



Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и аутизм у детей дошкольного и младшего школьного возраста

А.Б. ШУРИЕВА,

аспирант, Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы,
г. Уфа

Среди нервно-психических заболеваний у дошкольников самыми распространенными, сложными с точки зрения ранней диагностики, этиологии, лечения и высокой степени инвалидизации являются такие заболевания, как аутистические синдромы Аспергера и Каннера и синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). По мнению разных авторов, распространенность синдрома дефицита внимания и гиперактивности в детском возрасте составляет от 4 до 28 % [1]¹. Широкая распространенность и социальная дезадаптация, возникающая на его фоне, заставляют заниматься данной проблематикой как врачей (неврологов, психиатров, психотерапевтов), так и психологов. Исследования СДВГ в большинстве случаев выполнены на основе аналитической стратегии. Так, в работах И.П. Брызгунова, Е.Д. Белоусовой, Н.Н. Заваденко, Ю.Д. Кропотова, М.Ю. Никаноровой, В.Р. Кучмы, В.Н. Пугача, А.Э. Тамбиева, Т.Ю. Успенской, О.В. Халецкой, Л.С. Чутко, Б.Р. Яременко, Ю.С. Шевченко и др. рассматриваются отдельные аспекты феномена СДВГ, а именно особенности развития познавательных процессов, эмоциональной сферы и т.д.

Широкая распространенность заболевания, высокая коморбидность с различными расстройствами детского возраста (аффективные расстройства, болезнь Туретта, эпилепсия и др.) и ригидностью к терапии обуславливают актуальность данного исследования [2].

В данной статье проводится теоретиче-

ский анализ распространенности СДВГ и аутизма у детей дошкольного возраста, а также приводятся примеры коррекции заболеваний при подготовке к школе.

Сначала определим, что такое *СДВГ* и что такое *аутизм*. СДВГ — это расстройство, которое нарушает основные части мозга, связанные с контролем внимания человека, активностью и эмоциями [4]. СДВГ может также рассматриваться как плохое функционирование и взаимодействие между различными областями мозга. Аутизм в основном проявляется в течение первых трех лет жизни ребенка, в период его развития и роста. Но это не говорит о том, что аутизм — повреждение головного мозга или его заболевание [2].

Джаффе-Гилл пишет, что симптомы СДВГ указывают лишь на то, что участок головного мозга, отвечающий за гиперактивность, плохо развит либо плохо координирует с остальной частью головного мозга, т.е. нельзя сказать, что ребенок совсем не способен контролировать свое поведение. В свою очередь, аутизм не является чисто генетическим заболеванием, которое нельзя вылечить; бывает так, что окружающая среда также может способствовать развитию данного заболевания. Аутизм, как и СДВГ, поддается лечению.

Дети с аутистическими синдромами и СДВГ испытывают трудности в созревании психической, речевой, моторной и эмоциональной сфер, в социальных взаимодействиях и адаптации в обществе. Аутистические заболевания часто сочетаются с дру-

¹ В квадратных скобках указан номер работы из списка «Использованная литература». — *Ред.*



гими нервными и психическими нарушениями, включая СДВГ. Коморбидность аутизма с СДВГ — наиболее неблагоприятное среди всех наблюдающихся коморбидных состояний из-за высокой частоты совершения этими больными административных и уголовных правонарушений (Mandell, Knapp, 2012).

Дети с синдромом дефицита внимания имеют нормальный или высокий интеллект, однако, как правило, плохо учатся в школе. Помимо трудностей обучения, синдром дефицита внимания проявляется двигательной гиперактивностью, дефектами концентрации внимания, отвлекаемостью, импульсивностью поведения, проблемами во взаимоотношениях с окружающими [2].

СДВГ поражает от 5 до 10 % школьников и детей, это заболевание затрагивает больше мальчиков, чем девочек (примерно в 3–4 раза больше). От 50 до 60 % излечившихся детей до совершеннолетия наблюдаются у врача.

Аутизмом страдают преимущественно дети, что оказывает серьезные последствия для их семей и общества. Общепринятая норма распространенности аутизма составляет 4–5 человек на 10 тыс. детей. В Казахстане отсутствует статистика по аутизму, но есть проблема с диагностикой этого заболевания. Если в Казахстане численность детей около 5 млн человек, то из них больных аутизмом составляет примерно 2,5 тыс. человек. Однако в последнее время из-за ухудшения экологической ситуации распространенность этого заболевания растет, и, по последним данным, количество больных детей почти в три раза превышает вышеуказанный показатель. Это означает, что количество детей с аутизмом в нашей стране может составлять более 7 тыс. человек.

СДВГ и аутизм — заболевания, которые влияют на определенные участки мозга. Они не являются чисто генетическими и их можно контролировать. Должны приниматься своевременные меры для коррекции данных заболеваний.

Система лечения и наблюдения детей с дефицитом внимания при подготовке к школе разработана недостаточно, что обусловлено неясностью патогенеза заболева-

ния. Выделяются немедикаментозные и медикаментозные методы коррекции.

Немедикаментозная коррекция включает в себя методы модификации поведения, психотерапию, педагогическую и нейропсихологическую коррекцию. При подготовке ребенка к школе следует учитывать, что рекомендуется щадящий режим обучения — минимальное количество детей в классе (идеально не более 12 человек), меньшая продолжительность занятий (до 30 мин), пребывание ребенка на первой парте (контакт глаз учителя и ребенка улучшает концентрацию внимания). Важным с точки зрения социальной адаптации является также целенаправленное и длительное воспитание у ребенка социально поощряемых норм поведения, так как поведение некоторых детей носит черты асоциального. Необходима психотерапевтическая работа с родителями, чтобы они не расценивали поведение ребенка как «хулиганское» и проявляли больше понимания и терпения в своих воспитательных мероприятиях. Родителям следует следить за соблюдением режима дня «гиперактивного» ребенка (время приема пищи, выполнение домашних заданий, сон), предоставлять ему возможность расходовать избыточную энергию в физических упражнениях, длительных прогулках, беге. Следует также избегать утомления при выполнении заданий, так как при этом может усиливаться гиперактивность. «Гиперактивные» дети чрезвычайно возбудимы, поэтому необходимо исключить или ограничить их участие в мероприятиях, связанных со скоплением большого числа людей. Так как ребенок испытывает сложности в концентрации внимания, нужно давать ему только одно задание на определенный промежуток времени. Важен выбор партнеров для игр — друзья ребенка должны быть уравновешенными и спокойными [2].

Ребенку с аутизмом в школе в основном требуется все то же, что и обычным детям. Ему будет легче адаптироваться, особенно в начале обучения, если в классе царит благожелательная и спокойная атмосфера: большинство срывов в поведении возникает на фоне общей напряженности, конфликтов взрослых с другими учениками.



Для него важны доброжелательность и симпатия, которые позволяют довериться и привязаться к своему учителю. Когда такой ребенок поступает в школу, то, как правило, он уже хочет быть школьником, стремится к детям и готов полюбить своего учителя. Он очень нуждается в эмоциональном контакте, мнение об отсутствии у него потребности в общении не подтверждает ни один практический психолог, работающий с таким ребенком. Известно, что сложившиеся отношения с учителем являются для этих детей мощным стимулом не только в обучении, но и в эмоциональном и социальном развитии. Так же как и другим (хотя, возможно, и в большей степени), ему нужна четкая и подробно разработанная организация жизни в школе, на уроке, на перемене. Такая организация позволяет ему осознать порядок происходящего и использовать сложившиеся ритуалы в своем поведении. Внезапное нарушение порядка для ребенка с аутизмом всегда некомфортно, даже если это отмена сложной контрольной или неожиданная интересная экскурсия [4].

Одним из важнейших современных приоритетов развития системы специального образования является обращение к раннему возрасту, что дает возможность вести профилактическую работу и предотвращать

формирование вторичных нарушений психического развития.

Эффективность психологической помощи при аутизме и СДВГ может быть максимальной при его начале в раннем детском возрасте (до 3 лет). Анализ опыта ранней помощи при аутизме и СДВГ в разных психологических подходах (S.L. Harris, J.S. Handlemanetal, 1990; G. Dawson, J. Osterling, 1996; S.J. Rogers, 1996, Е.Р. Баенская, 2000, 2001) показывает, что эффективность коррекционного вмешательства действительно увеличивается в раннем возрасте.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и статистическое руководство психических расстройств. 5-е изд. (DSM-V). Американская психиатрическая ассоциация, 2013.
2. *Заваденко Н.Н., Симашкова Н.В.* Новые подходы к диагностике синдрома дефицита внимания и гиперактивности // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. Т. 114. № 1. С. 45–51.
3. *Симашкова Н.В.* Расстройства аутистического спектра. Науч.-практ. руководство. М.: Авторская академия, 2013.
4. *Коттэ А., Джоши Дж., Фрэд Р.* Аутистические особенности детей с/без СДВГ // Педиатрия. Журн. им. Г.Н. Сперанского. 2013. Т. 132. № 3. С. 612–622.