, грязевые аппликации и т. п.). В качестве дополнительных методов тонизации может быть эффективна гипотермия, цветотерапия, ароматерапия, музыкотерапия и другие методы комплексной сенсорной стимуляции. При перевозбуждении наиболее оптимальная стратегия – скорейшее восстановление саморегуляции за счет повышения уровня психического тонуса. Для этого не надо прегятствовать моторной активности ребенка, усилить психическую тонизацию лучше за счет ритмичной слуховой или зрительной стимуляции. При сильном эмоциональном перевозбуждении эффективны методы успокоения, адекватные младенческому возрасту, – «укачивание на руках» и т. п. Не рекомендуется допускать избыточных эмоциональных и сенсорных впечатлений.</p> <p>Важнейшей профилактической мерой для данной группы детей является адекватный режим нагрузок, наличие постоянного, может быть, несколько стереотипного ритма, режима жизни ребенка в школе. Обязательное включение в ткань урока ритмичных физкультурных минут, со стихотворным сопровождением. С целью дополнительного тонического ресурса необходимо включение ребенка в двигательную ритмичную активность на протяжении урока – стирание с доски, раскладка тетрадей по партам и пр. Полезно разумное использование ярких дидактических материалов. Такие дети более, чем кто-либо другой, нуждаются в эмоциональной близости с педагогом, если не в своеобразном эмоциональном «до-норстве». Именно эти способы эмоционального «поглаживания», а не «окрик», способны повысить психический тонус ребенка и тем самым частично снять феномен двигательной расторможенности</p>

ЛИТЕРАТУРА

1. Брызгунов, И. П. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях / И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова. – М. : Изд-во Ин-та Психотерапии. – 2002. – 92 с.
2. Заваденко, Н. Н. Минимальные мозговые дисфункции у детей. Церебралезин в лечении минимальных мозговых дисфункций / Н. Заваденко, А. С. Петрухин, О. И. Соловьев. – М., 1997. – 72 с.
3. Ахутина, Т. В. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход / Т. В. Ахутина, Н. М. Пылаева. – СПб. : Питер, 2008. – 320 с.
4. Цветкова, Л. С. Нейропсихология счета, письма и чтения: нарушение и восстановление / Л. С. Цветкова. – М. : Юрист, 1997. – 191 с.
5. Цветков, А. В. Гиперактивный ребенок: нейропедагогика саморегуляции / А. В. Цветков. – М. : Издательство «Спорт и Культура – 2000», 2017. – 128 с.
6. Романчук, О. И. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей / О. И. Романчук ; пер. с украинского. – М. : Генезис, 2010. – 236 с.
7. Емельянцева, Т. А. Гендерные аспекты скринингового исследования гиперкинетических расстройств в белорусской популяции детей / Т. А. Емельянцева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23. – С. 43–47.
8. Чурило, Н. В. Нейропсихологические механизмы возникновения трудностей в обучении / Н. В. Чурило // Весті БДПУ. Серія 1. Педагогіка. Психологія. Філософія. – 2014. – № 4. – С. 3–7.
9. Мачинская, Р. И. Созревание регуляторных структур мозга и организация внимания у детей младшего школьного возраста / Р. И. Мачинская, Е. В. Крупская // Новые медицинские технологии. – 2011. – № 3. – С. 38–50.
10. Семаго, Н. Я. Типология отклоняющегося развития. Недостаточное развитие / Н. Я. Семаго, О. Ю. Чиркова. – М. : Генезис, 2011. – 288 с.
11. Леонтьев, А. Н. О диагностических методах психологического исследования школьников / А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия, А. А. Смирнов // Хрестоматия по нейропсихологии / под ред. Е. В. Хомской. – СПб. : Питер. – 851 с.
12. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека / А. Р. Лурия. – М. : Наука, 1969. – 432 с.

REFERENCES

1. Bryazgunov, I. P. Neposedlivyy rebyonok, ili vsyo o giperaktivnykh detyakh / I. P. Bryazgunov, Ye. V. Kasatikova. – M. : Izd-vo In-ta Psikhoterapii. – 2002. – 92 s.
2. Zavadenko, N. N. Minimalnyye mozgovyye disfunktsii u detey. Tserebrolezin v lechenii minimalnykh mozgovykh disfunktsiy / N. N. Zavadenko, A. S. Petrukhin, O. I. Solovyov. – M., 1997. – 72 s.
3. Akhutina, T. V. Preodoleniye trudnostey ucheniya: neyropsikhologicheskiy podkhod / T. V. Akhutina, N. M. Pylayeva. – SPb. : Piter, 2008. – 302 s.
4. Tsvetkova, L. S. Neyropsikhologiya schyota, pisma i chteniya: narusheniye i vosstanovleniye / L. S. Tsvetkova. – M. : Yurist, 1997. – 191 s.
5. Tsvetkov, A. V. Giperaktivnyy rebyonok: neyropedagogika samoregulyatsii / A. V. Tsvetkov. – M. : Izdatelstvo "Sport i Kultura – 2000", 2017. – 128 s.
6. Romanchuk, O. I. Sindrom defitsita vnimaniya s giperaktivnostyu u detey / O. I. Romanchuk ; per. s ukrainskogo. – M. : Genezis, 2010. – 236 s.
7. Yemelyantseva, T. A. Gendernyye aspekty skringingovo issledovaniya giperkineticheskikh rasstroystv v belorusskoy populyatsii detey / T. A. Yemelyantseva // Sotsialnaya i klinicheskaya psikiatriya. – 2013. – T. 23. – S. 43–47.
8. Churilo, N. V. Neyropsikhologicheskiye mekhanizmy vznikhoveniya trudnostey v obuchenii / N. V. Churilo // Vestsi BDPU. Seryya 1. Pedagogika. Psikhologiya. Filasofiya. – 2014. – № 4. – S. 3–7.
9. Machinskaya, R. I. Sozrevaniye regulatorynykh struktur mozga i organizatsiya vnimaniya u detey mladshego shkolnogo vozrasta / R. I. Machinskaya, Ye. V. Krupskaya // Novyye meditsinskiye tekhnologii. – 2011. – № 3. – S. 38–50.
10. Semago, N. Ya. Tipologiya otklonyayushchegosya razvitiya. Nedostatochnoye razvitiye / N. Ya. Semago, O. Yu. Chirkova. – M. : Genezis, 2011. – 288 s.
11. Leontyev, A. N. O diagnosticheskikh metodakh psikhologicheskogo issledovaniya shkolnikov / A. N. Leontyev, A. R. Luriya, A. A. Smirnov // Khrestomatiya po neyropsikhologii / pod red. Ye. V. Khomskoy. – SPb. : Piter. – 851 s.
12. Luriya, A. R. Vysshiyе korkovyye funktsii cheloveka / A. R. Lurya. – M. : Nauka, 1969. – 432 s.