

## **ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ В ШКОЛЕ**

*Белорусский государственный медицинский университет*

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является синонимом медицинского диагноза гиперкинетического расстройства F90 (МКБ–10).

Ранее СДВГ рассматривался как «гипердинамический синдром» и до сих пор определяется достаточно узким понятием «эмоционально-волевых нарушений».

Важно отметить, что с позиций современной нейрофизиологии, СДВГ представляет достаточно широкий спектр когнитивных нарушений дефицита исполнительских функций (целенаправленного поведения), включающих нарушения оперативной памяти, навыков организации и планирования, гибкости мышления, языковых навыков выражения эмоций и потребностей, эмоциональной регуляции в различных сочетаниях и степени выраженности.

Психофизиологические механизмы СДВГ объясняются:

1) дефицитом лобных функций (R. A. Barkley, 1997), определяющим, прежде всего, неспособность ребенка с СДВГ сдерживать и откладывать ответные реакции на внешние стимулы;

2) дефицитом энергетических ресурсов (J. Sergeant, 2000) — когда ребенок устал, его неадекватное поведение становится более очевидным.

Клинически СДВГ проявляется проблемным поведением (дезорганизирующим, протестным, агрессивным, травмоопасным) и трудностями в приобретении школьных навыков (40–60 % детей с СДВГ учатся хуже своих возможностей, страдают дислексией, дисграфией и дискалькулией).

Таких детей не любят другие дети, учителя и даже собственные родители. Как правило, они сидят одни, за последней партой и становятся изгоями. С ними трудно, но они в этом не виноваты.

Таких детей много. По предварительным данным нашего исследования ( $n = 1756$ ), в г. Минске 6 % детей могут претендовать на клинический диагноз СДВГ. Важно помнить, что критерий «не справляются родители и педагоги» является основным критерием для постановки диагноза СДВГ.

Нами была поставлена цель: разработать теоретически обоснованную концептуальную модель поэтапной системы эффективных медико-соци-

альных реабилитационных технологий, направленных на улучшение адаптации детей с СДВГ в обществе.

Школа — самый значимый и самый трудный этап для детей с СДВГ в процессе социализации личности. Проблемы адаптации становятся более очевидными с началом обучения таких детей в школе, что обуславливает пик обращаемости за помощью к специалистам в возрасте 7–8 лет (более 50 %, по данным нашего клинического исследования (n = 418)).

Частой жалобой родителей является то, что психологи учреждения дошкольного образования и педиатры не указали на наличие СДВГ у ребенка и посчитали, что он вполне готов к обучению в школе. На наш взгляд, тому имеются три причины:

1) недостаточная образованность педагогов и педиатров в вопросах СДВГ: будущим врачам-педиатрам учебными программами не предусмотрено чтение лекций по СДВГ, хотя это самый частый психиатрический диагноз детского возраста, педагогам только планируется чтение соответствующего курса;

2) недостаточное использование стандартизированных психометрических шкал СДВГ, позволяющих выявить даже доклинические и промежуточные формы диагноза (например, стандартизированная и адаптированная нами шкала Вандербилт, которая применяется в мировой практике с 2003 г.);

3) невольное желание учреждений дошкольного образования поскорее избавиться от «проблемного» ребенка с СДВГ.

Рекомендации врачей-психиатров в случае СДВГ однозначны: «в школу чем позже, чем лучше», «не ранее 7 лет».

Еще одной проблемой является то, что дети с СДВГ, как правило, сидят за последней партой. Так удобнее учителю и другим детям, но такой ребенок должен сидеть за 1–2-й партой, «перед носом учителя». Он способен работать только тогда, когда учитель «смотрит в глаза, улыбается и кивает ему головой». А еще не забывает поощрять. Кричать на таких детей нельзя, они «перестают слышать». Требуется определенное изменение санитарных норм, которые бы прописали детям с СДВГ 1–2 парту.

Детей с СДВГ нельзя оставлять в «продленке». Они устают от уроков, начинают баловаться и вести себя «как клоуны», провоцируя агрессию и повышенный травматизм для себя и других.

В европейских странах предусмотрен дополнительный час физической нагрузки для детей с СДВГ, реализация двигательной активности считается лечебным фактором для них. Таких детей надо отдавать в спорт: они должны 1–2 часа прыгать и скакать пять дней в неделю (лучше не дома).

Психообразовательные программы надо начинать с родителей. Семейные факторы (наследственность и эмоциональное неблагополучие самих родителей), по нашим данным (n = 418), имеют место в 73 % случаев, из

них в 32 % случаев отмечается неблагоприятное сочетание семейных и перинатальных факторов. Психообразовательные программы с родителями, как и родительские тренинги поведенческой терапии (для детей до 10 лет) и когнитивной терапии (детям после 12 лет), проводятся в формате групповых встреч и, по сути, представляют психотерапию самих родителей. Идея очень простая: когда спокойнее становятся родители, адекватнее становится ребенок.

Идея психообразовательных программ для педагогов получила свою реализацию на опыте организованных выступлений в СШ Советского р-на г. Минска. Желание организовать встречу с врачом-специалистом изъявили 80 % СШ. На самой встрече около 30 % участников активно задавали вопросы, пытаясь найти новые пути помощи ребенку с СДВГ, некоторые возмущались: «почему мы должны терпеть такого ребенка», около 60 % — хранили нейтральное молчание.

Хочется верить, что это начало пути и совместные усилия различного рода специалистов принесут свои плоды, и у детей с СДВГ появится шанс стать успешными в обществе. Надеемся на сотрудничество.