

## ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

**Мазина А.К.  
(Падашуль А.К.)**

*В статье обсуждается проблема исследования особенностей проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей дошкольного возраста. Раскрывается особенность проведения диагностических процедур по выявлению у детей дошкольного возраста СДВГ. В исследовании приняли участие 86 детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности 5–6 летнего возраста.*

**Ключевые слова:** синдром дефицита внимания и гиперактивность, диагностика, методы исследования.

Опираясь на существующие периодизации возрастного развития человека (А.В. Петровского, В.И. Слободчикова, Д.Б. Эльконина, Л. Кольберга, Ж. Пиаже и др.), можно утверждать, что процесс становления личности длится всю жизнь, хотя и распадается на этапы, каждый из которых, обладая собственной неповторимой спецификой, является своеобразной ступенью на пути «восхождения» к личности.

Социальная ситуация развития в дошкольном возрасте характеризуется тем, что ребенок впервые выходит за рамки своего семейного мира и устанавливает отношение с миром взрослых и сверстников, именно в этом возрасте закладываются основы социального поведения человека, формируются его ценностные ориентации (В.Г. Безносков, Д.С. Лихачев).

В этот период ребенок начинает посещать детский сад и ведет более самостоятельный образ жизни, проявляя себя в различных ситуациях и новых отношениях с референтными лицами (взрослые, группа сверстников). В результате недостатки в саморегуляции поведения становятся очевидными и являются в дальнейшем тревожным показателем в отношении школьной дезадаптации, как специфической формы активности субъекта.

По мнению ученых (А.М. Менжерицкий, Г.В. Карантыш, Л.П. Светицкая, Р.А. Barkley и др.), в большинстве случаев, у детей с трудностями обучения и поведения наблюдаются незначительные субклинические расстройства функционирования центральной нервной системы, что наиболее часто способствует развитию синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, основные признаки которого проявляются в виде не свойственной для нормального развития импульсивностью, повышенной моторной активностью, отвлекаемостью, невнимательностью.

Причем необычность поведения таких детей не является результатом упрямства или невоспитанности. Психологи считают это специфической особенностью психики, обусловленной как физиологическими, так и психосоциальными факторами.

В последние годы научный интерес к проблеме исследования синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей дошкольного возраста значительно возрос.

Выделяя дошкольный возраст как важный возрастной рубеж в проявлении симптоматики СДВГ и рассматривая его как наиболее критический период детства, характеризующийся своеобразным «функциональным виражом» [6], заключающемся одновременно в эволюционно-прогрессивных сдвигах и во временных функциональных потерях, связанных с состоянием нестабильности и дисбаланса в различных системах мозга, целый ряд ученых (И.П. Брызгунов, А.Э. Лицева, Е.В. Касатикова, А.В. Миролюбов, Т.Н. Осипенко, Э.Г. Симерницкая, И.А. Скворцов, С.В. Ярыгин и др.) подчеркивают, что ранняя диагностика и коррекция СДВГ должны быть ориентированы именно на дошкольный возраст, когда компенсаторские возможности мозга велики, и еще есть возможность предотвратить формирование стойких патологических проявлений.

Это мнение разделяют и В.И. Габдракипова, Э.Г. Эйдемиллер, отмечая, что «оптимальный возраст для постановки диагноза СДВГ – 4–5 лет, когда уже можно объективировать наличие расстройства внимания. Чем раньше будет выявлен СДВГ и начнется его коррекция, тем лучше» [3, с. 13].

Однако, как отмечают А.В. Батаршев, Н.Н. Заваденко, Е.К. Лютова, Г.Б. Моница, О.И. Политика, В.В. Столин и др., отечественные и зарубежные

исследования в этой области, несмотря на ее высокую научную и практическую значимость, немногочисленны.

Несмотря на долгую историю изучения СДВГ, опрос R.A. Barkley показал, что в 63 % случаев учителя, психологи и врачи недостаточно знают об этом расстройстве [7].

В России вопрос с диагностикой также стоит очень остро. Как подчеркивают И.П. Брызгунов, Е.В. Касатиков, Г.Б. Моница, в 70 % случаев СДВГ не диагностируется [2].

Основная причина заключена в том, что СДВГ – сложная проблема, изучение которой требует знаний различных дисциплин: акушерства, педиатрии, неврологии, а также психологии, социологии и педагогики.

К подобному заключению приходит и А.В. Запорожец, который считает, что: «особое значение приобретает организация комплексных исследований, преодоление еще существующей обособленности, разобщенности в научно-исследовательской работе, осуществляемой представителями различных специальностей. В первую очередь необходимо преодолеть разобщенность в деятельности представителей педагогической и медицинской науки...» [4, с. 67].

Исходя из вышесказанного, центральной задачей на одном из этапов нашего исследования стало изучение диагностических возможностей методик по выявлению особенностей проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей дошкольного возраста с последующей содержательной интерпретацией и количественным анализом результатов.

В исследовании нами были использованы, а также специально разработаны следующие экспериментальные и диагностические методики, позволяющие выявить различные грани СДВГ:

- 1) опросник J.Swanson;
- 2) опросник «Оценочная шкала эмоциональных проявлений ребенка»;
- 3) анкета для определения гиперактивности (по Д. Коннерсу);
- 4) анкета скрининговой диагностики развития ребенка;
- 5) беседы с воспитателями и наблюдение за поведением гиперактивных детей;
- 6) изучение детских работ по изобразительной деятельности;
- 7) методика «Заучивание стихотворения».

Учитывая, что поведение – один из самых важных показателей психического статуса, и его анализ расширяет возможность оценить клиническую картину состояния ребенка с синдромом, всем педагогам, работающим с гиперактивными детьми, был предложен для заполнения опросник J. Swanson, разра-

ботанный в лаборатории Института мозга человека и диагностирующий особенности поведения, а также оценки симптомов и особенностей поведения у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, который позволяет интерпретировать четыре области функционирования детей с СДВГ: невнимательность с гиперактивностью, гиперактивность/импульсивность, оппозиционные расстройства, невнимательность без гиперактивности [6].

Для осуществления надежности показателей исследования диагностика СДВГ осуществлялась, как в экспериментальной группе (ЭГ), так и в контрольной (КГ).

Максимальное повышение результатов наблюдается по шкале «невнимательность»-INATT и «оппозиционные расстройства»-ODD, что свидетельствует о преобладании у детей ЭГ и КГ проблем с выполнением норм общественного поведения и обучения, с усвоением материала.

Профиль по шкале IMP/HYP – «импульсивность/гиперактивность» практически у всех гиперактивных детей и детей из группы риска в два раза выше, чем у сверстников, не имеющих диагноза СДВГ, т. к. это свойственно детям с нарушениями регуляции произвольности собственной активности. Нарушения произвольности регуляции высших психических функций ведут к задержке развития познавательной и речевой деятельности ребенка. Это полностью подтверждается и отмеченными в личных медицинских картах 20 % детей, дополнительного диагноза – задержка речевого развития.

Полученные результаты проведенного опроса позволяют убедиться в наличии основных симптомов СДВГ у всех детей экспериментальной и контрольной групп.

Для изучения эмоциональной и поведенческой сфер в рамках нашего исследования особый интерес вызвало использование опросника «Оценочная шкала эмоциональных проявлений ребенка», который заполнялся взрослыми (родителями и воспитателем группы, которую посещает ребенок) с целью определения степени выраженности эмоциональных проявлений ребенка [6].

Необходимо отметить, что в ходе проведения исследования нами были учтены различные взгляды ученых. Так, например, мы учли не только мнение Г.Б. Мониной, Е.К. Лютовой-Робертс, Л.С. Чутко, о том, что данные опросников для родителей носят лишь дополнительный характер, но и мнение Альтхерр [1, 7], который считает, что в качестве первичной диагностической ориентировки оправдал себя перечень симптомов, разработанный Джимми Коннесом, при условии: предложенную анкету могут заполнять как родители, так и воспитатели, если этому предшествует минимум четырехнедельный период наблюдений.

В итоге, если в сумме набирается более 15 очков, то это дает основание предполагать наличие у ребенка гиперкинетического синдрома.

Наше исследование показало: набранное количество баллов (от 15 до 18) детьми обеих групп дает основание предполагать наличие у каждого ребенка, вошедшего в ЭГ и КГ, гиперкинетического синдрома. Дети, набравшие максимальные баллы, испытывают значительные трудности в умении общаться с другими детьми, налаживания отношений со взрослыми, некоторые из них значительно отстают от остальных детей своей возрастной группы по уровню усвоения программного материала.

Исходя из данных опросника и анкеты, мы отметили, что у 100 % дошкольников, вошедших в экспериментальную и контрольную группы, присутствуют ведущие признаки синдрома: невнимательность, гиперактивность, импульсивность. Однако только у 30 % от общего количества исследуемых детей это было подтверждено клиническим исследованием и диагнозом невропатолога.

Для структурирования полученного материала родителям и воспитателю группы, которую посещает ребенок, предлагалось заполнить анкету скрининговой диагностики развития ребенка, данные которой сравнивались с записями амбулаторной карты дошкольника в пренатальный и интранатальный периоды, а также в период развития в раннем и дошкольном возрасте. Таким образом, на основании полученных данных совместно с медперсоналом дошкольного учреждения мы изучали течение беременности и послеродовой период, состояние здоровья каждого ребенка в процессе развития и перенесенные заболевания.

Из бесед с воспитателями и личными наблюдениями за поведением детей контрольной и экспериментальной групп выяснили дополнительные особенности проявления у детей СДВГ. Так, например, К. Ульянов практически не подчиняет свое поведение общепринятым правилам. В его поведении много агрессивных проявлений по отношению к своим сверстникам, из-за чего дети избегают общения с ним. Более того, по словам воспитателя, перепады его настроения – от бурной радости до горьких слез, происходят в считанные секунды. Часто он демонстрирует непослушание. В его характере нельзя не заметить нервозность, тревожность. На прогулках он не может играть в спокойные игры, ему нравится бегать, карабкаться по лестницам, раскидывать все, что попадает под руку.

В поведении и характере Владика Б. явно наблюдаются тревожность и нервозность. Нелегко складывается общение мальчика и с воспитателями. Очень часто на замечание педагогов он искренне говорит: «Не ругай меня, а то я спрыгну куда-нибудь

и умру» или «Если будешь меня ругать – меня мама побьет прыгалкой и я умру». В результате воспитатели, испытывая страх от таких слов, стали избегать оценивать негативные поступки ребенка, что привело еще к большему проявлению агрессии и дезорганизации в поведении мальчика.

Для Димы Р. присуща излишняя агрессивность, которая вызывает постоянные конфликты со сверстниками. Многие дети страдают от этих проявлений. После произошедшей травмы одной из девочек по вине гиперактивности Димы родители других детей обратились к заведующей с просьбой перевести мальчика в другой детский сад. По согласованию с мамой и бабушкой Димы Р. ребенок был переведен в другую группу. Но и там возникли те же проблемы.

Владик Н. – для него характерна легкая отвлекаемость на внешние стимулы, нетерпеливость во время бесед, неспособность сконцентрироваться на конкретном задании. Эмоциональная неустойчивость часто сочетается с общей дезорганизованностью и импульсивностью поведения, склонностью к рискованным поступкам без учета возможных последствий. Так, Владик постоянно стремится всякими способами уйти из детского сада, чем вызывает постоянную тревогу и обеспокоенность воспитателей группы.

Ариша С. – в целом движения этой девочки очень быстры и безудержны. Она склонна к перемещениям на широком пространстве. Постоянно, без умолку разговаривает. Характерная черта – лживость.

Необходимо отметить, что описанные отклонения в поведении у этой девочки с первого взгляда не видны в полном объеме. В приемной у врача или в незнакомой для нее обстановке двигательное беспокойство обычно не проявляется. Поэтому подробное описание поведения ребенка, полученное от родителей и педагога, собственное наблюдение в повседневной обстановке за девочкой дало наиболее достоверный материал. Арина совершенно по-разному себя ведет при посторонних и оставшись наедине в среде сверстников. Лишь оказавшись в группе детей, она показывает все, на что способна в полном объеме.

У Нади Ж. и Оли К., наоборот, двигательная активность заметно снижена. Обе девочки воспитываются в семье опекунов. У обеих тяжело и сложно протекал процесс адаптации к детскому саду. Часто и беспричинно просыпались во время сна, вскрикивали, вскакивали, начинали кричать, нарушая сон других детей. Обидчивы, раздражительны, плохо вступают в контакт с другими. Можно отметить определенную обозленность Оли на других детей и взрослых людей.

Кроме того, в беседе с психологом воспитатель группы, рассказывая о Наде Ж., отметила: «Речь девочки неразвита, словарный запас недостаточный.

Удавалось общаться с ней только благодаря своему опыту работы с такими детьми. Даже во время слушания сказки девочка невнимательна. На занятиях часто отвлекается. Во время игровой деятельности мешает играть другим детям».

Таким образом, беседы с воспитателями, личные наблюдения за поведением детей в повседневной жизни подтвердили данные анкеты и опросника J. Swanson.

Учитывая то, что импульсивность, неумение заниматься одним делом длительное время, управлять своим поведением, свойственные детям с СДВГ, не могут не отразиться в их произведениях, мы посчитали необходимым в рамках нашего исследования проанализировать детские работы по изобразительной деятельности.

Результаты при выполнении различных заданий по изобразительной деятельности были далеки от удовлетворительных. При раскрашивании наблюдается небрежность, штриховка выходит за края изображения. Нажим – неравномерный, а детали рисунка – размашистые. Зачастую гиперактивные дети стремятся заполнить все пространство листа, заезжая при этом за границы листа. Причину мы видим в нарушениях тонкой моторики, зрительно мануальной координации, отчего явно страдают планирование действий и моторная обучаемость.

Для выявления уровня развития когнитивных функций (внимания, памяти) у детей КГ и ЭГ нами была использована методика «Заучивание стихотворения». При ее проведении дети вместе с психологом заучивали небольшой стишок. Ход заучивания оценивался по восьми бальной системе.

Результаты показали, что в пять лет дети с СДВГ ЭГ и КГ в основном получили от 0 до 2 баллов. Ими передавались отдельные смысловые связи четверостишья, но целостная смысловая связь была нарушена. Более того, и в ЭГ, и в КГ наблюдались отказы заучивания стихотворения у 45 % детей после неудачных попыток.

Таким образом, в результате проведенных диагностик и наблюдений нами было отмечено: гиперактивный ребенок-дошкольник воспринимается адекватно своему заболеванию.

На основании проведенного исследования особенностей проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей дошкольного возраста на начальном этапе нашей экспериментальной работы и полученных результатов нами были сделаны следующие выводы.

1. У каждого гиперактивного ребенка старшего дошкольного возраста наблюдаются нарушения в виде несформированности регулятивного компонента,

проявляющегося в импульсивном и гиперактивном поведении. Полученные в ходе исследования данные подтверждают, что у детей экспериментальной и контрольной групп имеются серьезные проблемы в поведении, в умении общаться со сверстниками и взрослыми. Проведенные наблюдения за гиперактивными детьми и диагностики выявили ряд особенностей, характеризующих состояние поведения каждого ребенка в отдельности, которое необходимо учитывать при проведении коррекционной работы.

2. Наблюдается преобладание игровых интересов, однако в игровой деятельности и общении дети конфликтны, недостаточно критичны, поскольку в эмоционально-волевой сфере личности ребенка нарушены регулятивные процессы, вызывающие аффективное поведение.

3. Данные исследования указывают на необходимость целенаправленной коррекционной работы по развитию данного вида нарушения в поведении детей старшего дошкольного возраста. Однако проводимая работа нуждается в серьезном обогащении и обновлении, нахождении новых форм, методов, способов общения с детьми. Необходима разработка и внедрение системы работы, способствующей психокоррекции поведения ребенка старшего дошкольного возраста.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Арцишевская И.Л. Работа психолога с гиперактивными детьми в детском саду. – М., 2005. – 98 с.
2. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок или Все о гиперактивных детях. – М.: Психотерапия, 2008. – 208 с.
3. Габдракипова В.И., Эйдемиллер Э.Г. Психологическая коррекция детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (с учетом их половых различий): программа, методические рекомендации. – М.: УЦ «Перспектива», 2009. – 44 с.
4. Запорожец А.В. Роль дошкольного воспитания в общем процессе всестороннего развития человеческой личности // Дошкольное воспитание. – 2005. – № 9. – С. 66–69.
5. Моница Г.Б., Лютова-Робертс Е.К., Чутко Л.С. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь: монография. – СПб.: Речь, 2007. – 186 с.
6. Политика О.И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. – СПб.: Речь, 2008. – 208 с.
7. Barkley R.A. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of attention deficit hyperactivity disorder // Psychopharm. Bull. – 1997. – Vol. 121.