**О детской гиперактивности**

Статья для родителей

Детская гиперактивность на сегодняшний день - одно из самых распространенных и в то же время самых непонятных для родителей состояний ребенка. Мы так часто слышим это определение и в быту, и в педагогике, и в медицине, и с такой легкостью сами "ставим" этот диагноз, что возникает подозрение на то, что гиперактивно уже все, что много, неадекватно и быстро двигается. С другой стороны, профессиональные определения этой проблемы тоже не дают полной ясности, особенно людям, далеким от медицины, что же это такое и что с этим практически делать. Исходя из этого я постараюсь, насколько это возможно, прояснить некоторые сложности в алгоритме диагностики и психолого-педагогического воздействия на детей, имеющих проблемы в данном направлении.

Для начала возьмем варианты профессионального определения:

1. СДВГ (синдром дефицита внимания с гиперактивностью) - один из достаточно новых диагнозов, который ставится детям со значительными проблемами в сфере внимания, импульсивностью и чрезмерной активностью. Дети с СДВГ представляют гетерогенную группу, которая отражает значительную вариабельность в степени выраженности и в ситуационном размахе симптомов.

2. Гиперкинетическое расстройство согласно международной классификации болезней 10 пересмотра включает гиперактивность, нарушение внимания, импульсивность. Синонимами являются термины: СДВГ, минимальная мозговая дисфункция, синдром двигательной активности и нарушение внимания.

3. Синдром дефицита внимания и гиперактивности - неврологическо-поведенческое расстройство развития, начинающееся в детском возрасте. Проявляется такими симптомами, как трудности концентрации внимания, гиперактивность и плохо управляемая импульсивность.

Три определения. И ни одно из них не дает родителям понимания сути выявленной у ребенка проблемы и не отвечает на вопрос - что и как дальше делать. Поэтому цель статьи - в определенной мере помочь родителям разобраться в ситуации.

Но сначала необходимо договориться о терминах, ибо их неправильное толкование приводит к большим недоразумениям и непониманию сторон.

Итак:

**гиперактивность**: гипер (сверх, больше нормы)+активность

Вопрос: а где эта самая норма, после которой начинается собственно ГИПЕР? Как ее вычислить? И, если есть количественные показатели, почему о них не информируют?

**симптом** - ОДИН ПРИЗНАК,характерный при болезни или проблеме

**синдром** - КОМПЛЕКС основных признаков (симптомов), по которым диагностируется болезнь или проблема.

**гиперкинетический** - гипер+кинезия (движение)

**СДВГ** - синдром дефицита внимания с гиперактивностью, но есть и

а) гиперактивность без дефицита внимания

б) дефицит внимания без гиперактивности (или **ММД**, т.е. минимальная мозговая дисфункция).

Часто, и это подтверждается моей десятилетней практикой коррекционного педагога, все приведенные варианты сваливаются в одну кучу под один диагноз - СДВГ. Однако, наука и статистика доказывают, что каждое из этих определений содержит в себе конкретные характерные признаки, динамику и алгоритм медицинского, психологического и педагогического вмешательства и помощи.

Теперь попробуем разобраться, что же такое гиперактивность. Общая бытовая характеристика (то, что видят родители) - бегает, усидеть на месте не может... Вопрос: а где норма? Сколько должен бегать и сидеть нормальный ребенок? Кто-то приводит границу нормы покоя - 10 минут, кто-то - 30, а кто-то - 2. Где истина? Увы, родителям она не известна. А, между тем, эти данные есть.

Берем возраст от 3 до 7 лет. Медицина определяет: в этом возрасте скорость обмена веществ у ребенка в 2,5 раза выше, чем у взрослого. Этого требует биологическая структура организма для нормального роста и развития. Спортивные врачи доказывают, что процентное соотношение локомоций в течение бодрствования ребенка должно быть 79%:21%, из которых 79 - активное бодрствование, 21 - пассивное. (Для ровного счета делаем небольшую погрешность и выставляем соотношение 80:20) Под локомоцией подразумевается единица двигательной активности: ходьба и бег.

Теперь берем стандартный режим дня. Подъем в 7.00, отбой в 21.00. Дневной сон ориентировочно (в нормативе должен быть) 2 часа. Итого время суточного бодрствования составляет 12 часов. Что получаем в уравнении "актив-пассив"? В течение дня актив - 9 часов 30 минут, пассив - 2 часа 30 минут. Период в течение одного часа распределяется как актив 48 минут, пассив - 12 минут. В промежутке, равном 15 минутам, соотношение будет как актив - 12 минут, пассив - 3 минуты. То есть, если ребенок 3 минуты спокоен, то потом он должен бегать 12 минут.

Вот это и есть медицински доказанная физиологическая норма активности в исследуемом возрасте, за которой начинается отклонение в большую сторону, т.е. гипер. Наличие проблем ВНИМАНИЯ здесь даже не рассматривается. Теперь давайте подумаем, много ли мы можем назвать детей, способных проявлять двигательную активность без перерыва больше указанного в нормативе времени? В ответе становится понятно, что этот физиологический уровень в большинстве малыши даже не добирают. Но проблема неадекватной активности остается. Значит дело не в количестве. А в чем? В качестве.

Сама по себе проблемная двигательная активность бывает разной. И в зависимости от конкретных действий ребенка в конкретных условиях можно выявить ее характер - либо медицинский, либо психолого-педагогический. И только после установки истоков происхождения проблемы можно работать с ребенком. Не раньше. Ибо гиперактивность сама по себе как автономное явление не существует. То, что в обыкновенном понимании называют "гиперактивностью", есть реальное неадекватное кинетическое поведение. И это поведение есть следствие проблем. Это реактивный симптом, который проявляется как специфическая реакция на какой-либо раздражитель. Раздражителей огромное множество, но все они систематизируются

а) по типам происхождения

- ЭКЗОгенные - внешние, спровоцированные окружающей средой

- ЭНДОгенные - внутренние, вызванные отклонениями в работе организма

б) по направлениям

- медицинское

- психолого-педагогическое.

Теперь переходим к качественному анализу проявлений неадекватного поведения. Первый вариант - медицинский. Детей, относящихся к этому варианту, огромное множество и классифицируются они по большому количеству групп. Я остановлюсь на трех в силу наиболее частых встреч именно с ними.

Первая группа - это дети, имеющие проблемы сенсорной интеграции, несформированности двигательных функций и ориентации в пространстве. Движение формирует у ребенка неврологические цепочки, которые реализуют его способности читать, писать, разговаривать, сосредотачивать внимание и мыслить. С другой стороны они формируют осознавание положения собственного тела в пространстве и способность сидеть спокойно, сосредотачиваясь на чем-либо. Если ориентационно-пространственная функция не полностью сформирована, ребенку трудно и сконцентрироваться и усидеть на месте. Эти дети испытывают большую нехватку движения. И они будут всеми путями ее добирать. В связи с несформированностью координации действий его двигательная активность будет хаотичная, непонятная, может быть опасной. На самом же деле мозг максимально занят тем, чтобы удержать ребенка в равновесии, осознать себя в пространстве, не упасть и не наткнуться на что или кого-либо. Такого ребенка "записывают" в гиперактивные. Что не соответствует действительности.

Далее, у детей этой группы не полностью сформировано чувство осязания, поэтому они являются сверхчувствительными. Это дети, которые не могут чувствовать, например, этикетку одежды, трущуюся о кожу, выворачивают наизнанку носки, чтобы не тереться о швы, не любят длинных брюк (трение о кожу), в связи с гиперчувствительностью головы они не терпят, когда их причесывают и моют. Они не терпят стрижки ногтей. В общении эти дети проявляют либо крайнюю автономность, потому что не выносят прикосновения к себе, но могут стать агрессивными и нападать на другого ребенка или взрослого, чтобы не допустить опять же прикосновений к себе. Любое тактильное воздействие они ощущают многократно усиленным. Значит, любой раздражитель вызовет у детей яркую ответную реакцию, и она будет усиливаться, как сигнал дискомфорта, до тех пор, пока раздражитель не исчезнет. Можно ли их назвать гиперактивными?

Если у ребенка этой группы сразу несколько проблем сенсорной интеграции, то они вынуждены решать сразу множество задач одновременно и их нервная, не до конца сформированная система, находится в постоянном напряжении. Они не могут сконцентрироваться и сосредоточиться на одном объекте. Им для нормального существования необходимо следить за множеством явлений и процессов как в собственном теле, так и в собственном развитии, и делать это одновременно. Возможно ли им действовать в таком комплексе проблем адекватно? Нет. Можно ли считать их вынужденные кинетические аномалии гиперактивностью? Мне кажется, нет.

Следующая группа детей - это дети с аутистическим спектром. Их тоже записывают в гиперактивные. Но всегда ли это оправдано? Аутичный ребенок связан накрепко своими стереотипами. Его внутренний мир загнан в жесткие рамки, выход из которых воспринимается как трагедия. У него развиваются фобии почти на все. И прежде всего так называемая "неофобия" - т.е. боязнь всего нового. Так же у них развиваются и сенсорные фобии - боязнь бытовых приборов, которые издают резкие звуки, шум воды, ограниченных пространств, чего угодно. И когда среди раздражителей ребенку плохо, он проявляет естественную агрессию и самоагрессию, равно агрессивен он и к вмешательству в свою жизнь и попыткам что-либо изменить в его существовании. Вот несколько примеров-маркеров нарушений:

- если есть пониженная чувствительность к движению, то аутист (и не только аутист) ищет стимуляцию: прыгает, качается, вращается, бегает по кругу или взад-вперед;

- при пониженной чувствительности к прикосновениям ребенок трется в узком месте (за диваном, между стенкой и чем-либо, между людьми), лежит на полу, ударяется об людей и предметы, не любит пластилин, конкретную текстуру одежды, мыться;

- при низкой чувствительности к вещам, которые он видит, он ищет визуальную стимуляцию: включает и выключает свет, открывает и закрывает двери, смотрит на повторяющиеся движения, листает хаотично книги, его пальцы двигаются перед лицом, выстраивает предметы в линию и т.д.

Приведенные самостимуляции позволяют ребенку-аутисту активировать развитие сенсорных функций. Но его поведение наблюдателям тревожно и непонятно. И можно ли считать приведённые формы активной самостимуляции гиперактивностью? Ребенок пытается сам себе помочь...

Еще одна группа детей, самая объемная - это дети с задержкой развития. Одна из основных причин неадекватного поведения которых - незрелость центральной нервной системы, неразвитость мышечной структуры, крупной и мелкой моторики, а также речевых функций в необходимом возрасту объеме и качестве. Формы и структура ненормального с точки зрения наблюдателя поведения таких детей во многом схожа с первыми группами. Но обусловлены иными причинами возникновения. Приведу примеры из собственной практики.

Мальчик. 4 года. Задержка психоречевого развития.

В студию ворвался настоящий кошмар. Ребенок кусался, брыкался, истерически кричал, крушил и ломал все, что попадается под руку, бился головой об пол и об стены и на внешние сигналы не реагировал. Мама вся в синяках от его побоев и укусов. Два месяца он продолжал так себя вести, в конце "занятий" крепко засыпая у меня на руках. Через 2 месяца с осторожностями провели диагностику навыков. Задержка грубая. Речь отсутствует. Через полгода ребенок стал проявлять активность и инициативу, обнаружилось, что он в отличной для возраста физической форме. Через чуть меньше полугод работы появилась речь. В процессе занятий стало понятно, что послужило причиной задержки: психологическая обстановка дома. Мама решила ее радикально. Сейчас ребенок хорошо говорит, учится в школе. Гиперактивности и дефицита внимания здесь не было.

Мальчик 6 лет. Ставили аутизм, ЗПРР и даже микроцефалию.

В студию пришел хорошо сложенный мальчик без антропологических отклонений. Речи нет. Если бы я не знала, что он слышит, я бы сказала, что передо мной нормальный ребенок без ЗПР, но глухонемой. Но он прекрасно слышит и все понимает. Отсутствие речи при нормопоказателях общего развития приводило его к агрессии. Читать его невербальные сигналы родители не умели. Конфликтная ситуация стала хронической. При изучении его истории здоровья обратили внимание на одну-единственную строчку невролога (всего 3-4 слова!). Выяснилось, родителям никто никогда не говорил о нарушении кровоснабжения его мозга. Отправили на КТМ. Нейрохирурги были очень удивлены, что 6 лет ребенок не получал сосудистую терапию. Начали. Речь прорезалась. Потом провели курсы микрополяризации. На сегодняшний день (8 лет) - нормальный, хорошо развитый интеллектуально и социально, говорящий ребенок.

У обоих детей на занятиях были схожие яркие и долгие вспышки неадекватного поведения и реагирования. Правомерно ли было называть их гиперактивными?

Переходим ко второму варианту качественного анализа неадекватных форм поведения - психолого-педагогическому. Групп этого направления тоже великое множество. Я остановлюсь на двух: демонстративные дети и депривированные дети. Представители обеих групп, как правило, соматически здоровы.

Демонстративность поведения - это личностная особенность. Она проявляется в том, что ребенок всегда (именно всегда, в любых условиях) старается "показать" себя окружающим. Такой ребенок всегда стремится быть в центре всеобщего внимания. Это называется само предъявление. Для привлечения внимания могут использоваться самые разные средства. Как положительные, так и отрицательные, соответственно позитивное и негативное само предъявление.

Позитивное само предъявление выражается в стремлении ребенка показать свои лучшие качества и способности в обмен на признание окружающих. Это - отличники, артисты, художники, музыканты, спортсмены. При правильном понимании стремлений своего ребенка и грамотной мотивации эти дети отличаются огромной силой воли, усидчивостью, собранностью и другими качествами, необходимыми для достижения выдающихся результатов. С условием обязательного обмена результатов этих успехов на признание и аплодисменты. Такова структура сознания этих людей. Такие примеры, к сожалению, часты.

Негативное само предъявление реализуется в нарушении правил поведения для привлечения внимания к своей особе, потому как никакими другими способами стать в центре внимания такой ребенок не может. У этих детей сила и качество негативного поведения растут прямо пропорционально итоговому вниманию общества. Чем хуже "фокус", тем больше внимания. Здесь агрессия, самоагрессия, нарушение норм поведения имеют хладнокровный расчет и конкретные цели. Справиться с такими детьми гораздо труднее, но можно. Потребности ребенка с негативным само предъявлением ненасытны. Однако, тотальное безразличие к выходкам, полное игнорирование, отсутствие любых форм обсуждения, наказания, увещевания, то есть форм, которые являются для ребенка поощрением, снижает в разы их "градус активности". Такой ребенок везде и всегда ищет скандалов, конфликтов и разборок. Ради реакции общества. Психологам и педагогам работать с такими детьми неимоверно трудно. Но в результате можно открыть массу положительных способностей и переориентировать на позитивное само предъявление.

Вторая группа - это депривированные дети. Это дети, лишенные жизненно важных для их психического здоровья вещей - ласки, внимания, конкретных предметов, действий. Если ребенку не хватает родительского внимания и участия, нового телефона, возможности распоряжаться своим свободным временем без родительского контроля и другими для него значимыми вещами и действиями - он будет выражать яркий и агрессивный протест до полного удовлетворения своей потребности. Иногда процесс растягивается на годы и вырабатывается привычка. Здесь важны совместные усилия родителей, психологов и педагогов. Особую значимость приобретает умение слушать и слышать друг друга, взаимопонимание и умение договариваться. Другие пути изменения ситуации в положительную сторону мне неизвестны.

Итак, мы рассмотрели несколько групп детей с проявлением неадекватного поведения. Теперь допустим, что родители обратили внимание на необычное поведение ребенка. Встает вопрос: куда и к кому бежать в таких случаях? Прежде всего - к врачу. В первую очередь необходимо исключить наличие органических повреждений организма ребенка, т.е. болезней. И только при определении, что ребенок соматически здоров, отправляться к психологу. К сожалению, чаще бывает все наоборот.

Но к специалистам необходимо идти тоже не с пустыми руками. Подозрения родителей должны базироваться на основании каких-то наблюдений. Каких? Я предлагаю следующий минимальный набор маркеров:

1. ребенок любопытен, но не любознателен (последнее требует хотя бы минимальной задержки внимания)

2. ребенок может одновременно находиться в противоположных углах помещения или двора. Т.е. стремительно перемещаться. Но это отлично! А за чем наблюдать? Задевает углы, неровная походка, туловище полу повёрнуто или вывернута голова, беспричинные движения руками, целевое назначение беготни отсутствует

3 слаборазвитая крупная и мелкая моторика, отсутствует цепкость рук

4. тяжело дышит, но все равно бегает

5. не может играть с мячом, боится самокатов и качелей, горок

6. при бесцельной беготне просто громко кричит а-а-а-а-а-а-а!!!!!!!!!!!

7. резко переходит от смеха к плачу и наоборот.

Далее родителей должны насторожить следующие моменты жизни ребенка:

1. нарушение сна: затруднение засыпания, беспокойный сон, снохождение, бессонница, страхи, постоянная сонливость во время бодрствования

2. головная боль, непереносимость внешних раздражителей (звуков, света), плаксивость, капризность, повышенная утомляемость при физических и умственных нагрузках

3. плохая память, затруднения сосредоточения внимания, легкость отвлечения

4. экзальтация (чрезмерная восторженность) или апатия (безразличие)

5. снижение активности до полного исчезновения (ничего не хочу делать!) с переходом в суетливость и бесцельное активное двигательное беспокойство

6. подозрительность, страхи, возникновение навязчивых идей (ребенку кажется, что его пугают, обижают, бросают, вредят)

7. мурашки, покалывания, судороги, онемения.

8. вкусовые предпочтения в еде.

Многие из этих наблюдений родители делают неосознанно, не понимая, что они составляют комплекс определенных расстройств. И все сигналы я рекомендую записывать в дневник по схеме: когда случилось неадекватное или тревожное проявление, день недели, время, длительность и сила конкретного проявления, окружающий фон (сопутствующие обстоятельства). Минимальный срок наблюдения - 21 день. После этого желательно своими силами провести общий анализ отклонений, все записать и с этим результатом идти к врачу.

К психологу до вердикта врача идти нет смысла. Если ребенок оказался с медицинскими проблемами - никакие психолого-педагогические воздействия не помогут. Потому что до выздоровления, как минимум, нейтрализации болевых ощущений, малыш к воспитательным и обучающим посылам нечувствителен.

Когда же медицинский этап пройден, либо взят под системное наблюдение, в работу необходимо включаться психологам и коррекционным педагогам. Здесь значительную роль играет фактор возраста ребенка - чем возраст младше, тем быстрее и эффективнее будет коррекционная работа. В педагогической и психологической практике существует огромное множество техник индивидуальной работы, знакомить с ними сейчас нет необходимости. Но есть желание познакомить родителей с универсальными вариантами домашней работы с ребенком. Выполнение этих несложных техник значительно помогает профессиональной корректировке ребенка. Позвольте их перечислить:

1. игры большой двигательной активности. Сначала бег просто бегом, потом на скорость, потом на "принеси предмет - мяч, палку, ленту" - во время бега

2. игры на задержку внимания: принеси предмет из кучи - красный мяч, желтый кубик и т.д.

3. прятки

4. игра "Море волнуется раз..." - замри

5. лото, домино, картинки

6. музыкальные занятия, пение, общая ритмика, "танцы" (как получается и как комфортно)

7. собирание (без поиска!) листьев, цветов, веточек (ягоды, грибы, желуди требуют внимания и терпенья, проблемному ребенку это не под силу).

В конце статьи предлагаю еще несколько общих рекомендаций:

1. массаж (под контролем врача)

2. музыка дома - классическая и современная, среднего темпа (Моцарт, Бетховен, Чайковский, Мориа, Лоретти). Тихая, фоновая.

3. Бассейн, летом - много воды, зимой - много снега

4. техника разговора - тихий, спокойный тон, четкое произношение слов, немногословность, когда Вы разговариваете с ребенком, держите свои глаза на уровне его глаз

5. соблюдение режима дня, максимально приближенного к естественным биоритмам

6. быстрая прогулочная ходьба, которую необходимо синхронизировать с дыханием ребенка

7. "Хулиганский час" - период времени, когда в комнате убирается все ценное, бьющееся, оставляется много подушек, полотенец, мягких игрушек, воздушных шаров и всем этим можно кидаться друг в друга, прыгать на диване, бороться в шутку и совершать другие веселые активные физические упражнения (по окончании вместе все положить по местам).

Что бы я не рекомендовала:

1. занятия подготовкой к школе с трех лет в учреждении (групповые занятия в студиях раннего развития)

2. спортивная секция (групповые неадаптированные под проблемного ребенка занятия)

3. воздействие на уровне приказов и нравоучений. Это приведет, скорее, к негативным последствиям и усилению аномального поведения. Лучший вариант - договариваться.

4. никогда своего ребенка ни с кем не сравнивать

Делаем выводы.

Все без исключения дети с тревожным и неадекватным поведением требуют индивидуального подхода. Двух одинаковых детей не бывает, даже при сходных формах поведения.

Необходимо постоянное наблюдение за ребенком, внушающим родителям беспокойство и тревогу с ведением подробного дневника событий. Не стоит откладывать визит к врачу после наблюдения в течение одного-двух месяцев. Если малыш младше трех лет - идем к неврологу. Если три года исполнилось - идем к психиатру, далее по алгоритму, определенному врачом.

При назначении медикаментозной терапии необходимо постоянно держать связь с врачом для своевременной и эффективной коррекции лечебного процесса.

При работе с психологом и педагогом - пожалуйста, попросите специалиста научить Вас техникам домашней работы с ребенком, чтобы обеспечить единый подход выполнения заданий, и максимально выполняйте то, что просит педагог. Приучая ребенка к системной ежедневной работе, хоть в самых малых дозах, мы закладываем фундамент динамического стереотипа, то есть осознанных привычек поведения, социальных, коммуникационных и интеллектуальных навыков и действий. Помощь родителей в этой работе бесценна.

Вы, наверное, заметили, что с середины статьи термин "гиперактивность" уже не употреблялся............................