МИХАИЛ
ЛАБКОВСКИЙ

ЛЕОНИД
ЧУТКО

МОЯ ЖИЗНЬ С СДВГ

как помочь детям
как справиться взрослым

Москва

УДК 159.922.7
ББК 88.8
Л12

Лабковский, Михаил.

Л12 Моя жизнь с СДВГ : как помочь детям, как справиться взрослым / Михаил Лабковский, Леонид Чутко. — Москва : Эксмо, 2025. — 208 с.

ISBN 978-5-04-196621-8

Всю жизнь я чувствовал себя не таким, как все. Не мог ни на чем сконцентрироваться. Начинал и бросал, ничего не доводя до конца. Все время куда-то бежал, не мог успокоиться и не чувствовал удовлетворения. Если вам поставили диагноз или вы узнаете в описании выше себя, скажу вам так: СДВГ — не приговор.

Эту книгу я написал вместе с ведущим специалистом в этой области, врачом-неврологом, который лечит СДВГ, тики, речевые нарушения и руководит Центром поведенческой неврологии Института мозга человека им. Н.П. Бехтеровой, профессором Леонидом Чутко.

Вместе мы расскажем: что такое СДВГ и в чем причины диагноза? Как СДВГ проявляется у детей, подростков и взрослых? Как выстраивать свою жизнь, учитывая эти особенности? Тест на СДВГ и куда идти за диагностикой? Как лечить СДВГ в России?

Я сам — живой пример того, как с СДВГ в тяжелой форме в анамнезе можно взять свое заболевание под контроль и чувствовать себя прекрасно. Реализовать себя в интересном деле, зарабатывать хорошие деньги, строить крепкие отношения. Никогда не поздно взять под контроль свою жизнь и стать счастливым! Я в вас верю!

Книга выходит в двух оформлениях: «Ребенок-ракета, ребенок-ураган» и «Моя жизнь с СДВГ».

УДК 159.922.7
ББК 88.8

© Михаил Лабковский, 2025
© Леонид Чутко, 2025
© Алина Волчкова, фотография на обложке, 2022
© Дарья Генералова, фотография на обложке, 2024
© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2025

ISBN 978-5-04-196621-8

Содержание

ВСТУПЛЕНИЕ ЛЕОНИДА ЧУТКО (врача, который лечит СДВГ) 6

ВСТУПЛЕНИЕ МИХАИЛА ЛАБКОВСКОГО (психолога, который лечится от СДВГ) 9

«ОГНЯ БОЛЬШЕ, ЧЕМ ВОДЫ». Как Гиппократ объяснял и лечил СДВГ 10

КАЖДЫЙ 10-Й? Миф и правда о распространенности СДВГ 18

КТО ВИНОВАТ? Почему возникает СДВГ 20

Причины возникновения СДВГ 26

Беспокойный мозг 27

Без руля и тормозов 30

Сладкая «пытка» 35

ФОКУС НА ВНИМАНИЕ 39

Из чего состоит внимание? 40

Внимание и поведение 42

СДВГ У ДЕТЕЙ. Как проявляется 45

У дошкольников 55

У школьников 58

У подростков 74

У девочек 80

СДВГ бывают разные 81
Отдельно про СДВ (то есть без гиперактивности) 85

СОПУТСТВУЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С СДВГ 87

Гнев, упрямство и вызывающее поведение 87
Агрессия 88
Тревожные расстройства 89
Тики и синдром Туретта 92
Речевые нарушения 93
Трудности в обучении 94

СДВГ У ВЗРОСЛЫХ. КАК ПРОЯВЛЯЕТСЯ 95

Когда ставят диагноз? 96
Эмоциональные качели, тревожность, депрессия 101
Как СДВГ влияет на взрослую жизнь? 107

ДИАГНОСТИКА СДВГ 117

КОГДА В СЕМЬЕ РЕБЕНОК С СДВГ 125

Психологический климат в семье 125
Эмоциональное состояние матери 130

КАК ПОМОЧЬ РЕБЕНКУ С СДВГ 138

Принципы воспитания ребенка с СДВГ 142
Отношения с другими детьми в семье 151
Метод: «4 раза похвалить — 1 раз поругать» 153
Как сделать жизнь проще? 156
Игры, полезные для детей с СДВГ 160

Когнитивно-поведенческая психотерапия СДВГ: основные подходы 161

Метод осознанности в лечении СДВГ 167

Как помочь в школе? 168

А как помочь родителям? 172

Лекарства при СДВГ 175

Методы психофизиологической коррекции 176

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 180

Глоссарий 187

Библиография 190

Список литературы 197

Вступление Леонида Чутко (врача, который лечит СДВГ)

ОБ АВТОРЕ: профессор, доктор медицинских наук, руководитель Центра поведенческой неврологии Института мозга человека имени Н. П. Бехтеревой Российской академии наук.

Пятилетний мальчик, которого привела на прием обеспокоенная мама, не может усидеть на месте. Я предлагаю ему игрушки, которые есть у меня в кабинете, но он довольно быстро теряет к ним интерес. Предлагаю бумагу и карандаши, однако он ничего не рисует. Мальчик просит у мамы телефон и, не получив его, начинает плакать и бросать игрушки на пол.

Двадцатилетний студент-юрист жалуется, что категорически не способен сосредоточиться на учебе, а еще из-за его вспыльчивости у него испортились отношения с девушкой.

Раздраженный таксист, мужчина средних лет, кажется, готов «растолкать» бампером всех, кто мешает ему ехать быстрее. Он рывками перестраивается из ряда в ряд, не глядя в зеркала.

Что же объединяет пятилетнего малыша, студента и водителя такси? Им мешают три основные проблемы, связанные между собой:

- недостаток внимания;
- повышенная двигательная активность;
- высокая импульсивность.

Вместе это составляющие **СДВГ — синдрома дефицита внимания и гиперактивности**.

Иногда, когда я ставлю гиперактивному ребенку такой диагноз, родители обижаются: «Как это? Мы уделяем ему очень много внимания!» Поэтому сразу поясню: СДВГ — это не дефицит внимания родителей к ребенку (хотя нередко бывает и такое), а дефицит внимания у самого ребенка.

Дети и подростки с СДВГ не могут усидеть на месте, легко отвлекаются, быстро утомляются, они импульсивны, им трудно учиться. Родители жалуются: «Кажется, к нашему ребенку подключили электромотор». В более старшем возрасте гиперактивность проявляется в чрезмерной разговорчивости, а импульсивность — в невозможности контролировать свои эмоции и поведение. Например, импульсивные взрослые часто совершают спонтанные покупки и терпеть не могут очередей (однако, прочитав последнее предложение, не спешите ставить себе «диагноз»: о диагностических критериях СДВГ мы обязательно поговорим позже).

Симптомы СДВГ становятся заметными начиная с 4–5 лет, но наиболее ярко проявляются, когда ребенок идет в школу. Там у него появляются трудности с обучением и дисциплиной, которые окружающие могут по ошибке расценивать как невысокие интеллектуальные способности и/или невоспитанность. Примерно в половине случаев это расстройство переходит во взрослый возраст и может провоцировать частые смены работы и конфликты в семейной жизни (1).

Несмотря на большое количество научных исследований, вокруг СДВГ бытует много мифов. Одна из задач данной книги — эти мифы развеять.

Миф № 1:

«Врачи просто выдумали новое заболевание по заказу фармацевтических компаний».

Мы расскажем об истории изучения СДВГ и покажем, что об этом заболевании врачи разных стран начали говорить очень давно.

Миф № 2:

«От СДВГ страдает половина детей».

Приведем результаты исследований и расскажем, какой процент детей и взрослых действительно подвержен СДВГ.

Миф № 3:

«СДВГ — это синдром “недостаточности ремня”».

Расскажем о влиянии «сурового» воспитания на детей с СДВГ.

Миф № 4:

«СДВГ — это последствия травмы шейного отдела позвоночника».

Опишем, чем отличается мозг ребенка с СДВГ от мозга его сверстника без такого диагноза.

Миф № 5:

«Дети с СДВГ — это дети “индиго”».

Поговорим об академической успеваемости гиперактивных детей с дефицитом внимания.

А главное: ответим на вопросы обеспокоенных родителей:

— В чем причина заболевания? Виноваты ли родители?

— Как себя чувствует ребенок с СДВГ и с чем он может столкнуться?

— Как помочь ему жить полноценной жизнью?

Ну что ж, приступим!

Вступление Михаила Лабковского (психолога, который лечится от СДВГ)

ОБ АВТОРЕ: психолог, теле- и радиоведущий, автор бестселлеров «Хочу и буду», «Люблю и понимаю», «Привет из детства».

Дорогие друзья!

Эту книгу написали два автора – человек, рожденный с диагнозом СДВГ, и врач, который это заболевание лечит. Мы решили ее написать, потому что:

– Как говорит мой коллега, во всем мире это расстройство диагностируют у 5–10 % детей.

– Во многих странах СДВГ до сих пор не выявляют и не лечат – там просто нет необходимых специалистов.

– Дети с таким диагнозом очень страдают.

О том, как они страдают, почему и какую помощь им можно оказать, и пойдет речь дальше.

А еще мы надеемся, эта книга поможет взрослым с СДВГ осознать, что именно с ними «не так», и подтолкнет к тому, чтобы найти врача и начать проходить терапию. А также позволит родителям, чьи дети страдают этим расстройством, разобраться в том, что это за диагноз и как помочь сыну или дочери получить лечение. Я буду опираться не только на собственный опыт человека с СДВГ, но и на свою более чем 40-летнюю психотерапевтическую практику.

«Огня больше, чем воды» Как Гиппократ объяснял и лечил СДВГ

Давайте сразу приступим к первому мифу — о том, что СДВГ якобы выдумали современные врачи. Тут все просто: как сказал когда-то наш коллега Антон Павлович Чехов, *«увеличилось не число нервных болезней и нервных больных, а число врачей, способных наблюдать эти болезни»*. То есть дело вовсе не в том, что доктора «придумали» новое заболевание по заказу фармкомпаний, а в том, что появились новые возможности для диагностики. А о заболевании было известно еще несколько веков, если не тысячелетий, тому назад.

Однажды в середине XIX века немецкий врач Генрих Гофман не смог найти для сына подходящего подарка на Рождество — а может, и денег не было, ведь Гофман преподавал анатомию в университете и работал в больнице для бедных. Но он, как настоящий творческий человек, купил тетрадку, сочинил для сына юмористические стихотворения и даже собственноручно их проиллюстрировал. Все стихи посвящались непослушным детям.

Чувство юмора Гофмана было, мягко говоря, своеобразным. Так, озорница Полина играла со спичками и спалила дом; бедняжка Конрад грыз ногти — и ему обрезали пальцы; привереда Каспер не хотел есть суп и умер с голоду; Роберт не послушался родителей и пошел гулять в плохую погоду под зонтиком — ветер подхватил зонтик и унес непослушного мальчишку.

Общий список детских злоключений приводить не будем: суть вы наверняка уловили. Но давайте обратим внимание на Филиппа-непоседу:

«Филипп, обещаешь сегодня
Спокойно сидеть за столом?» —
Отец строго спрашивал сына,
А мама молчала при том.

Но мальчик совсем их не слушал,
Крутился туда и сюда,
Проказничал он и качался —
Всё для него ерунда.

«Филипп, нам совсем не нравится,
Как ты себя ведешь».
Смотрите же, дети, смотрите!
«Филипп, ты сейчас упадешь!»

Он так раскачался сильно,
Что стул опрокинулся — грох!
За скатерть схватился он с криком,
Но разве же был в том прок?

Посуда, еда и напитки
Скатились на пол; сын кричит,
Отец озадачен: что делать?
А мать замерла и молчит…

Под скатертью сына не видно,
И нет ничего на столе.
Тарелки разбиты, семья без обеда,
Родители в гневе: «Вот сын-непоседа!»[1]

[1] Перевод М. Васильевой, 2005.

Книга Гофмана вышла под названием «Косматый Петер» (один из героев не хотел стричься, зарос, и все над ним смеялись), на русский язык ее перевели как «Степка-Растрепка», а на английский язык Гофмана переводил сам Марк Твен.

Для чего мы приводим здесь этот пример? Дело в том, что поведение детей, описанное Гофманом в этих «стишках-страшилках», очень смахивает на симптомы СДВГ. И немецкий врач был далеко не первым, кто обратил внимание на эти признаки.

Вы наверняка слышали о клятве Гиппократа, которую дают врачи. Несколько лет назад, отдыхая в Греции на острове Кос, где жил когда-то праотец современной медицины, я купил маленький бюстик Гиппократа и свиток с клятвой на русском языке и автографом автора («Леониду — от Гиппократа»). Среди прочих заболеваний, которые описал древний грек, есть упоминание пациентов, которых отличает *«…ускоренная реакция и меньшая цепкость, потому что душа быстро переходит к следующему впечатлению»*. Гиппократ приписывал это состояние «преобладанию огня над водой» и в качестве лечебного средства предлагал, во-первых, пить побольше воды, есть хлеб из ячменя вместо пшеничного и включить в рацион больше рыбы, а во-вторых, много времени уделять разным видам физической активности.

Немецкий врач Мельхиор Адам Вейкард в XVIII веке предположил, что расстройства эмоций и поведения возникают из-за физиологических причин, а не из-за колдовства и расположения звезд на небе, как тогда принято было считать. Одна из глав в его учебнике называлась «Дефицит внимания». Он описал взрослых и детей, страдающих от недостатка внимания, которые легко отвлекаются на что угодно, включая собственные фантазии. Для таких людей характерны отсутствие настойчивости, гиперактивность и импульсивность. Они нередко бывают неосторожны, небрежны и непредсказуемы. Может, это и было первым описанием СДВГ?

Вейкард предположил, что виной такому поведению — либо отсутствие дисциплины и плохое воспитание, либо нарушение регуляции «мозговых волокон». Он отметил, что невнимательность чаще наблюдается у детей, чем у взрослых, и был прав. А вот насчет того, что женщины более невнимательны, чем мужчины, ошибался.

Предметом пристального изучения врачей данное заболевание стало с начала XX века. В 1902 году в журнале The Lancet появилась расшифровка лекции английского врача Джорджа Стилла, который связывал гиперактивность с наследственностью и родовыми травмами, а не с плохим воспитанием. Стилл полагал, что у гиперактивных детей отмечается снижение «волевого торможения» из-за недостаточного «морального контроля». Кроме того, он первым отметил преобладание данного заболевания среди мальчиков (в соотношении примерно 3:1) и частую сочетаемость гиперактивности с антисоциальным и криминальным поведением, склонностью к депрессии и алкоголизму.

В первой половине XX века после эпидемии энцефалита Экономо[1] начали замечать, что многие дети ведут себя необычно. Это заболевание поражает головной мозг, и ученые стали искать связь между поведением ребенка и состоянием его мозга. С того времени гиперактивность у детей начали прочно связывать с повреждением мозга.

В середине XX века широкое распространение получил термин «гипердинамический синдром». В 1947 году Арнольд А. Штраус выдвинул концепцию минимального повреждения мозга, согласно которой гиперактивность у детей напоминает последствия

[1] Он же летаргический энцефалит — атипичная форма энцефалита, описанная в 1917 году австрийским психиатром и неврологом Константином фон Экономо. Болезнь поражает преимущественно промежуточный и средний мозг, и больные часто становятся безмолвными и обездвиженными.

черепно-мозговой травмы у взрослых. В дальнейшем в англо-американской литературе появился термин «минимальная мозговая дисфункция» (ММД). К числу пациентов с ММД относят детей со средним уровнем интеллекта, с нарушениями в обучении и/или в поведении, которые сочетаются с патологией центральной нервной системы.

В 1968 году в классификации Американской психиатрической ассоциации DSM[1]-II появился термин «гиперкинетическая реакция детского возраста». В 1980 году в классификации DSM–III появились термины «синдром дефицита внимания» и его разновидность — «синдром дефицита внимания с гиперактивностью». В более поздней редакции той же классификации появился нынешний термин «синдром нарушения внимания с гиперактивностью», а также была зафиксирована возможность существования синдрома дефицита без гиперактивности (о нем мы отдельно поговорим в главе «СДВГ у детей. Как проявляется»). В десятом пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-10) данное заболевание рассматривается в рубрике F90 (гиперкинетические расстройства) как «нарушение активности и внимания», а в последнем пересмотре МКБ-11 — в рубрике 6A05.

В нашей стране до конца 1980-х использовались термины «гипердинамический синдром» и «минимальная мозговая дисфункция».

Многих, особенно родителей детей с СДВГ, взволнованных их судьбой, интересует, а есть ли известные личности, которые, несмотря на свой диагноз, добились успеха. Обычно в пример приводят английского государственного деятеля и вождя революции XVII века Оливера Кромвеля, великого композитора

[1] DSM — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, принятая в США номенклатура психических расстройств.

Вольфганга Амадея Моцарта и выдающегося поэта Джорджа Байрона, а также гениального физика Альберта Эйнштейна, но никто из них, как вы понимаете, у врачей по данному поводу не наблюдался. Предположить, что у них был СДВГ, можно лишь по описанию их поведения. Что же касается наших современников, то, если верить СМИ, СДВГ есть у пловца Майкла Фелпса, актера Ченнинга Татума, у астронавта Скотта Келли, а также у многих других знаменитостей.

Я надеюсь, мы убедили вас, дорогие читатели, что это заболевание возникло не вчера? Тогда будем считать, что с первым мифом покончено.

ЧТО В РАЗНОЕ ВРЕМЯ ДУМАЛИ ВРАЧИ О СДВГ

460–370 годы до н. э.

Гиппократ, древнегреческий врач и философ, выделял пациентов с «ускоренной реакцией и меньшей цепкостью, потому что душа быстро переходит к следующему впечатлению», и приписывал это состояние «преобладанию огня над водой».

XVIII век

Мельхиор Адам Вейкард, немецкий врач, полагал, что расстройства эмоций и поведения возникают из-за физиологических причин; описывал детей и взрослых, страдающих от недостатка внимания. Он же предположил, что виной такому поведению является либо отсутствие дисциплины и плохое воспитание, либо нарушение регуляции «мозговых волокон». Заметил, что невнимательность чаще наблюдается у детей, чем у взрослых.

Начало XX века

Джордж Стилл, английский врач, связывал гиперактивность с наследственностью и родовыми травмами, а не с плохим воспитанием. Полагал, что у гиперактивных детей отмечается снижение

«волевого торможения» из-за недостаточного «морального контроля». Первым отметил преобладание данного заболевания среди мальчиков и частую сочетаемость гиперактивности с антисоциальным и криминальным поведением, со склонностью к депрессии и алкоголизму.

1947 год

Арнольд А. Штраус, детский врач из Огайо, выдвинул концепцию минимального повреждения мозга, согласно которой гиперактивность у детей напоминает последствия черепно-мозговой травмы у взрослых.

1968 год

Американская психиатрическая ассоциация DSM–II впервые зафиксировала термин «гиперкинетическая реакция детского возраста», который в 1980 году сменился терминами «синдром дефицита внимания» и его разновидностью — «синдром дефицита внимания с гиперактивностью».

Каждый 10-й? Миф и правда о распространенности СДВГ

СДВГ представляет собой значительную социальную проблему, поскольку встречается у достаточно большого количества детей. Например, в **Европе среди психических заболеваний у детей и подростков СДВГ занимает второе место после тревожных расстройств**. И все же предположение, что почти половина детей страдает СДВГ, опровергается статистикой. Вот что показали масштабные исследования детей школьного возраста, проведенные за последние 25 лет в некоторых странах:

— США — 9,4%;
— Саудовская Аравия — 7,4%;
— Израиль — 9,5%;
— Россия[1] — 7,6%.

Исследования среди школьников Санкт-Петербурга, проведенные Центром поведенческой неврологии Института мозга человека имени Н. П. Бехтеревой Российской академии наук в 2008 году, выявили СДВГ в 6% случаев.

Второй вопрос — растет ли этот процент от поколения к поколению. Если верить отечественной статистике, а также данным, полученным в разное время коллегами из США, **за 20 лет число людей с СДВГ выросло на 4%**. Но дело, как мы уже говорили,

[1] Данные за 1999 год.

скорее всего, в том, что СДВГ стали лучше диагностировать. Это значит, что те самые 4% детей, которые раньше считались просто невоспитанными, теперь узнаю́т о своем диагнозе и, будем надеяться, получают помощь.

В предыдущей главе мы отметили, что СДВГ чаще диагностируют у мальчиков, и вот почему. Во-первых, влияют генетические факторы. Во-вторых, во время беременности мозг плода мужского пола более уязвим к различным воздействиям. В-третьих, строение мозга мальчиков сложнее, и при его поражении возможности для восстановления значительно снижаются. И, наконец, проявляется синдром по-разному: **у мальчиков чаще встречается гиперактивность и импульсивность, которая нередко вытекает в агрессию, тогда как девочки с СДВГ чаще страдают от нарушения внимания.** Если сравнить два этих проявления СДВГ, то агрессивное поведение, конечно, чаще, чем невнимательность, привлекает внимание родителей и учителей и вызывает желание как-то эту проблему решить.

СДВГ не обходит стороной никого и встречается во всех социально-экономических слоях. Правда, чаще различные нарушения отмечаются в менее обеспеченных семьях и в городах с высокой плотностью населения.

Что до взрослых, то сидром дефицита внимания и гиперактивности у них тоже встречается, но значительно реже: по разным исследованиям, процент колеблется от 2,5 до 5%. Приблизительно в половине случаев дети с годами перерастают СДВГ (1).

Кто виноват? Почему возникает СДВГ

Есть такая красивая, но едва ли научная теория, что люди с СДВГ — это потомки древних охотников: активных, быстрых, внезапных, способных действовать в одиночку. А те из нас, у кого СДВГ нет, — потомки земледельцев: спокойных, терпеливых, трудолюбивых. Теория весьма спорная: беспечный и рассеянный охотник не способен часами ждать зверя в засаде, не выдавая себя радостными криками — он скорее сам стал бы добычей. Как в том анекдоте, когда медведь встречает человека в лесу и объясняет ему: «Ты не турист. Ты завтрак туриста».

Тогда в чем же дело?

А дело в том, что СДВГ может быть вызван влиянием нескольких факторов. Прежде всего это **наследственное заболевание**. Исследования показывают, что риск развития СДВГ у детей, у которых есть родственники с этим синдромом, значительно выше, чем у сверстников, — на 31,5 %. Если у одного из близнецов есть СДВГ, то с вероятностью от 75 до 90 % данное расстройство будет обнаружено и у другого. Это подкрепляет мысль о главенстве генетического фактора в развитии СДВГ и позволяет считать его **наиболее частым наследуемым психоневрологическим заболеванием**.

Согласно моим исследованиям, у 20 % гиперактивных детей есть ближайшие родственники с СДВГ. Интересно, что у 15 % из них СДВГ диагностирован у членов семьи по мужской линии, в то время как по женской — только у 2 %, а по обеим — у 3 %.

Если мы попросим родителей детей с СДВГ рассказать о своем детстве, то выяснится, что у 29 % мам и почти у 50 % отцов отмечались такие же симптомы и трудности в обучении (2). В ходе таких бесед родители приписывают признаки СДВГ не только себе, но и ближайшим родственникам, — однако здесь, конечно, есть риск субъективной оценки.

Ученые-генетики пытались определить, какие гены несут ответственность за возникновение СДВГ, и оказалось, что это **гены, влияющие на дофаминовый обмен** (DAT1, D 4).

Дофамин — это своего рода «посыльный» наших нервных клеток. Молекулы дофамина передают «сообщения» от одной клетки к другой, предупреждая, что скоро нас ждет что-то очень приятное.

Скажем, вы увидели аппетитный торт или друзья выложили фотографии своего отпуска в стране, которую вы давно мечтали посетить. Вам очень нравится то, что вы видите, и тут на сцену выходит дофамин: он мотивирует вас действовать, идти вперед к цели.

Но это еще не все: когда мы достигаем цели, дофамин меняет наше настроение. Мозг как бы говорит нам: «Ура, мы это сделали! Мы такие молодцы!» Именно дофамин помогает усилить это приятное ощущение. А вот дефицит дофамина приводит к снижению удовольствия, получаемого от обычных радостей. Но об этом мы поговорим позже, в главе о проявлениях СДВГ у подростков и взрослых.

Кстати, когда вы влюблены, уровень дофамина тоже растет, и эйфория от общения с любимым человеком связана именно с выбросом в кровь этого вещества.

Но в контексте нашей темы главное — то, что дофамин серьезно влияет на внимание, память, мышление и способность к обучению. Таким образом, возникновение и развитие СДВГ может быть связано именно со спецификой работы дофамина в организме.

Однако не стоит делать акцент на каком-то одном гене, поскольку **СДВГ — полигенное заболевание: играет роль не один ген, а их комбинации**. Поэтому и проявления этого синдрома могут быть разными, от легких до тяжелых, и могут сопровождаться другими расстройствами.

Когда я говорю пациентам с СДВГ, что это наследственное заболевание, часто слышу в ответ трагический вопрос: «Может быть, мне тогда не стоит заводить детей?»

Но **СДВГ — не приговор!** Это заболевание не смертельно и не приводит к инвалидности. С таким диагнозом ваш ребенок сможет жить полноценной жизнью. Более того: при правильном комплексном лечении СДВГ пациенты получают образование, делают карьеру, создают семьи.

Следующий по значимости фактор, влияющий на развитие СДВГ, — это **внутриутробная гипоксия плода**, то есть кислородное голодание во время беременности или родов. В группе риска также младенцы, родившееся раньше срока и с малым весом. Кроме того, у детей, родившихся с низкими показателями по шкале Апгар[1], в возрасте 7–13 лет чаще обнаруживают неврологические проблемы (включая СДВГ) и трудности в обучении (3).

Курение, употребление алкоголя и наркотиков во время беременности также может способствовать развитию у ребенка СДВГ. Никотин сужает сосуды, лишая плод достаточного количества кислорода и питательных веществ, и чрезвычайно вреден для нервных клеток.

Ранее ученые говорили о возможной связи между СДВГ и содержанием свинца в окружающей среде. Однако, как показали исследования, уровень свинца в крови у детей с СДВГ и без него не различается.

[1] Специальная шкала для оценки здоровья новорожденного в конце первой и пятой минуты жизни.

Также мнения разделились по вопросу о влиянии на развитие заболевания несбалансированного питания, включающего в себя большое количество легко перевариваемых углеводов, — в частности, ученые рассматривали такие продукты, как виноград, апельсины, помидоры, кукурузу, редис, а также белый рафинированный сахар. Однако до сих пор нет уверенности в том, как именно сахар, искусственные подсластители и пищевые добавки могут влиять на развитие СДВГ.

Важно поговорить и о том, как материнская тревога во время беременности может повлиять на развитие малыша. По результатам многочисленных исследований родилась так называемая «гипотеза фетального программирования». Она заключается в том, что **негативные факторы, воздействующие на определенные стадии беременности, могут вызывать длительные изменения в организме ребенка**. Так, выраженная тревожность у будущей мамы на сроке 12–22 недели может спровоцировать развитие СДВГ. При этом нельзя также исключить прямое повреждающее воздействие гормонов стресса на мозг плода, которое нарушает его нормальное развитие.

Если ребенок с СДВГ растет в неблагоприятной обстановке, его болезнь может обостриться, хотя сами по себе внешние факторы не являются причиной расстройства. Так, **если ребенок генетически предрасположен к СДВГ, то семейные конфликты могут усугубить болезнь**. При этом родители таких детей могут и сами страдать СДВГ, из-за чего им сложно наладить взаимодействие с ребенком.

На возникновение СДВГ также влияют следующие психологические и социальные факторы:

- неподготовленность родителей к семейной жизни;
- напряженность и частые конфликты в семье;
- предубежденность и нетерпимость в отношении к детям.

К тому же проявления болезни усиливают:

- низкий уровень достатка в семье;
- стесненные условия проживания;
- злоупотребление алкоголем кем-то из членов семьи;
- физические наказания.

Ну и напоследок обсудим предположение, что телевизор и гаджеты также провоцирует развитие СДВГ. Исследования показали, что у детей, которые в возрасте от 1 до 3 лет много времени проводили у телевизора, в более позднем возрасте чаще, чем у остальных, проявлялись признаки невнимательности (4).

А у учащихся старших классов, которые буквально не выпускали телефоны из рук, в течение последующих двух лет наблюдения проявления СДВГ были зарегистрированы на 10% чаще (5).

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:

Когда я родился, в СССР еще никто, конечно, знать не знал о таком диагнозе, как СДВГ. Странное поведение ребенка в те времена списывали на его «распущенность»: мол, «мало ремня дают родители». И уж, конечно, никто не пытался разобраться в истинных причинах его поведения.

В моем случае дело было как раз в том, о чем рассказывает мой коллега Леонид Семенович. Я родился с асфиксией: мамина пуповина обвилась у меня вокруг горла, и больше суток меня откачивали в родильном доме. По словам очевидцев, я был весь синий и не дышал. Сегодня, когда СДВГ уже известен во всем мире, асфиксию называют в числе его причин. Давайте еще раз простым языком объясню, что это такое. Асфиксия – это кислородное голодание организма. Из-за того, что мозг не получает достаточного количества кислорода,



В СССР никто не знал о таком диагнозе, как СДВГ. Про детей, как я, говорили: «распущенный» и «мало ремня получал».

нарушаются нейронные связи. Из такого рода нарушений и состоит болезнь.

Кроме этого, мой СДВГ, скорее всего, носит наследственный характер. Взять, к примеру, маму: она, хоть и полноценно работала, все всегда откладывала на потом, тянула до последнего. Например, если на подготовку отчета ей на работе давали месяц, то садилась она за него в лучшем случае за пару дней до сдачи, а то и вообще накануне. Это может быть одним из проявлений СДВГ.

Отец при этом был совершенно другим: предельно спокойным, четким, все доводил до конца. А моя дочь, хоть и гораздо более усидчивая, чем я, вскакивает и начинает ходить, как только ей становится скучно. Например, если в гостях за столом идет увлекательный разговор, она сидит вместе со всеми. Но как только ей перестает быть интересно – встает и начинает разгуливать по комнате. То же самое через 5–7 минут ожидания в банке или в другом учреждении, где приходится стоять в очереди. Я предполагаю, что у нее тоже может быть СДВГ, просто в легкой форме.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СДВГ

1. **Наследственность.** Риск развития СДВГ у детей, у которых есть родственники с этим синдромом, значительно выше, чем у сверстников, — на 31,5 %. За возникновение СДВГ несет ответственность целая комбинация генов.

2. **Внутриутробная гипоксия плода:** кислородное голодание во время беременности или родов. В группе риска также младенцы, родившееся раньше срока, с малым весом или с низкими показателями по шкале Апгар.

3. **Курение, употребление матерью алкоголя и наркотиков во время беременности.**

4. **Материнская тревога во время беременности.** Особенно на сроке 12–22 недели.

5. Ребенок **злоупотребляет гаджетами и просмотром телевизора.**

Беспокойный мозг

Давайте представим, что мозг — это компьютер. Нейропсихолог Александр Романович Лурия выделял три функциональных блока мозга:

— *1-й блок* регулирует активацию мозга — как процессор в компьютере. Структуры этого блока поддерживают баланс процессов возбуждения и торможения в нервной системе.

— *2-й блок* отвечает за прием, переработку и хранение информации — это своего рода диск D.

— *3-й блок* регулирует психическую деятельность, поведение человека. Его можно сравнить с диском C — местом, где хранятся программы.

Исследования показали: **у детей с СДВГ объем головного мозга примерно на 5 % меньше, чем у их здоровых сверстников** (6). Но сразу отметим: **с уровнем интеллекта это никак не связано**.

Вы спро́сите: какие части мозга меньше у детей с СДВГ? Прежде всего это лобные доли, а точнее, их передние части — префронтальная кора. **У человека с СДВГ активность лобных областей мозга меньше, чем у здоровых людей.**

Созревание головного мозга у детей с СДВГ отстает на 2–3 года, и особенно это касается все тех же лобных областей. К концу подросткового возраста объем мозга у людей с СДВГ становится таким же, как у здоровых сверстников, но его функционирование может быть недостаточным (7).

Мы уже сказали, что детей с СДВГ отличает меньшая, чем у сверстников, префронтальная кора. Это третий блок мозга, его

«диск С». Она контролирует наши импульсы, управляет вниманием, усиливает мотивацию. Эта область «решает», что для нас нужно или необходимо, а что вредно или бесполезно. Префронтальная кора позволяет нам планировать и предвидеть, а еще она фильтрует сигналы, которые поступают из нижних отделов мозга.

Социальный психолог Рой Баумейстер описал эксперимент, в ходе которого обезьян кормили один раз в день, позволяли во время кормежки брать сколько угодно еды, но они так и не научились сохранять пищу впрок. Наедаясь досыта, подопытные переставали обращать внимания на остатки трапезы или просто играли с едой. По утрам обезьяны голодали, но им даже в голову не приходило отложить часть сытного обеда, чтобы вечером или утром съесть припасы.

В отличие от обезьян, человек может планировать — именно благодаря префронтальной коре. Однако людям, получившим серьезную травму или инсульт в этой области, свойственно так называемое «лобное поведение». Они расторможенны, неаккуратны, агрессивны; плохо контролируют свои импульсы, а поэтому гиперсексуальны[1]. Помните эпизоды из фильмов, когда в реанимации старичок, оплетенный проводами и катетерами, вдруг щиплет медсестру за аппетитно выступающие части тела? Окружающие улыбаются: «А он-то еще о-го-го!» На самом деле смешного тут мало. У пациента повреждена префронтальная кора, и в данный момент его мозг требует быстрого удовольствия. Лобные доли особенно тесно связаны с подкорковыми ядрами, которые во многом контролируют двигательную активность.

Почему же при слабой работе мозговых структур возникает гиперактивность? Представим дорожную развязку, на которой нет регулировщика. Водители не знают, что делать: кто-то несется вперед, кто-то, наоборот, останавливается. В результате — пробки

[1] Испытывают повышенное половое влечение и часто не сдерживают свои порывы.

и аварии. А еще — множество невыносимо громких автомобильных гудков. **В головном мозге роль такого регулировщика исполняет как раз префронтальная кора. И если она не справляется со своими задачами, то мозг превращается в забитый перекресток, переполненный множеством чувств, желаний, импульсов и мыслей, и в результате человек не может сосредоточиться.**

Среди пациентов и некоторых врачей бытует мнение, что СДВГ возникает из-за травмы шейного отдела позвоночника при родах. Но, как видите, он здесь ни при чем.

Без руля и тормозов

Нейропсихолог Рассел А. Баркли приводит следующую метафору: *«Ребенок с СДВГ — это как прекрасная машина, но без руля и тормозов».* Проблемы с контролем поведения у таких детей во многом связаны с нарушением управляющих функций мозга. Эти функции можно также сравнить с дирижером, который управляет оркестром. Представьте себе, как зазвучит оркестр без дирижера!

Управляющие функции делятся на четыре типа:

1) когнитивные функции — отвечают за контроль, планирование, целенаправленность действий;
2) поведенческая саморегуляция — связана с эмоциональным подкреплением;
3) активация — обеспечивает инициативу;
4) метакогнитивные процессы — это знания человека о своих познавательных способностях и их контроле.

Важная составляющая управляющих функций — контроль импульсов. Автор этого понятия профессор психологии Мэри Ротбарт описывала его как *«способность тормозить доминирующую*

реакцию и/или активировать субдоминирующую, планировать и находить ошибки».

Как это работает? Представьте, что в жаркий день вам хочется съесть эскимо. Вы купили его, раскрыли упаковку и — сработала доминирующая реакция — хотите откусить большой кусок. Но поняли, что может заболеть горло, и затормозили эту реакцию: пускай мороженое немного подтает. Субдоминирующая реакция в данном случае — это положить мороженое на блюдце и дать ему немного подтаять. Это и есть контроль импульсов. Он не только позволяет тормозить или активировать внимание и поведение, но также помогает сосредотачиваться, запоминать правила и следовать им, строить долговременные планы.

А еще управляющие функции могут быть «холодными» и «горячими». «Холодные» помогают контролировать когнитивные процессы (например, куда направить внимание), а «горячие» важны для контроля эмоций.

По мнению уже упомянутого нами нейропсихолога Рассела А. Баркли, **при СДВГ нарушаются три управляющие функции: тормозной контроль, рабочая память и когнитивная гибкость.** Для чего нужна каждая из них? Тормозной контроль влияет на самообладание; рабочая память определяет последовательность решения конкретной задачи, а когнитивная гибкость позволяет приспособиться к меняющимся условиям и требованиям и признать свои ошибки.

Но в первую очередь у людей с СДВГ нарушено звено торможения — подавления нежелательных реакций (8). Таким образом, **в основе СДВГ лежат прежде всего проблемы с волей**.

А теперь, дорогие читатели, потерпите небольшой урок философии. Еще Аристотель называл действия и поступки, которые человек сам решил осуществить, *произвольными*. Согласно Декарту, воля может затормозить движения, обусловленные

желанием и страстью. Он связывал волю с нравственностью человека: воля помогает нам следовать определенным правилам, исходя из представлений о добре и зле. Например, мужчина видит красивую девушку и хочет немедленно ее поцеловать, но воля останавливает его.

Развитие воли у ребенка начинается, когда он осваивает навык управления своими движениями: без этого совершать волевые действия невозможно. Воля ребенка на начальных стадиях развития — это совокупность его желаний; каждое желание — сиюминутный порыв. Лишь со временем ребенок становится способным действовать не только под влиянием эмоций. В результате воспитания у него складываются некоторые правила поведения; тому, что хочется, начинает противопоставляться то, что требуется.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:

Расскажу вам одну историю о взаимосвязи между СДВГ и волей. За годы работы в школе (о том, как я дошел до жизни такой, вы узнаете из следующих глав) мне не раз попадались дети с СДВГ, но это я, конечно, уже сейчас понимаю, когда знаю этот диагноз и его проявления. Приведу вам наиболее яркий пример.

Дело было в начальной школе, и звали ученика, допустим, Гриша. Было Грише лет восемь, и сидел он у меня за первой партой, потому что имел свойство засыпать минут через двадцать после начала урока, причем любого. То есть утром он приходил в школу бодрый, улыбался, играл с одноклассниками, но стоило начаться занятиям, как Гриша практически сразу засыпал.

Мне тогда было 24 года, я был еще зеленый и решал проблему так: просто садился на Гришину парту, чтобы бедному ребенку некуда было опустить голову, и вел урок оттуда. Но и это не помогало: спустя несколько

минут Гриша вырубался прямо на стуле, сваливался на пол и спал там.

В какой-то момент я не выдержал и вызвал в школу Гришину маму. Та была в шоке: по ее словам, дома сын по пять часов кряду мог рассматривать исторические карты и географические атласы (семья, надо сказать, была интеллигентная и образованная). Буквально поесть забывал, а тут не мог высидеть какие-то 45 минут.

Я ничего не понимал: получается, Гришу нельзя было считать просто неусидчивым ребенком, непоседой. Или гиперактивным ребенком с повышенным внутричерепным давлением – была в те времена такая теория, позднее полностью опровергнутая, что такие дети гиперактивны и подвижны. Непоседы в принципе не могут долго на чем-то концентрироваться и часами книжки читать, а Гриша мог. Мне тогда, конечно, в голову не приходило, что **весь секрет – в наличии или отсутствии волевых усилий в той или иной деятельности.**

Это сейчас я прекрасно понимаю, что урок требовал от Гриши волевых усилий, а для ребенка с СДВГ это очень тяжелая задача. А вот историю и географию он, судя по всему, любил, и разглядывание карт доставляло ему удовольствие, поэтому за этим занятием он мог провести несколько часов. Так сказать, из любви к искусству. А вот в любой ситуации преодоления он тут же «соскакивал».

За Гришу, кстати, можете не волноваться: он сделал блестящую карьеру и вполне успешен. Но вообще такие ребята, как он, попадались практически в каждом классе. С детьми я отработал около десяти лет, а в обычной средней школе среднее количество учеников – 1300. Вот и посчитайте, сколько среди них таких «Гриш». Кто-то по классу во время урока ходит, кто-то

постоянно перебивает или вообще не дает учителю слово сказать.

Еще один яркий пример – живые и умные двоечники. То есть бывает, что у ребенка в целом снижены когнитивные способности, учителя на это скидку не делают и лепят ему двойки – это одно. А вот остроумный балагур с двойками в дневнике – такой ребенок запросто может оказаться с диагнозом СДВГ.

Что до меня, то все, что не требовало волевых усилий, давалось мне очень легко. Поэтому я в семь лет спокойно мог прочитать за день 40 страниц каких-нибудь русских народных сказок, а осилить условие задачи для первого класса не мог. При этом в той же литературе я был довольно избирателен и не читал ключевые романы школьной программы типа «Война и мир» или «Анна Каренина» – просто потому, что мне это было неинтересно. Зато «Братьев Карамазовых» перечитывал четыре раза. И поди это учителям объясни.

Тут мы подходим к важному моменту, который я хотел бы донести до родителей. Многие считают, что их ребенок с СДВГ какой-то абсолютно бестолковый. На деле же все часто совсем наоборот. **У таких детей очень острая и быстрая реакция мозга, и если их энергию направить в нужное русло, если их чем-то по-настоящему увлечь, то они будут просиживать за этим занятием часы напролет и добиваться хороших результатов. А вот если такому ребенку что-то неинтересно, то да, «пробиться» к нему действительно практически невозможно.**

Так что, если хотите, чтобы ваш ребенок что-то сделал, придется придумать, как превратить «обязаловку» в то, о чем он даже мечтать не мог. Помните, как Том Сойер убедил соседских детей красить вместо него забор? Вот и вам нужно проявить похожую

изобретательность. Скучное учебное задание ребенку с СДВГ выполнять неинтересно, особенно если «надо», – то ли дело, если «решить эту задачу может лишь один из ста детей». Такой вызов он скорее всего охотно примет. Попробуйте.

Необходимо отметить, что **детям и взрослым с СДВГ сложно контролировать не только свое поведение, но и эмоции**, то есть у них нарушена эмоциональная регуляция.

В процессе регуляции эмоций происходит настройка наших эмоциональных реакций: усиление, ослабление, поддержание на текущем уровне. Эти процессы могут проходить как автоматически, неосознанно, так и сознательно: например, мы прилагаем усилия, чтобы совладать с волнением или гневом.

Сладкая «пытка»

В 1970 году психолог Уолтер Мишель из Стэнфордского университета провел сладкий эксперимент — «зефирный тест». Перед детьми трех-пяти лет ставили поднос с зефиром, и экспериментатор говорил: «Если хочешь, можешь съесть одну зефирку. Но мне нужно отлучиться, и если ты потерпишь до моего возвращения, то получишь сразу две зефирки вместо одной». При этом в комнате не было никаких отвлекающих факторов — ни игрушек, ни книг, ни даже картин. Очень тяжелые условия для проверки силы воли и самоконтроля, особенно когда тебе пять!

Испытание длилось 15 минут. Около трети детей сразу же съели по зефирке, еще одна треть сдались минут через 5–7, но около трети выдержали тяжелое испытание и получили обещанное.

Однако самое интересное было впереди. Мишель с коллегами на протяжении многих лет осведомлялись о жизни испытуемых. В более поздних исследованиях ученые обнаружили, что у детей, которые были в состоянии дождаться обещанной награды, как

правило, жизнь складывалась более благополучно. Они лучше развивались умственно и физически, были более организованными. Эти дети лучше сдали школьные экзамены, не проявляли асоциального поведения, у них не было проблем с наркотиками и алкоголем. Таким образом ученые доказали, **что благодаря способности отложить немедленное удовольствие у нас формируется сила воли и способность к регуляции поведения.**

В 2011 году выросших участников «зефирного теста» пригласили пройти томографическое исследование, которое показало: **у тех, кто смог когда-то дождаться второй зефирки, была более высокая активность префронтальной коры — структуры, контролирующей поведение.**

Что это означает на практике? То, что, если у ребенка хорошо развита регуляция поведения, то он скорее всего будет успешнее учиться (9), лучше вписываться в общество и, вероятно, достигнет бóльших успехов, когда вырастет (10).

В 2012 году ученые из Рочерстерского университета провели усложненный «зефирный эксперимент». Они предварительно разделили детей на две группы. Испытуемым в первой группе сделали приятные подарки, а затем попросили немного подождать, пообещав подарить еще несколько подарков, но обещания своего не выполнили. А вот во второй группе дети действительно получили обещанное дополнительное вознаграждение.

Как и следовало ожидать, предварительная часть повлияла на результаты последующего зефирного эксперимента. Дети из первой группы гораздо чаще выбирали съесть зефир сразу, а дети из второй, как правило, дожидались второй порции сладостей. И это вполне понятно: у испытуемых из первой группы уже был негативный опыт, они знали, что доверять ученым не стоит, тогда как детей из второй группы исследователи не подводили.

На этом история не закончилась. В 2018 году психолог Тайлер Уоттс из Университета Нью-Йорка и его коллеги опровергли результаты самого первого «зефирного эксперимента», проведенного в Стэнфорде. Оказалось, что все испытуемые ходили в один детский сад и принадлежали к одной социальной группе: их родители, преподаватели университета, были людьми образованными и достаточно обеспеченными. У детей были все основания надеяться, что взрослые их не обманут, а дома их в любом случае ждал бы десерт. Уоттс повторил эксперимент, но выбрал для него детей из семей с разным доходом, уровнем образования и социальным статусом родителей. Новый эксперимент дал очень интересные результаты. Дети из обеспеченных семей чаще откладывали удовольствие, тогда как малыши из семей с небольшим доходом съедали зефирку сразу, ведь если не съесть сладкое сейчас, потом его может и не быть.

Таким образом, на выбор детей в большей степени влияли жизненные обстоятельства. Ребенку из обеспеченной семьи легче отложить вознаграждение: его опыт показывает, что он в любом случае получит еще. Во взрослой жизни ему будет легче принимать ответственные и рискованные решения: например, открывать собственный бизнес. А вот люди не слишком обеспеченные не надеются на лучшее будущее, поэтому живут одним днем, стремятся к стабильности и боятся рисковать.

Как вы уже, наверное, догадались, **дети с СДВГ не могут отложить удовольствие и съедают зефирку в первую же минуту**. Из-за низкой способности к самоконтролю они предпочитают меньшее, но немедленное вознаграждение большему, но отсроченному (11). О том, к чему все это приводит, мы расскажем дальше.

Фокус на внимание

«Если я когда и делал значимые открытия, то обязан был больше своему терпеливому вниманию, чем любому другому таланту», — писал Исаак Ньютон. Внимание и его роль в регуляции поведения — одна из важнейших тем, занимающих психологов, психиатров и специалистов из смежных сфер.

СДВГ, как и следует из названия, прежде всего проявляется в нарушении внимания, а **именно внимание помогает нам собирать и обрабатывать информацию**. И его роль становится особенно значимой, когда ребенок начинает ходить в школу.

Философ и психолог Уильям Джеймс описывал внимание так: *«Избирательная направленность восприятия на тот или иной объект. Это когда разум охватывает в ясной и отчетливой форме нечто, в чем видится одновременно несколько возможных объектов или ходов мысли. Сосредоточение, концентрация сознания — вот его суть. Оно означает отвлечение от одних вещей ради того, чтобы эффективно работать с другими».*

Физиолог Иван Петрович Павлов говорил о внимании как об *очаге оптимального возбуждения*, движущегося по коре головного мозга наподобие «перемещающегося светового пятна».

Британский психолог Дональд Бродбент после исследования работы авиадиспетчеров выяснил: чтобы справиться с потоком поступающей информации, люди избирательно направляют

внимание только на некоторые признаки и «отстраняются» от остальных.

Один из моих учителей, физиолог Юрий Дмитриевич Кропотов, описывает внимание как *«увеличение громкости»*. На физиологическом уровне оно усиливает важную информацию и подавляет несущественную. Таким образом информация обрабатывается тщательнее.

Обратившись к словарям, можно выяснить, что внимание связано, с одной стороны, с особо чутким восприятием, подвластным нашей воле, а с другой — с организацией нашей деятельности. В современном русском языке слово «внимание» используется и в других значениях. Это и особое напряжение при работе, которое не позволяет отвлечься ни на минуту, и способность подметить что-то незаметное для остальных, и уважительное отношение к другому человеку (12).

На латыни «внимание» — *attendentes*. Латинское *tendo* означает «тянуть», «натягивать». У этого слова есть и другое значение — «стремиться», «добиваться». Таким образом, за вниманием стоит напряжение, усилие, связанное с достижением некоторой цели. Как вы поймете дальше, с усилиями у детей с СДВГ есть определенные сложности.

Из чего состоит внимание?

Согласно советскому психологу и неврологу Александру Романовичу Лурии, внимание обеспечивает избирательность и направленность психических процессов. То есть внимание направляет всю нашу деятельность на какой-либо объект.

Поддерживаемое (непрерывное) внимание — это способность поддерживать сосредоточенность в течение длительного времени.

Избирательное внимание — это умение сосредотачиваться на необходимых стимулах, не отвлекаясь на посторонние.

Кроме этого, важно упомянуть ***объем внимания*** (возможность контроля над несколькими объектами) и ***способность к переключению***.

Американский нейропсихолог Майкл Познер разделял внимание на три компонента.

1. Бдительность: непрерывное внимание.
2. Ориентировка: направление внимания на важные объекты.
3. Исполнительный контроль: распределение внимания между несколькими объектами.

Два первых компонента работают преимущественно автоматически, а третий используется произвольно. Предположим, вы ведете машину по пустой и знакомой дороге. Несмотря на то, что в такой ситуации это кажется легким занятием, вы все равно поддерживаете необходимый базовый уровень непрерывного внимания за тем, что происходит на дороге. Вдруг сзади раздается громкий и резкий сигнал: вас хочет обогнать «Скорая» или полиция. Вы автоматически *перенаправляете* внимание на источник звука. А впереди — левый поворот, трамвайная линия, да еще и телефон звонит.

Ваша задача в такой ситуации — волевым сознательным решением *перераспределить* внимание между встречным автомобилем, трамваем и «скорой». И делаете вы это не автоматически: исходя из дорожной ситуации, вы сознательно переключаете внимание, просчитывая, успеете ли повернуть или лучше подождать. Это самый высокий уровень внимания. А теперь представьте школьника, который, несмотря на отвлекающего его болтовней соседа по парте, должен внимательно слушать учителя…

Майкл Познер сравнивал внимание с лучом прожектора, который переключается с одного объекта на другой, освещая их

с определенной интенсивностью. А у детей с СДВГ у этого прожектора не хватает батареек, лучик слабенький, да еще и мечется хаотично между разными объектами.

Внимание и поведение

Внимание влияет не только на то, как мы познаем мир, воспринимаем и усваиваем информацию, но и на то, как себя ведем. В 1994 году профессор психологии Мэри Ротбарт и ее коллеги предположили, что дети с большей способностью к контролю внимания лучше контролируют эмоции и поведение. Позже это удалось подтвердить экспериментами (13).

Расстройство внимания — отнюдь не редкость, и чаще всего родители обращаются к детскому неврологу как раз из-за этого. Поэтому мы создали типологию расстройств внимания у детей. Для начала разберем варианты развития внимания: нормальный, пограничный и патологический.

1. Нормальный тип развития внимания

1.1. Дети без нарушений внимания. Их внимание и поведение не нарушены, лечение и коррекция не требуются.

1.2. Дети с особенностями темперамента. Такие дети чрезмерно активны, но их внимание серьезно не нарушено, а гиперактивность обычно не препятствует учебе и общению со сверстниками.

1.3. Дети с нарушениями внимания на фоне конкурирующей мотивации. Интеллектуально одаренный ребенок не получает достаточной стимуляции, поскольку может быть занят другими, более интересными и важными мыслями или делами. Например, хорошо подготовленный родителями первоклассник уже бегло читает, а его заставляют учить буквы. Ему просто скучно

на уроке, и его внимание неизбежно переключается на что-то более интересное.

1.4. Дети с нарушениями внимания на фоне избыточной стимуляции. Слишком большое количество информации и неправильно организованный учебный процесс могут вызвать у ребенка ситуационную гиперактивность. То есть школьник не может справиться с обрушившимся на него потоком информации, и его мозг отвечает возбуждением. В таких случаях отвлекается он только на некоторых уроках — или у некоторых учителей (14).

2. Пограничный тип

2.1. Медлительные дети (низкий когнитивный темп). Активность таких детей снижена, они погружены в свои мысли и фантазии, днем их может клонить в сон. Так бывает и со здоровыми детьми в периоды избыточных нагрузок, и при некоторых патологических состояниях (астенических расстройствах, синдроме дефицита внимания без гиперактивности — речь об этом пойдет в следующей главе). Учиться таким детям непросто: они быстро устают, медленнее читают и пишут, им трудно вникать в задания.

2.2. Дети со сверхфокусированным вниманием. Таким детям трудно переключать внимание и на чем-то концентрироваться. Они сложнее адаптируются к новым требованиям и ситуациям, и это влечет за собой «застревание» на одних и тех же мыслях, медлительность, избегание контактов. Такой ребенок ведет себя в обществе иначе, чем здоровые сверстники. Дети со сверхфокусированным вниманием более склонны к тревожным и аффективным расстройствам (например, к депрессии), чем к поведенческим и асоциальным.

2.3. Первичные трудности обучения. В таких случаях ребенок не в состоянии справиться со сложными для него когнитивными задачами, однако в дошкольном возрасте у него не наблюдается проблем с вниманием.

3. Патологический тип

3.1. Дети с первичными нарушениями внимания. У таких детей нет выраженных нарушений развития, за исключением нарушений внимания: родители в первую очередь жалуются на то, что ребенок невнимательный и часто отвлекается. О клинических проявлениях СДВГ и его отличиях от других заболеваний, связанных с расстройствами внимания, мы расскажем ниже.

3.2. Дети со вторичными расстройствами внимания. У них расстройства внимания возникают на фоне других, более выраженных психоневрологических расстройств. В эту группу можно отнести детей с различными типами задержки психического развития и умственной отсталости, расстройствами аутистического спектра.

СДВГ у детей. Как проявляется

Как мы уже говорили, люди с СДВГ (в нашем случае — дети) отличаются невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью. Рассел А. Баркли описал «Правило 30 %»: **«Внимание, усидчивость и самоконтроль развиты у детей с СДВГ в той же степени, что и у детей, которые младше их на 30 %».** То есть 9-летний ребенок с СДВГ обладает уровнем внимания и самоконтроля, как у 6-летнего.

В чем и как проявляется его СДВГ?

1. Невнимательность: повышенная отвлекаемость, снижение концентрации внимания.

У детей с СДВГ отмечается недостаток непрерывного (поддерживаемого) внимания, поэтому они не могут долго выполнять скучное задание. При этом чем-то для них интересным они могут заниматься часами: смотреть мультфильмы, играть в приставку.

Но это только часть проблемы: из-за дефицита избирательного внимания такие дети часто отвлекаются на посторонние стимулы, особенно на яркие и интересные. Так, выезжающая из двора машина заставляет посмотреть в окно и надолго отвлечься от домашнего задания. Еще детям с СДВГ бывает сложно переключать внимание между объектами или видами деятельности: например, во время урока переключиться с чтения на письмо.

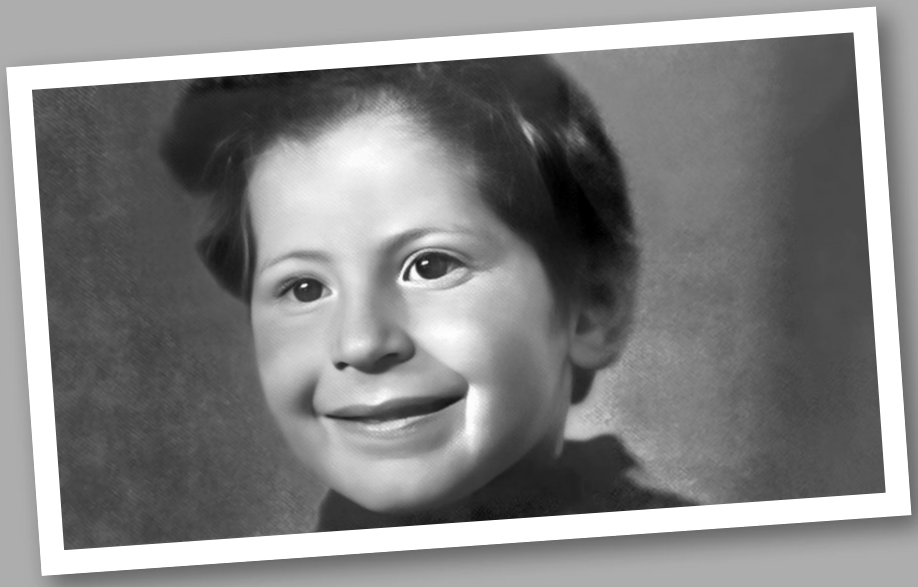
2. Гиперактивность: повышенная двигательная активность (эта особенность может также проявляться в виде чрезмерной разговорчивости). Родители и учителя жалуются, что такой ребенок буквально не сидит на месте, а когда, например, заходит в кабинет врача, то кажется, что он обязательно что-то ненароком сломает. В отличие от простой энергичности *активность у детей с СДВГ бесцельная*. Как говорил Портос, «дерусь просто потому, что я дерусь».

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ: Отличие от сверстников, фотоаппарат и могила Льва Толстого

В чем проявлялся мой СДВГ в раннем возрасте, когда я еще не учился, книжек не читал и в школу не ходил? В том, что я был не просто активным, а гиперактивным. По словам родственников, в раннем детстве я, например, расшатывал манеж так, что бортики падали, и уползал в неизвестном направлении – ходить я тогда еще не умел. Сидеть на одном месте я в принципе не мог, приходилось меня все время контролировать. И один оставаться не любил тоже – впрочем, как и многие маленькие дети: они тоже требуют внимания взрослого, даже не будучи гиперактивными.

Свое раннее детство я помню смутно – разве что постоянное чувство дискомфорта: мне сложно было жить так, как в те времена жили остальные советские дети. Во столько-то встать, быстро одеться, позавтракать, дойти с родителями до детского сада, погулять, раздеться, поиграть, лечь спать и так далее – все это было не про меня, **я все время куда-то рвался, тянулся и бежал.** Неусидчивым был абсолютно.

При этом, кстати, я довольно рано научился читать и очень это дело любил. И в школу в свои семь лет



Остановиться и перестать «испытывать» терпение родителей я не мог. Это вообще не вопрос выбора: дети с СДВГ не в силах контролировать свое импульсное поведение.

пришел уже подготовленный, хотя многие мои одноклассники в первом классе только учились читать по слогам.

Сам про себя я тогда думал ровно то, что мне внушали окружающие: что я ленивый, «делать ни черта не хочу», «распущенный», не слышу никого, кроме себя, «тысяча слов в минуту», не могу нормально сидеть и выполнять элементарные действия – прочитать параграф, понять условие задачи. При этом окружающим было ясно, что у меня достаточно живой и быстрый ум, и это всех отдельно раздражало – что я не могу делать то, что другим дается легко. В семье понимали, что я не очень адекватный, а такой – с особенностями. Но что со мной таким делать, не знал никто.

И при этом остановиться и перестать «испытывать терпение родителей» я не мог. **Это вообще не вопрос выбора: невозможно регулировать и контролировать свое импульсивное поведение.**

Незнакомым людям я тоже часто порядком действовал на нервы. Поехали мы как-то с мамой в Ясную Поляну – в усадьбу Льва Толстого. Мне тогда было лет десять. И был у меня с собой фотоаппарат «Смена», в котором, в отличие от нынешних камер, была пленка. А пленка, как известно, состоит из ограниченного числа кадров – в основном из 36.

И вот я фотографировал, фотографировал, и пленка довольно быстро закончилась – чуть ли не по дороге, в автобусе. А желание фотографировать осталось. И отсутствие пленки меня не остановило: я еще часа два делал вид, что снимаю. Щелкал пустой камерой и всех раздражал – и мама, и вся экскурсионная группа понимали, что столько пленки в одном фотоаппарате быть не может чисто физически.

Зачем я это делал? Да просто скучно было. А так хотя бы можно было делать вид, что я фотографирую. Мама, кстати, не стала меня за это ругать и в принципе дергать. При этом я не был из тех детей, которые в целом по жизни ведут себя странно: например, едят несуществующую еду из несуществующих тарелок. Часто я вел себя адекватно, но тут вдруг почему-то два часа щелкал пустым фотоаппаратом на могиле Льва Николаевича.

Со временем стали всплывать и другие «побочки» СДВГ. Например, **рука об руку с этим диагнозом идет серьезная склонность к зависимостям.** Поэтому первую свою сигарету я выкурил в семь лет – спасибо родному брату, которому тогда было 12. А уже в свои 12 в пионерском лагере в Поречье Звенигородского района я курил по пачке в день. Во что это в итоге вылилось, расскажу дальше.

3. Импульсивность: невозможность контроля над своими порывами. Она может быть когнитивной (поспешное мышление) и поведенческой (трудности при подавлении реакций) (15).

Дети с СДВГ крайне нетерпеливы. Им кажется, что все их пожелания должны осуществляться немедленно. Они не могут дождаться своей очереди при игре, на занятиях выкрикивают ответы с места, перебивают одноклассников или учителя (16). Импульсивность часто сочетается с агрессивностью и нарочитым непослушанием.

Как пишет Рассел А. Баркли: «*Проблема детей с СДВГ не в том, что они не знают, как правильно себя вести, а в том, что они просто не могут вести себя так*».

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:

Мои импульсивность и неспособность контролировать собственные эмоции выражались вот в чем. Если нам

с братом дарили подарки, которые хотя бы чуть-чуть отличались друг от друга (а так оно часто и было, учитывая нашу разницу в возрасте), для меня это было совершенно невыносимо и я тут же устраивал скандал. Как-то, когда мне было лет десять, нам подарили абсолютно одинаковые значки, но разных цветов: мне – синий, а брату – красный. Я немедленно начал орать, что хочу поменяться, потому что у брата значок очевидно лучше.

Ну и, конечно, я не мог дождаться Нового года, чтобы получить подарки: вскрывал их еще до наступления праздника, если находил. Да что там подарки – как-то мы с мамой пошли в столовую самообслуживания, где нужно было набирать еду на подносы, а потом оплачивать на кассе. Взяли пирожков с мясом, и я успел съесть их все еще до того, как подошла наша очередь платить, – просто не мог выстоять положенные 5–10 минут. Было мне тогда лет восемь или девять. Это как раз то, о чем говорит мой коллега, – полное отсутствие контроля над своими импульсами и эмоциями.

Импульсивные дети не учитывают опасности окружающего мира: например, то, что мяч укатился на проезжую часть, а там машины; они просто не успевают о них подумать, поэтому склонны к риску и могут попадать в неприятности. Известно, что **дети с СДВГ получают вдвое больше серьезных травм, чем их здоровые ровесники, и в четыре раза чаще становятся участниками аварий** (17).

При этом импульсивность — это нарушения контроля не только над поведением, но и над эмоциями. К чему это приводит? В первую очередь — к невозможности адаптироваться в обществе. Почти у половины детей, страдающих СДВГ, значительно повышена эмоциональная лабильность — перепады настроения и частая перемена эмоций (18). Это значит, что они

за несколько мгновений переходят от смеха к плачу или гневу. Для сравнения, подобные проявления наблюдаются только у 15 % детей без СДВГ.

Бывают у таких детей и приступы гнева, но обычно они не злятся дольше нескольких минут и быстро переключаются, да и в целом нечасто бывают агрессивными: они редко пытаются специально обидеть окружающих или нарочно испортить чужие вещи (а вот сделать это из любопытства вполне могут).

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:

Расскажу, как перепады настроения происходили у меня. Например, я просыпался в прекрасном настроении, а потом вдруг цеплялся за какую-то негативную мысль – например, о полученной двойке, или о конфликте с одноклассником, или о проблемах дома. И все: из-за так называемой «вязкости психики» я буквально «застревал» на какой-то теме, прокручивал одни и те же мысли в голове до такой степени, что настроение резко портилось, появлялось чувство тревоги, которое не отпускало довольно долго.

Сам я избавиться от этого навязчивого состояния и «мысленной жвачки» не мог – нужно было, чтобы меня отвлекли и переключили какие-то другие события или впечатления. Продолжилось это и во взрослом возрасте, только мысли уже были другими – не о необратимом наказании от родителей за то, что двойку в дневнике исправил на пятерку, а о взрослых делах и проблемах.

В клинической практике для диагностики СДВГ наиболее часто используются следующие критерии (19):

А. Постоянные проявления невнимательности, гиперактивности и импульсивности, влияющие на

функционирование и развитие. Таким детям присущи симптомы из одной или обеих категорий:

— невнимательность,
— гиперактивность и импульсивность.

1. Невнимательность: 6 или более из следующих симптомов постоянно сохраняются на протяжении как минимум 6 месяцев и негативно влияют на жизнь.

- Часто неспособен сосредоточиться на деталях и допускает ошибки из-за невнимательности, небрежности (например, пропускает или теряет детали, выполняет работу неаккуратно).
- Часто с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр (например, испытывает трудности с концентрацией во время лекций, бесед, длительного чтения).
- Часто складывается впечатление, что не слушает обращенную к нему речь, потому что его мысли где-то витают.
- Часто не придерживается предлагаемых инструкций и не может до конца выполнить уроки, домашнюю работу или обязанности на рабочем месте (например, начинает выполнять задание, но быстро отвлекается).
- Часто испытывает сложности в организации своей деятельности (например, сложно действовать последовательно, трудно сохранять в порядке материалы и вещи, работа выполняется неаккуратно и неорганизованно, плохо распределяет время, не укладывается в назначенные сроки).
- Часто избегает заданий, которые требуют длительного умственного напряжения (например, школьных заданий, домашней работы).

- Часто теряет вещи, необходимые для выполнения заданий и дел (например, школьные принадлежности, карандаши, книги и т. д.).
- Часто легко отвлекается на посторонние стимулы (для старших подростков и взрослых это могут быть посторонние мысли).
- Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях (например, выполнение поручений или домашних обязанностей).

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:

Когда я работал в школе (речь о моей учительской карьере, как я и обещал, пойдет дальше), практически в каждом классе у меня обязательно был ученик, который постоянно что-то забывал – то учебник, то тетрадь, то сменку – или, скажем, путал расписание. Например, по вторникам у него всегда, всю четверть, два урока математики и литература, а он вдруг приносил учебник и тетрадь по природоведению. На вопрос, почему так, – «а я думал, что у нас природоведение...». А перепроверить расписание ему, конечно, в голову не приходило.

Из-за своей невнимательности такие дети обязательно делали ошибки в самых простых словах – таких, как «молоко». Я бы даже сказал, что тут невнимательность пополам с небрежностью: тут не дописали, там не доделали, здесь не проверили – и из-за этого учились плохо, хотя соображали в целом хорошо.

Их вины в этом нет: как мы уже говорили, **с диагнозом СДВГ очень сложно концентрироваться, рефлексировать, что-то анализировать.** С любыми умственными процедурами, которые требуют осмысления, погружения, анализа, обобщения, выводов, понимания причинно-следственных связей, возникают большие проблемы. Из-за

своей неспособности сосредотачиваться на неинтересной задаче ребенок с СДВГ очень поверхностно оценивает ситуацию, не углубляется и в большинстве случаев идет на поводу эмоций. Например, если чего-то не понимает, то просто «соскакивает», не пытаясь вникнуть.

Так было и у меня: если какая-то тема в школе мне, что называется, «не заходила», я даже не пытался в ней разобраться, а просто занимался своими делами (или спал, или отвлекал других). С «домашкой» была та же история: приходя домой, уроки я не делал, но потом с работы возвращалась мама и садилась со мной за учебники. Этот процесс бесил всю семью, потому что я не мог членораздельно объяснить условия даже самой примитивной задачи. Касалось это и математики, и правил русского языка, и много чего еще.

Могу сказать, что отголоски этого остались у меня и сейчас – я и по сей день особо долго что-либо не обдумываю. В этом есть как плюсы (быстрое принятие решений), так и минусы – для какой-то долговременной умственной работы мне элементарно не хватает усидчивости.

Что касается забывчивости, то был у меня такой смешной эпизод. Я тогда был уже взрослым, еще не лечился от СДВГ, но лекции уже читал – кстати, в знаменитом Политехническом музее. И вот стою я на сцене большого зала, где, кажется, выступал еще Маяковский, и посреди лекции полностью теряю мысль – вообще не помню, о чем только что говорил. Хорошо, нашлись в зале добрые люди, подсказали.

2. Гиперактивность и импульсивность: 6 или более из следующих симптомов постоянно сохраняются на протяжении как минимум 6 месяцев и настолько выражены, что негативно влияют на жизнь.

- Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится.
- Часто покидает свое место, когда нужно сидеть (например, встает в классе во время уроков).
- Часто бегает туда-сюда, куда-то забирается в ситуациях, когда это неприемлемо.
- Часто не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.
- Часто находится в постоянном движении, ведет себя так, как будто к нему «прикрепили мотор» (ему некомфортно спокойно сидеть в течение продолжительного времени, например в ресторане, на встрече; окружающие могут расценивать его как беспокойного человека, с которым трудно иметь дело).
- Часто бывает болтливым.
- Часто отвечает на вопросы не задумываясь, не выслушав их до конца (например, завершает высказывания за других людей, не может дождаться, пока собеседник закончит говорить).
- Часто с трудом дожидается своей очереди.
- Часто прерывает других, мешает им (например, вмешивается в беседы, игры, дела; может начать пользоваться вещами других людей без разрешения).

Переходим к следующим критериям для диагностики СДВГ.

В. Несколько симптомов невнимательности или гиперактивности-импульсивности присутствовали в возрасте до 12 лет.

Таким образом, отвлекаемость или гиперактивность, впервые появившаяся у тринадцатилетнего подростка, не является признаком СДВГ.

C. Проявление нескольких симптомов невнимательности или гиперактивности-импульсивности в двух или более видах обстановки (например, дом, школа или работа, контакты с друзьями или родственниками).

Симптомы СДВГ должны проявляться и дома, и в школе (детском саду). Если дома ребенок ведет себя как герой рассказа О'Генри «Вождь краснокожих», а в детском саду на него не нарадуются — значит, это не СДВГ, а проблемы в воспитании.

D. Влияние симптомов на социальные контакты, обучение, работу.

Тройка по физике за год в шестом классе не является признаком СДВГ.

E. СДВГ — не проявление другого заболевания. Симптомы не должны быть связаны с течением шизофрении или другого психотического расстройства и не могут быть проявлением другого расстройства (например, диссоциативного, тревожного, расстройства настроения, расстройства личности, интоксикации каким-либо веществом и проч.). Стресс также не приводит к развитию СДВГ.

У дошкольников

В разном возрасте СДВГ проявляется по-разному. **Считается, что нижней границей для выявления СДВГ является возраст 3–4 года** (20).

Иногда родители детей с СДВГ отмечают чрезмерную активность уже на первом году жизни. Однако это необязательно признак СДВГ: неспокойных, возбудимых младенцев гораздо больше, чем детей, у которых потом действительно развивается данное заболевание.

До трехлетнего возраста дети недостаточно контролируют свое поведение, однако примерно в трехлетнем возрасте уже можно отличить гиперактивное поведение от агрессивного (21). Согласно концепции Льва Семеновича Выготского, в возрасте трех лет начинается третий возрастной кризис (22). Вот его признаки:

1. Негативизм. Ребенок поступает наперекор тому, что предлагают или о чем просят взрослые: он не хочет что-то делать просто потому, что это предложили родители.

2. Упрямство. Ребенок продолжает настаивать на чем-то, даже если ему это не сильно и нужно.

3. Строптивость выражается в своеобразном детском недовольстве по отношению к нормам или отношениям в семье.

4. Своеволие заключается в проявлении излишней тенденции к самостоятельности. Ребенок стремится все делать сам, и эти слова становятся ключевыми в речи: «Я сам!»

5. Протест. Поведение ребенка приобретает вид протеста, из-за чего часто возникают ссоры с окружающими.

6. Обесценивание. Ребенок перестает ценить то, что раньше было для него дорого, к чему он был привязан: например, начинает ломать любимые игрушки или обижать любимую кошку.

7. Деспотизм в семье с одним ребенком **и ревность** в семье, где двое и больше детей. Ребенок стремится проявлять власть над членами семьи, пытается диктовать свои условия.

Диагноз СДВГ целесообразно ставить начиная с четырех лет, когда описанный выше кризис миновал.

У дошкольников главное проявление СДВГ — гиперактивность. В детском саду такой ребенок бесцельно слоняется по комнате, без умолку болтает, мешает другим; часто отбирает игрушки и в силу неосторожности и неуклюжести может их нечаянно сломать или потерять. Дошкольники с СДВГ очень

любопытны, и, если что-то их заинтересует, моментально начинают это исследовать.

Повышенная активность может быть и вариантом нормы. Тогда как отличить здорового активного ребенка от пациента с СДВГ? **Гиперактивный дошкольник будет таким почти всегда: дома, в детском саду, на площадке во дворе. Его внимание постоянно переключается с одного предмета на другой, ни на чем не задерживаясь подолгу.** Во время прогулки беспокойное чадо может вырвать руку и убежать от родителей или даже выбежать на проезжую часть. Нередко такое поведение приводит к травмам. Часто родители жалуются, что их гиперактивный ребенок быстро портит одежду и обувь: «На нем все горит».

«Фирменный» прием гиперактивного ребенка — уход с детской площадки в неизвестном направлении, что заставляет родителей понервничать. Взрослые с большим трудом справляются с такими детьми.

Гиперактивность и импульсивность проявляются и в общении с другими детьми: в играх ребенок с СДВГ хочет всегда быть главным и обязательно побеждать.

У таких детей часто встречается *диспраксия* — неуклюжесть, неловкость движений. Им, например, бывает сложно кататься на велосипеде или играть с мячом.

В детском саду ребенку с СДВГ приходится непросто, ведь там все подчиняется правилам и распорядку, а еще нужно слушать воспитателя (а такой ребенок и маму-то не особо слушает). Малыш с СДВГ просто не может принять эту ситуацию — отсюда и жалобы на наших пациентов как на постоянный источник беспокойства, шумных игр и потасовок. А еще такие дети плохо засыпают во время тихого часа: просто лежать два часа с закрытыми глазами любому ребенку может быть скучно, а уж для гиперактивного — тем более. От скуки он начинает громко болтать, свистеть, петь, задирать соседей и т. д.

У дошкольников с СДВГ часто отмечаются задержки речевого развития — их мы обсудим ниже, в главе, посвященной сопутствующим нарушениям. Говорить они нередко начинают позже сверстников, но потом их не остановить. Родители жалуются: «Такое ощущение, что в квартире постоянно включено радио», — и спрашивают: «А можно ли убавить громкость у этого приемника?» Говорят такие дети часто с ошибками: например, не согласовывают слова в роде и падеже.

Кроме этого, дети с СДВГ реже используют внутреннюю речь для управления собственным поведением. Важно помнить, что речь нужна нам не только для общения — благодаря ей мы регулируем свои действия. Обычно мы говорим сами с собой, планируя какую-то деятельность *(«Завтра надо пораньше встать»)* или оценивая ее (*«Вот я растяпа!»*). Внутренняя речь нужна нам для самоконтроля, с ее помощью мы даем себе инструкции к действию. Дети с СДВГ нечасто прибегают к этому инструменту.

У школьников

Ярче всего симптомы СДВГ «расцветают» в возрасте 7–12 лет. Когда ребенок идет в школу, от него вдруг начинают требовать выдержки и терпения — без них на уроках никуда. Судите сами: приходится сидеть за партой по 45 минут. Нельзя разговаривать во время урока. Нельзя перебивать учителя. И даже если ты знаешь правильный ответ, просто выкрикнуть его тоже нельзя. Да еще и после урока нужно самостоятельно сложить все свои вещи в портфель. Приходится проявлять волю и контролировать свои порывы, а с этим у ребенка с СДВГ возникают сложности.

В итоге дети с СДВГ зачастую оказываются, по выражению Майкла Гриндера, выброшенными со «школьного конвейера». Любому учителю нравятся спокойные и послушные дети, легко

усваивающие школьную программу, а от школьников с СДВГ у многих просто начинает болеть голова.

При этом время похода в первый класс совпадает с четвертым возрастным кризисом — кризисом семи лет (22). Появляется много новых правил; поведение и успехи ребенка теперь постоянно оценивают, и недостаточно просто не кричать во время тихого часа и съедать весь суп во время обеда.

В этом возрасте начинает формироваться самооценка, ребенок осознает себя как отдельную личность не только в семье, но и в классе, и может случиться так, что «соседка по парте учится лучше меня». Есть, правда, и положительные моменты: в результате прохождения этого кризиса растет самостоятельность ребенка.

А что насчет обучаемости? Известно, что:

— К третьему году обучения дети с СДВГ в среднем на год отстают от своих сверстников без СДВГ по стандартизированным тестам по чтению и математике.

— На девятый год обучения подростки с СДВГ в среднем на 2,5 года отстают от своих сверстников без СДВГ в стандартизированных тестах на чтение и на 3 года — в тестах по математике.

— В средней школе ученики с СДВГ получают более низкий общий средний балл и более низкий средний балл во всех академических областях по сравнению со сверстниками (23).

Если до школы ребенок с СДВГ просто был «чересчур активным», то с началом учебы количество проблем растет. Его центральная нервная система оказывается неспособной справляться с новыми требованиями и растущими психическими нагрузками. О специфических расстройствах обучаемости (дислексии, дисграфии, дискалькулии) мы расскажем ниже, в главе о сопутствующих СДВГ расстройствах.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:
32 книжки и 42 замечания

Надо сказать, со школой мне повезло: у нас там в почете были двоечники, а отличников никто не любил. Так что я, можно сказать, попал как к себе домой. При этом потенциал-то у меня был хороший.

Помню, в начале первого учебного года нас всех попросили принести книги, которые мы успели к этому времени прочитать. В классе было человек 30, и кто-то принес одну книгу, кто-то – две, и притом такие книжки, где буквы размером с человеческую голову, и их к тому же всего две на все издание, а остальное – картинки. А я, как сейчас помню, насчитал дома 32 книги, которые к тому моменту прочел. Причем про какую-нибудь «Курочку Рябу» мать мне сказала: «Не позорься, она же для совсем грудных детей!»

Казалось бы, с таким потенциалом я должен был очень хорошо учиться. Но из-за того, что я уже умел и читать, и считать, и писать (печатными буквами, но все же), **школьная программа была мне абсолютно не интересна, ничего нового я не узнавал. И я стал или просто спать на уроках, или бегать по классу и, по мнению учительницы, срывать занятия.** И довольно быстро получил за четверть целых 42 замечания – иногда по два в день. А ко второму классу еще и начал отставать в учебе. Потому что чтение – это хорошо, но были и другие предметы типа «Дневника наблюдений», а я и на уроках не слушал, и домашние задания делал кое-как.

Тем не менее в начальной школе я еще получал хотя бы тройки. Вернее, первый и второй классы в силу моего интеллекта вообще дались мне относительно легко, а вот где-то начиная с третьего я перестал понимать, о чем шла речь на уроках, поскольку не слушал объяснения



В школе оказалось, что я вообще «необучаемый». Мне было сложно сосредотачиваться, концентрироваться, из-за этого я не мог учить правила и выполнять упражнения. А длинные предложения я даже не мог дописывать до конца — настолько было тяжело.

учительницы. Когда же пошли совершенно новые предметы, от геометрии до физики, то оказалось, что я вообще «необучаемый». Проблема заключалась в том, что **мне было сложно сосредотачиваться, концентрироваться, из-за этого я не мог учить правила и выполнять упражнения.** В какой-то момент я вдруг понял, что даже длинное предложение не могу дописать до конца – настолько было тяжело.

В результате к концу школы я более или менее «шарил» в географии, истории, русском языке и литературе – и то только в тех книгах, которые меня заинтересовали и которые я прочитал, а половина школьной программы, как я уже говорил, так и прошла мимо меня. То же самое с историей: в каких-то периодах я что-то понимал, потому что они были мне интересны, а о каких-то не имел ни малейшего представления. Итого четыре предмета – из 14, которые проходили в советской школе. Согласитесь, негусто.

Учителя, конечно, были от всего этого не в восторге. Мать регулярно вызывали в школу, спрашивали, что происходит: по всему видно, что мальчик – не дурак, так почему же он ничего не делает? В СССР, повторюсь, это считали распущенностью. Типа, ребенок избалован, не воспитан, не умеет себя вести, не может нормально сидеть, поднимать руку, отвечать с места; перебивает, недослушивает. Виной этому считались огрехи воспитания. И мать, которая бегала в школу, как на работу, начала «воспитывать» меня ремнем – в основном за замечания и двойки.

Не сразу, конечно: поначалу и она, и моя тетя пытались со мной заниматься. Сидели рядом, раз за разом спрашивали: перечитай условие – что тут требуется найти? Но это же бесполезно! Это сейчас есть какие-то

особые методики для детей с СДВГ, а мои родственники занимались со мной как обычные люди, у которых ребенок ничего не понимает в условиях задачи и даже не может ее до конца дочитать.

Не могу сказать, что я сильно страдал из-за того, что на меня поднимали руку, тем более что у меня была пониженная чувствительность и больно мне не было (при этом вам, дорогой читатель, напомню: бить детей нельзя – сегодня в цивилизованных странах это считается насилием). В целом же в отношениях с родителями все было нормально – ровно до тех пор, пока я снова что-то не «выкидывал» и их не вызывали в школу. Да и в этом случае я получал ремня и шел себе дальше. Хотя надо отдать должное отцу: он меня никогда пальцем не трогал и, по-моему, даже не орал на меня. Но его я действительно боялся, а маму – нет.

При этом родители меня, конечно, любили и, думаю, переживали. **У них были какие-то свои амбиции, они рассчитывали, что их дети чего-то добьются в жизни, на кого-то выучатся. Долгое время лично я их надежд не оправдывал.**

Мой старший брат, кстати, был полной моей противоположностью: настолько спокойным, что его, кажется, где поставишь, там через три часа можно было и забирать, он бы с места не сдвинулся. Учился он тоже не ахти как, но хотя бы на тройки, иногда вперемежку с четверками, – да к тому же в английской школе, куда меня не взяли. В отличие от меня, он честно делал домашние задания, еще и стихи писал.

У ребенка с СДВГ может быть достаточно высокий интеллект, но для получения хороших оценок в школе этого недостаточно: нужно быть организованным, волевым, уметь контролировать

свои эмоции. **Дети с СДВГ чаще, чем их здоровые сверстники, остаются на второй год и оказываются в состоянии «хронической неуспешности».** Чуть позже у детей с СДВГ возникают проблемы с мотивацией к обучению. Они начинают задавать вопросы: «А зачем мне нужна школа?», «И сколько еще это продлится?».

Тяжелым испытанием для детей с СДВГ становится режим школьного обучения: уроки по 40–45 минут, в течение которых важно быть внимательным, и короткое время для отдыха, да еще бегать на переменах нельзя. Во время урока такие дети часто «отключаются», не слыша учителя и думая о чем-то своем, или постоянно крутятся на месте, болтают с соседом. Родители детей с СДВГ часто жалуются на плохую память своих детей, хотя на самом деле те не столько не запоминают информацию, сколько не воспринимают ее из-за невнимательности.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:

Не могу не поддержать Леонида Семеновича. Действительно, не знаю, как сейчас, а в советской школе была принята какая-то казарменно-тюремная методика сидения за партой. Ребенок должен был сидеть прямо, чтобы его лопатки касались спинки стула. Правая рука должна была лежать на левой – так, чтобы локоть правой руки покоился на пальцах левой. Ноги тоже должны были находиться под прямым углом к поверхности пола. И если ребенок, предположим, от усталости наклонял голову вперед и упирался грудью в парту, тут же следовало замечание: «Сядь нормально! Что ты как сгорбленная старуха? Ну-ка выпрямись!» Да даже если взрослого посадить в такую позу, долго он не высидит! Что уж говорить о детях.

Но и это еще не все. Тянуть руку, подпрыгивая от возбуждения, потому что знаешь правильный ответ, и тем

более вскакивать было нельзя – на это учительница говорила: «Вернись на место, сядь как следует, я вижу твою руку». Полагалось держать правую руку на 90 градусов относительно поверхности парты, упираясь локтем в пальцы левой руки. И ждать, а если тебя так и не вызовут, никак не выражать своего разочарования.

И так надо было сидеть и в семь, и в восемь, и в девять лет, по 4–5 уроков в день, с небольшими переменами, во время которых носиться по коридорам тоже не рекомендовалось. Почему-то считалось, что дисциплина в школе должна быть именно такой.

При этом далеко не во всех странах так. Я, например, был в израильских и британских школах, и обратил внимание на то, что там все совсем иначе. К примеру, парты в начальной школе стоят полукругом, а не рядами, и дети не обязаны сидеть за ними все время – часть урока они могут сидеть или даже лежать на полу, особенно когда слушают учителя, и никто им за это замечаний не делает. А когда просят у одноклассников фломастер или ластик, на них, представляете, никто не орет в духе «а ты голову дома не забыл?». Такое отношение, конечно, здорово снимает напряжение.

Есть и другой немаловажный момент. В силу своих особенностей дети с СДВГ часто отстают от нормы, которая прописана в программах для каждого класса – просто потому, что им сложно концентрировать на чем-то свое внимание и прилагать волевые усилия. Опять же, в советской школе эти нормы были довольно строгими: например, предполагалось, что в третьей четверти первого класса ребенок должен читать столько-то знаков в минуту, понимать смысл прочитанного и отвечать на вопросы. Или, скажем, считать сначала в пределах 10, туда и обратно,

потом – в пределах 100, или знать наизусть всю таблицу умножения.

Так вот, это тоже принято далеко не везде. Во многих странах уже понимают, что до 12 лет каждый ребенок развивается в своем темпе, и более жесткие «нормы» и требования к объему знаний и навыков вводятся уже после начальной школы. А в «началке» один может бегло читать книжки без картинок, другой – еле-еле читать по слогам, и никто из этого не делает проблему и не говорит, что «медленный» ребенок отстает – нет, таковы его индивидуальные возрастные особенности.

Когда я рассуждаю на тему дисциплины в школе, меня часто спрашивают: ну хорошо, а как же быть учителю, у которого полкласса лежит на полу? Отвечу так: если дети при этом учатся, то педагогу это вообще не должно никак мешать (ну разве что первое время, а потом – вопрос привычки). Задача учителя – не придать ученикам необходимую «сидячую форму», а сделать так, чтобы они в течение учебного дня усвоили определенное количество информации и могли этой информацией оперировать. А уж как они эти знания получат – сидя, стоя, лежа – нет никакой разницы.

Дело же не в «демократическом подходе» к занятиям, а в простом понимании детской физиологии и психологии. **У ребенка подвижная нервная система и растущее тело, и в общей сложности несколько часов в день неподвижно сидеть за партой – это просто антифизиологично** и ведет в числе прочего к сколиозу и нарушению зрения.

В прогрессивных странах давно это поняли и позволяют детям в начальной школе (подчеркну – именно в младших классах) сидеть и лежать на полу, вставать и ходить по классу – просто потому, что это лучше для их здоровья. Повторю: не играть в посторонние игры, не

заниматься своими делами, не спать, а именно учиться, просто делать это не за партой, а так, как удобно. И, кстати, материал так тоже лучше усваивается – уходит ненужное напряжение, на которое расходуются силы. Возможно, вы видели, как ребенок без диагноза СДВГ разучивает стихотворение или повторяет параграф, прыгая на кровати или разгуливая туда-сюда по комнате, – вот речь как раз об этом.

Тут есть еще вот какой важный момент. Когда норма на уроке – сидеть и не шевелиться, то, конечно, любое движение ребенка с СДВГ воспринимается как аномалия. А вот если учитель разрешает двигаться, вставать, сбрасывать напряжение, то дети перестают из-за этого отвлекаться. Так что, по-хорошему, давно пора раскрутить эти туго закрученные гайки. Не будет жестких норм – не будет и понятия «отвлекаться, срывать уроки, мешать учителю и классу».

Если же ребенок с СДВГ в классе один, то я бы предложил учителю занять его чем-то, что не требует волевых усилий. Например, такой ученик может во время урока рисовать, если ему это нравится, чтобы не отвлекать одноклассников. Когда ребенка с СДВГ переключаешь на то, что ему интересно или не требует волевых усилий, он, как правило, сидит спокойно и никого не трогает.

Не менее сложно школьникам с СДВГ организовывать свое время, планировать выполнение заданий. Утомляясь к концу учебного дня, они становятся еще более активными.

Большие трудности возникают при письме: детям с СДВГ очень трудно соблюдать чистоту в тетрадях и умещать текст в строки, отведенные для записи ответов. Рисунки таких детей редко бывают симметричными, а люди и животные на них не статичны, полны движения. Раскрашивать рисунки тоже сложно: штриховка

выходит за края изображения. Нажим, как правило, неравномерный, а детали рисунка — размашистые. Зачастую гиперактивные дети стремятся заполнить все пространство листа, заезжая при этом за его границы (24).

СДВГ — одна из наиболее частых причин возникновения **школьной дезадаптации** (ШД) (25). Под ШД понимают нарушения приспособления школьника к условиям обучения в школе.

Большинство исследователей сходится во мнении, что ШД — это сложный многофакторный процесс, у которого есть как медико-биологические, так и социально-психолого-педагогическое корни. Можно выделить три группы причин возникновения ШД:

— **биологические** (связанные с повреждением головного мозга);

— **психологические** (особенности семейного воспитания, неадекватный стиль поведения учителя в классе);

— **социальные** (жесткость стандартов поведения в школе, чрезмерная перегруженность школьной программы, частая смена учебных заведений (26)).

Школьной дезадаптации чаще всего подвержены первоклассники, а также дети, которые переходят из младшей школы в среднюю (5-й класс). Переход в пятый класс и обычным детям дается нелегко: рушится традиционный порядок, вместо одного класса — много и на разных этажах; вместо одной «Мариваны» — несколько новых незнакомых учителей. Приходится запоминать сложное расписание уроков и успевать делать домашние задания.

Можно выделить три компонента ШД.

1. Когнитивный: неуспеваемость, трудности в обработке информации, недостаточность знаний и навыков.

2. Личностный: отношение к обучению.

3. Поведенческий: нарушения поведения в школе (27).

Дети с СДВГ настолько неорганизованны, что не могут до конца выполнить классную работу и домашние задания. При этом ни учителя, ни родители зачастую не понимают своего ребенка и его заболевание. Как мы уже говорили выше, детей заставляют 45 минут сидеть смирно и тихо, сложив руки на парте и внимательно слушая педагога, а для гиперактивного ребенка это непосильная задача. В результате он начинает отвлекаться сам и отвлекать других.

Но, что интересно, при всей своей гиперобщительности детям с СДВГ сложно заводить друзей (28). Им просто не хватает на них внимания, а впоследствии своей нетерпеливостью и конфликтностью они могут еще и оттолкнуть сверстников. Около половины детей с СДВГ в классе становятся изгоями (29).

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:

Есть такое выражение: «Дружба – понятие круглосуточное». Имеется в виду, что глубокие дружеские отношения часто требуют действий, не связанных напрямую с нашими желаниями. **Дружбу надо поддерживать, звонить, встречаться, регулярно интересоваться делами другого, и вот на такие «круглосуточные» отношения человека с СДВГ, особенно ребенка, может не хватать.** При этом многие люди с СДВГ – экстраверты, некоторых из них можно назвать «душой компании», они любят большие тусовки, но вот отношения с каждым из окружающих складываются довольно поверхностные, создавать и поддерживать глубокую связь с другими им сложно.

Кроме того, для настоящей дружбы нужен устойчивый интерес к другому человеку, что при СДВГ довольно серьезная проблема. Многие друзья сдвгэшников жалуются, что те все время все забывают – важные факты их биографии или, например, когда у них день рождения (даже если дружат много лет). И постоянно перебивают:

в силу своей импульсивности и сложностей с концентрацией им трудно дослушать другого до конца. Проще выпалить что-то свое, начать комментировать ситуацию, не вникая в контекст. Все это не сильно способствует дружбе.

Друзьям остается только принимать людей с СДВГ со всеми их особенностями, понимая: то, что они делают, они делают не со зла.

Зачастую родители детей с СДВГ ходят в школу, как на работу. Педагоги дружно обвиняют их, что они плохо воспитывают ребенка, родители в ответ начинают обвинять школу в том, что она не умеет работать с их сыном или дочерью, а дома обрушивают свой гнев на чадо. В результате **складывается «нелюбовный» треугольник: педагоги — родители — дети.**

Добавим сюда то, что дети с СДВГ очень плохо понимают, что такое время. Они живут по принципу «здесь и сейчас» и не могут прогнозировать и откладывать что-либо на потом. Помните, мы рассказывали о «зефирном» эксперименте? Дети и взрослые с СДВГ отличаются «узким окном внутреннего времени» — они не осознают того, что будет завтра, не видят проблем, которые могут впоследствии возникнуть (30).

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:
Бегун – из дома и на короткие дистанции

У моего СДВГ было еще одно проявление: если я чувствовал, что в чем-то ущемляют мою свободу, то просто убегал. «Бегать» я начал рано: уже лет в 10 лет милиция приводила меня по ночам домой со стройки. Находиться дома мне было тяжело – прежде всего, потому что там, в небольшой квартире, кроме меня жили еще пять человек. Своего угла у меня не было, и я убегал гулять – это было мое главное и любимое занятие.

Маме из-за всего этого приходилось особенно нелегко. На ней была огромная нагрузка: помимо меня и моего брата, были мой отец и две бабушки. И поэтому на лето меня отправляли в Калининград к тете, маминой родной сестре. Тете со мной было проще: она меня видела от силы пару месяцев в году, а поскольку жила одна, то ресурса на меня у нее было побольше. Благодаря этому тетя была со мной более терпелива, и я у нее, можно сказать, отдыхал душой.

Хотя и там я вел себя примерно так же, как обычно, – тоже постоянно убегал. И все же было полегче: летом ни школы, ни дел или каких-то обязательств. Тетя не заставляла меня ничего делать по дому, но, если бы мы постоянно жили вместе, все было бы иначе. Как говорится, не надо путать туризм с эмиграцией.

В общем, несмотря на то что я родился и вырос в интеллигентной семье, детство свое я в основном провел на улице. Это, кстати, типичное проявление гиперактивности. Я был достаточно нервным ребенком, в детстве даже плохо засыпал – видимо, в коре головного мозга шли какие-то активные процессы.

В школе, как я уже говорил, такие, как я, были в почете, и белой вороной я себя там не чувствовал. Да и у нас полкласса учились так же, как я, только по причине сниженных интеллектуальных способностей. Если я хотя бы много читал, то они не читали вообще; гуляли и курили мы вместе, но это все, что нас объединяло.

Что касается учебы как таковой, были целые предметы, которые я вообще не понимал: например, физику и химию, а еще алгебру и геометрию. Но тогда это было не так критично, как сейчас. В советской школе у учителей была главная задача – «довести» детей хотя бы до восьмого класса, а там, глядишь, и в ПТУ

(профтехучилище) поступят. А до этого за плохую успеваемость никого не отчисляли.

Меня же по какой-то непонятной причине перевели в девятый класс – скорее всего родители попросили. А раз тебя перевели, то будь добр окончи школу. И я ее окончил с аттестатом «3.0», то есть все двойки мне переправили на тройки. А других отметок у меня и не было.

И сами экзамены я сдавал отдельно – прежде всего, потому что не мог спокойно сидеть и, например, писать сочинение. А еще у меня совсем не было каких-то систематических знаний. То есть были, конечно, какие-то интересные мне гуманитарные предметы. Там я и сам что-то читал и интересовался, и родители меня развивали, водили в театры и музеи. Так что я мог и тройку, и иногда даже четверку получить. А еще я хорошо бегал – возможно, опять же из-за СДВГ. Так что с физкультурой проблем не было.

При этом, как ребенок с СДВГ, учился я довольно специфическим образом: **мог за очень короткое время выучить какой-то небольшой объем и сдать экзамен или написать контрольную.** Так же я потом и в институты поступал и учился там – «мелкими перебежками». То есть законспектировать лекцию, а потом ее перечитать я не мог – мог только запомнить основные мысли и быстренько сдать зачет или экзамен. Или прочитать материал накануне ночью, утром сдать – и через пять минут от знаний не оставалось и следа. То есть я был бегуном на очень короткие дистанции. Такие дистанции мне хорошо давались.

Как я уже говорил, большинство учителей не понимали, что со мной происходит, и никак не хотели «входить в положение», но бывали и счастливые исключения. Так, в девятом классе в нашей школе появилась новая

завуч – Фрума Марковна Лившиц. Она была фронтовиком, полковником разведки, вся в орденах и медалях (был у нее в числе прочего и орден Славы). Не будучи врачом, она почувствовала, что тут что-то не так – я не обычный «разгильдяй» – и, в отличие от других учителей, не стала меня ругать. Вместо этого она вызвала меня к себе и сказала: «Миша, давай договоримся так. Каждое учебное полугодие ты ходишь в школу хотя бы один месяц. На остальные твои прогулы я буду закрывать глаза, но этот месяц ты должен отходить. Договорились?»

И мы, конечно, договорились. На протяжении девятого и десятого классов я исправно ходил в школу два месяца в год, в остальное время то являлся, то нет, но благодаря распоряжению завуча мне позволяли существовать на таких вот особых условиях. Кстати, прогуливая школу, я часто ходил на лекции на филфак МГУ – понимал там, правда, далеко не все, но было интересно.

В общем, я был ей благодарен, потому что она меня не третировала, в отличие от той же директрисы, которая постоянно пыталась исключить меня из школы, а отнеслась ко мне и моим особенностям с пониманием, пусть даже и не знала, в чем причина такого моего поведения. Потом, когда я уже окончил школу и выучился на психолога, мы с ней дружили и долгие годы поддерживали отношения.

«Любите ли вы Сартра?»

Почему я с моей любовью к чтению и в целом с хорошими задатками так плохо учился? Как мы уже говорили, **человек с диагнозом СДВГ не может делать то, на что требуются волевые усилия.** Потому что воля при этом заболевании не развита совершенно. Помните мою историю про Гришу? Она как раз об этом. И я сам в детстве был таким.

Постоянно возникало полное непонимание со стороны врачей, учителей и родителей: на твоих глазах ребенок пять часов подряд читает какую-то очень сложную книгу, но не может осилить условие задачи по химии или физике. С другими моими одноклассниками-двоечниками все было понятно: они и дома не читали тоже. А у меня по школьным предметам было по нулям, но при этом я «выпендривался» и рассуждал о какой-нибудь испанской литературе.

И это не пустые слова. Я в свои лет 13–15 читал то, что многие и в сорок не читают: например, французских экзистенциалистов, какого-нибудь Сартра. А пример из учебника прочесть не мог. И окружающие никак не могли понять этот феномен. Типа, как это так, задачу для пятого класса он не понимает, а Сартра и Камю – пожалуйста? Не иначе как «распустился», «оборзел», да еще и умничает. Потому что – ну не может такого быть!

Друзья мои, конечно, может. Причина в том, что, если художественная литература интересна, чтение не требует волевых усилий. А мне она как раз была интересна: моя тетя преподавала зарубежную литературу в университете, мама любила читать, так что и у меня проблем с этим не было.

А вот, например, усвоить таблицу Менделеева или разобраться в органической или неорганической химии я не мог. Кстати, не уверен, что и сейчас смогу.

Но, несмотря на все сказанное, интеллектуалом я не был. У детей маминых подруг – тех, кто были настоящими интеллектуалами, – была совершенно другая жизнь. В отличие от меня, они не гуляли, не курили, не пили, не связывались с сомнительными компаниями и шпаной. Они ходили в кружки – исторический какой-нибудь или литературный, – писали работы по

разным отраслям своих знаний и очень хорошо учились.

Я же гулял как не в себя. Одним из мои излюбленных мест для «прогулок» была свалка металлолома, где можно было найти и старые автомобили, и отслужившие свое вагоны. На уроке труда в школе я научился работать на токарном станке и на этой стройке искал болванки, чтобы потом выточить маме на станке рюмку из дюраля[1] – в подарок на 8 Марта. Дело было классе в шестом или седьмом, и эта рюмка потом долгие годы прожила у нас на кухне.

У подростков

В 50–80 % случаев (31) дети с СДВГ продолжают испытывать трудности в подростковом возрасте.

Ученые называют период полового созревания (13–14 лет) вторым «всплеском» СДВГ. **Гиперактивность с возрастом снижается, зато растет внутреннее беспокойство.** Эмоциональное развитие подростков с СДВГ часто задерживается. По сравнению со сверстниками без этого диагноза им сложнее контролировать свои действия и брать на себя ответственность за собственные поступки. Кроме того, низкая самооценка, вспыльчивость и агрессивное поведение приводят к проблемам в школе: подросткам сложно завести друзей, они часто становятся аутсайдерами среди одноклассников. И когда «трудный» подросток попадает к врачу с такими проблемами, как тревога, агрессивность, злоупотребление алкоголем и так далее, не каждый специалист может за всем этим разглядеть основной диагноз — СДВГ.

[1] Дюраль, или дюралюминий, — алюминиевый сплав с добавлением меди, магния и марганца.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:
Не случившийся картинг, разбежавшиеся родственники и другие проявления СДВГ

Судя по всему, благодаря своей общительности я оказался счастливым исключением – аутсайдером я никогда не был, наоборот, всегда считался очень компанейским, и в детстве, и в подростковом возрасте. Приведу пример: мой троюродный брат учился в соседней школе, и однажды, когда я был в первом классе, нас случайно привели на спектакль в один и тот же детский театр. Когда спектакль закончился, я увидел брата и пошел с ним, напрочь забыв, что учусь в другой школе и что меня вообще-то все ждут, чтобы вместе вернуться обратно. Мне даже в голову не пришло, что меня могут недосчитаться. Я просто отправился к брату домой и тусовался у него до вечера.

Когда часов в десять или одиннадцать я наконец вернулся к себе домой, там на диване лежала моя едва живая от волнения учительница – она-то думала, что я потерялся, – а моя мать мерила ей давление. Учительницу откачали, мне в очередной раз дали ремня, но я, честно говоря, не очень понял, за что: я же так хорошо провел время.

Были и другие истории. Однажды мы с родственниками поехали отдыхать куда-то на реку. У кого-то из компании разболелся зуб, и все решили возвращаться в Москву. Я же в Москву ехать не хотел – я только начал отдыхать – и стал ото всех бегать, и никто не мог меня поймать. А бегал я, как вы помните, довольно быстро. Но этого мне показалось мало, и, чтобы меня уж точно никто не достал, я отвязал лодку и выплыл на середину реки.

В другой раз родня собралась у моей бабушки в Литве (у меня было много родственников, разбросанных по разным республикам СССР). Уж не помню, что я там вытворял – наверное, все ломал, рушил и убегал, – но ровно через сутки разъехались все, кроме, собственно, бабушки, которой деваться было некуда – ну и потом, она все-таки более или менее ко мне привыкла. Все остальные от меня быстро устали и вернулись по домам.

Моя неадекватность достигала такого уровня, что, например, когда мой двоюродный старший брат женился, меня не пригласили на свадьбу, чтобы я не испортил людям праздник. Мне тогда было лет 11, и родственники просто боялись моей непредсказуемости и импульсивного поведения. Брат с женой испугались, что я буду бегать по столу, орать, ронять посуду, стулья и гостей. Я тогда страшно обиделся, и маме пришлось долго меня успокаивать.

В общем, выносить меня было тяжело. Представьте себе молодую активную собаку в возрасте полугода, с которой вы даже нормально погулять не можете, потому что она все время куда-то рвется. Если ее отвязать и отпустить, она тут же убежит, вспотеете все время ее догонять. Вот примерно так я себя и вел.

Кстати, как потом оказалось, **людям с диагнозом СДВГ надо сбрасывать избыток энергии, чтобы успокаиваться.** Я так и делал, пусть даже неосознанно: все время куда-то мчался, любил гулять, бегать, кататься на велосипеде, на коньках и лыжах. Кстати, на коньках катался даже уже ближе к 60 годам. Только устав, я мог хоть какое-то время посидеть спокойно и никуда не бежать.

Была и другая проблема: я никогда и ничего не доводил до конца. Например, у меня около кровати валялось 20 книг, открытых на разных страницах, и ни одну из них

я не дочитывал. Начинал, читал, бросал, брал новую. И так – до бесконечности.

Еще однажды, когда мне было лет десять, я сказал родителям, что хочу сделать картинг. Это было в начале 1970-х, и все тогда ими повально увлекались. Родители пожали плечами: чем бы дитя ни тешилось, лишь бы не курило, – делай. Я придумал, как возьму раскладушку и навешаю на нее двигатель и колеса. И что же? Дело не дошло даже до того, чтобы освободить «ребра» раскладушки от пружин. То есть как все в голове началось, так там и закончилось. **Реализовать любую свою идею мне было сложно. Эта проблема сохранялась и во взрослой жизни – до тех пор, пока я не узнал о своем диагнозе и не начал лечиться.**

По статистике, подростки с СДВГ в 4 раза чаще попадают под арест, чем их сверстники без диагноза. В США среди несовершеннолетних под арестом примерно 25% имеют диагноз СДВГ, в Германии — около 45% (32). Такие подростки чаще курят, раньше пробуют алкоголь и входят в группу риска по развитию наркотической зависимости.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:

С курением – это в точку. Я уже не раз рассказывал, что первую свою сигарету выкурил в семь лет – ну как выкурил, попробовал. Дело было в пионерском лагере, и сигаретой со мной поделился старший брат, которому тогда исполнилось двенадцать. Сначала мне, конечно, не понравилось, но постепенно я втянулся и к двенадцати годам курил почти постоянно.

Однажды ночью меня за этим занятием застал отец. Дал мне подзатыльник, а потом довольно миролюбиво объяснил, что скоро придет тот день, когда я просто не

смогу не курить (отец знал, о чем говорил: сам он курил с 17 лет). Я ему, конечно, не поверил: мне казалось, что я могу бросить в любой момент, а курю только потому, что это занятие мне нравится. О том, чем это закончилось, вы узнаете в одной из следующих глав.

Но вот других форм асоциального поведения я не демонстрировал и хулиганом не был. Конечно, мне, как любому ребенку с СДВГ, было сложно вписываться в социальные нормы: спать днем в детском саду, как другие сверстники, или высиживать за партой положенные 45 минут, или даже сидеть за общим столом во время долгого семейного обеда. На уроке я мог спокойно просидеть от силы 10–15 минут, а дальше было два варианта: я либо просто засыпал прямо за партой, либо вскакивал и носился по классу.

И то и другое объяснимо. Во-первых, статическое напряжение выливается для ребенка с СДВГ в непреодолимую усталость, и из-за этого его довольно быстро начинает клонить в сон. Во-вторых, когда ты устал и у тебя все затекло, побегать и размяться – вообще-то вполне естественная потребность.

Так что я в лучшем случае спал или мешал учителю вести урок, пытаясь общаться с одноклассниками и предлагая им, например, сыграть в «морской бой», а в худшем – бегал по классу, а когда выгоняли, то и по школе. Не скажу, чтобы я прямо хулиганил, скорее мои неусидчивость и импульсивность проявлялись таким вот образом.

И то, что меня посреди ночи приводили домой милиционеры, когда мне было всего десять, тоже было скорее не про хулиганство, а про то, что я вообще не соображал, сколько сейчас времени, что я вообще-то не дома, что мне надо спать, ведь завтра с утра в школу.

В этом смысле это, конечно, было абсолютно антисоциальное поведение.

При этом не могу сказать, чтобы я делал что-то назло – например, нарочно пытался срывать уроки и отвлекать одноклассников. Это была скорее психофизиологическая реакция: когда меня просили помолчать и посидеть тихо, я так и делал, но хватало меня минуты на две, и чем дольше я сдерживался, тем сильнее меня разрывало изнутри.

Подростки с СДВГ часто раньше сверстников начинают половую жизнь, и зачастую у них больше половых партнеров. Они чаще страдают от инфекций, передающихся половым путем, и сталкиваются с незапланированной беременностью. У девочек с СДВГ романтические отношения обычно короче, и они чаще становятся жертвами сексуального насилия.

Чтобы привлечь к себе внимание сверстников, подростки с СДВГ нередко выступают в роли «шутов», постоянно подтрунивают над собой и окружающими, пряча таким образом низкую самооценку.

Примерно 30 % подростков со временем изживают СДВГ, еще у 40 % остаются проблемы с вниманием и импульсивностью, а у 30 % появляются другие нарушения.

У девочек

В главе **«Огня больше, чем воды»** мы с вами говорили об известных личностях, у которых был диагностирован СДВГ, и о тех, у кого его можно было бы заподозрить. А как насчет литературных персонажей? Кто первым приходит вам на ум, когда вы слышите словосочетание «ребенок с СДВГ»? Возможно, Незнайка и Том Сойер. А кто-то, возможно, вспомнит Пеппи Длинныйчулок. Действительно, очень похоже. А как вообще обстоят дела с СДВГ у девочек?

Надо признать, что исследования в основном сосредоточены на мальчиках, хотя девочки испытывают те же трудности, просто проявляются они менее заметно. **В детском возрасте СДВГ встречается у мальчиков в 3–4 раза чаще, чем у девочек (33). К подростковому возрасту соотношение меняется до 2:1, а у взрослых разница практически стирается.**

Симптомы СДВГ начинают проявляться у девочек позже и в дошкольном возрасте менее заметны. У них чаще встречается тип СДВГ с преобладанием невнимательности. Девочки менее гиперактивны, у них реже наблюдаются сопутствующие расстройства поведения, однако в период полового созревания они могут стать более импульсивными. Учителя обычно считают девочек с СДВГ менее невнимательными, чем мальчиков. У девочек может быть выше мотивация к учебе. Несмотря на это, 82% учителей считают, что СДВГ чаще и сильнее проявляется у мальчиков, и 40% признаются, что им сложно распознать СДВГ у девочек.

СДВГ бывают разные

Можно выделить три типа СДВГ.

1. СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности (СДВГ-ГИ).

Дети с этим типом:

— очень активные и импульсивные;

— склонны к агрессии и оппозиционному поведению;

— с возрастом могут стать менее активными, а вот импульсивность часто усиливается;

— составляют 22% от общего числа детей с СДВГ[1].

[1] Чутко Л. С., Пальчик А. Б. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (причины, диагностика, лечение). — СПб.: Коста, 2012. — С. 160.

2. СДВГ с преобладанием невнимательности (СДВ).

Дети с этим типом:

— испытывают проблемы с концентрацией и вниманием;

— практически не страдают от гиперактивности и импульсивности;

— выглядят сонными, мечтательными, медлительными;

— могут испытывать проблемы с запоминанием информации;

— обычно робкие и малообщительные, могут чувствовать себя изолированными;

— составляют 16 % от общего числа детей с СДВГ.

3. Комбинированный тип СДВГ (СДВГ-К).

Дети с этим типом:

— демонстрируют проблемы и с вниманием, и с гиперактивностью;

— составляют 62 % от общего числа детей с СДВГ (самый распространенный тип заболевания)[1].

Учитывая наличие тех или иных сопутствующих расстройств, можно выделить две формы СДВГ.

1. Простая форма. У ребенка проявляются только основные симптомы: невнимательность, гиперактивность и импульсивность.

2. Осложненная форма. Кроме основных симптомов есть и другие проблемы: тревожность, нарушения поведения и сна,

[1] Чутко Л. С., Пальчик А. Б. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (причины, диагностика, лечение). — С. 160.

тики, энурез, заикание и т. д. Подробнее об этом мы расскажем в следующей главе.

По нашим данным, **простая форма встречается у 35 % детей с СДВГ, осложненная — у 65 %**[1]. Когда дети подрастают и достигают возраста 7–9 лет, простая форма может перерасти в осложненную, в том числе из-за стресса, вызванного началом обучения в школе.

Кроме того, можно выделить патогенетические (связанные с происхождением заболевания) варианты развития СДВГ.

1. Идеопатический[2] вариант:

— проявляется умеренной невнимательностью и гиперактивностью;

— часто передается по наследству.

2. Резидуально-органический вариант:

— более выраженные симптомы невнимательности и гиперактивности/импульсивности;

— возможны задержки в развитии — например, речевом или моторном;

— часто встречаются такие сопутствующие проблемы, как энурез или трудности в обучении;

— основные причины — проблемы во время беременности и родов.

3. Неврозоподобный вариант:

— умеренная невнимательность, гиперактивность и импульсивность;

[1] Чутко Л. С., Пальчик А. Б. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (причины, диагностика, лечение). — С. 136.

[2] Идиопатический (idiopathic) — термин используется по отношению к заболеванию или состоянию человека, которое вызвано неустановленной причиной или возникло самопроизвольно.

— сопутствующие проблемы могут включать тики, заикание или тревожные расстройства;

— симптомы могут усугубляться из-за стрессов или травмирующих ситуаций.

Симптомы СДВГ могут проявляться по-разному. При умеренной степени они не особо мешают ребенку общаться и учиться. Однако при тяжелой — могут создавать серьезные проблемы.

Для оценки степени тяжести симптомов врачи используют специальные шкалы и методы. Об этом подробно расскажем в главе о диагностике СДВГ.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ: «Он у вас просто невоспитанный!»

Как я уже говорил, маме со мной было нелегко, и в мои 12 или 13 лет она начала водить меня по врачам. Показывала неврологам, психоневрологам – и никто из них не мог мне помочь. Вернее, они даже не понимали, что со мной. Винить их не в чем: в СССР даже диагноза такого не было. То есть **дети такие были, и много, но оценивали нас не с медицинской точки зрения, а с позиции «ремня мало».** И решали проблему соответствующим образом: ставили в угол, лишали сладкого, неделю не пускали гулять. Так вели себя все: и врачи, и педагоги, и родители. Ни у кого и мысли не возникало, что это болезнь.

Однажды мама привела к нам домой главного психиатра страны, директора Института психического здоровья. Он, кстати, подарил мне две отличные книги – рисунки и живопись больных шизофренией. Но на дворе стояли 1970-е, и он диагноз СДВГ мне, конечно, не поставил.

И даже когда я много лет спустя начал лечиться от этого заболевания, то все равно по-прежнему не понимал, в чем его суть. Считал, что у меня электрическая

активность в коре головного мозга, как при эписиндроме, и поэтому я все время вскакиваю и куда-то бегу. И только благодаря Леониду Семеновичу Чутко я наконец узнал, что дело вообще не в этом.

Отдельно про СДВ (то есть без гиперактивности)

Как мы уже писали выше, все дети разные и все дети с СДВГ разные. По нашим данным, в 16% случаев[1] встречается тип этого заболевания без гиперактивности (СДВ): то есть невнимательность есть, а гиперактивности нет. Дети с СДВ производят впечатление заторможенных, «спящих на ходу». Такие дети «пребывают в своем собственном мире» и испытывают трудности при выполнении инструкций.

Они менее работоспособны, быстро устают, медленнее сверстников воспринимают информацию, хуже запоминают и испытывают сложности при усвоении нового материала (особенно это заметно при изучении математики).

Некоторые специалисты считают, что СДВ — это не просто тип СДВГ, а другое заболевание, для обозначения которого используются понятия «низкий когнитивный темп» (НКТ) и «синдром когнитивного отчуждения», или «второе нарушение внимания» (в отличие от первого — СДВГ) (34).

В 2023 году рабочая группа по исследованию СДВ определила основные клинические проявления данного состояния (35):

1) *низкий уровень активности:* утомляемость, замедленное поведение, дневная сонливость;

2) *мечтательность:* ребенок уходит в свои мечты, «кажется потерянным в тумане»;

[1] Чутко Л. С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. — СПб.: Хока, 2007. — 136 с.

3) *«ментальная путаница»:* ребенок теряет ход мыслей, испытывает трудности при выражении своих мыслей словами, забывает, что собирался сказать.

Если симптомы СДВГ значительно чаще отмечаются у мальчиков, чем у девочек, то при СДВ таких различий по полу не регистрируется (36).

Кроме того, **СДВ начинает проявляться позже, чем СДВГ**. Возможно, родители обращают внимание на эти проявления, только когда ребенок начинает учиться (37).

Однако еще в дошкольном возрасте такие дети испытывают большее количество проблем в общении со сверстниками и чаще других оказываются в социальной изоляции. При этом если для детей с СДВГ характерны высокий уровень импульсивности и связанные с ними проблемы поведения, в том числе повышенный уровень агрессивности, девиантное поведение с отрицанием собственной вины, то дети с СДВ, напротив, застенчивые, тревожные и склонны к самообвинению.

Сопутствующие расстройства у детей с СДВГ

У 85 % детей с СДВГ есть «коморбидные», или сопутствующие, симптомы (38), которые могут так же сильно влиять на их жизнь, как и ведущие проявления заболевания.

Что такое «коморбидность»? Это не просто сочетание двух и более независимых заболеваний (насморк и перелом пальца), а ситуация, при которой у пациента протекают одновременно несколько заболеваний, связанных между собой и усиливающих друг друга.

СДВГ может сопутствовать одно или несколько расстройств:
— оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР),
— расстройства поведения и агрессия,
— тики или синдром Туретта,
— проблемы с обучаемостью,
— тревожные расстройства.
Рассмотрим каждое подробнее.

Гнев, упрямство и вызывающее поведение

ОВР, или оппозиционно-вызывающее расстройство, проявляется в виде частых вспышек гнева, упрямства и вызывающего поведения. Чаще встречается у детей младше 9–10 лет и вызывает серьезные трудности.

Вот признаки, на которые стоит обратить внимание.

1. Ребенок часто выходит из себя.
2. Часто ссорится со взрослыми.
3. Часто отказывается подчиняться правилам.
4. Специально раздражает окружающих.
5. Обвиняет других в своих ошибках.
6. Становится раздражительным или обидчивым.
7. Часто злится и возмущается.
8. Бывает мстительным или злобным.
9. В старшем школьном возрасте может проявлять агрессию, ввязываться в драки, воровать.

ОВР встречается у 4–9% всех детей, но среди детей с СДВГ этот процент значительно выше и может доходить до 60% (39).

Следовательно, если у вашего ребенка СДВГ, риск развития ОВР тоже увеличивается. Обычно мальчики страдают им чаще, но у девочек симптомы проявляются сильнее.

Агрессия

Это более серьезная форма, чем ОВР. Дети с таким расстройством могут нарушать права других людей и общественные нормы, а также:

— проявлять агрессию;
— разрушать или повреждать предметы;
— обманывать, совершать кражи;
— серьезно нарушать правила.

Большинство детей периодически проявляют агрессию — и это нормально. Проблемой становится ситуация, когда ребенок воспринимает сверстников или в целом других детей как

конкурентов, которых нужно «устранить». Весь мир кажется ему враждебным, даже нейтральное событие воспринимается как угроза.

Традиционно выделяют **два типа агрессии.**

1. Реактивная: часто это реакция ребенка, когда он устал или раздражен.
2. Активная, когда ребенок вредит целенаправленно.

Проявления расстройства поведения (РП) встречаются у 2–6 % детей, у мальчиков — в 3–4 раза чаще, чем у девочек(40).

В 50 % случаев РП сопровождается признаками СДВГ (41).

Дети с сочетанием СДВГ и РП нередко проявляют физическую агрессию, хуже себя ведут, хуже учатся и чаще становятся аутсайдерами среди сверстников. В будущем они могут стать склонными к антисоциальному и криминальному поведению.

Однако важно отметить, что **детей с СДВГ часто воспринимают как агрессивных, хотя они могут и не проявлять агрессии**. Все дело в их резких движениях и громких выкриках: родители и особенно учителя расценивают их как угрозу для окружающих. Ребенку с СДВГ проще швырнуть тетрадь или учебник, чем объяснять учителю, что он не может понять задания. **И это не протест, а защита его нервной системы от перегрузки.**

Тревожные расстройства

Тревожные расстройства встречаются у 7–15 % детей и подростков. Но чтобы не путать обычное волнение с настоящим тревожным расстройством, давайте разберемся в терминологии.

Тревога — это неприятное чувство, когда ребенок беспокоится, ожидая чего-то плохого, хотя порой и сам не знает, чего

именно. Тревожность может длиться довольно долго: например, ребенок может годами испытывать стресс из-за школы, иногда без явной причины. Он может переживать, что не справится с заданиями, контрольными или экзаменами, не оправдает ожиданий родителей, может волноваться из-за потенциальной критики со стороны учителей и одноклассников. Это именно тревога, а не страх: у страха всегда есть конкретный «объект». Например, дошкольники чаще всего боятся темноты, в одиночку спать или идти ночью в туалет и так далее.

Навязчивый и сильный страх называют фобией. Бóльшая часть детских фобий связана с естественными опасностями, которые преследовали человечество на всем пути его развития. К ним относятся: змеи, темнота, хищники, высота, кровь, громкие звуки и незнакомые места. Фобии обычно возникают в возрасте 7–9 лет и сохраняются гораздо дольше, чем обычные страхи, хотя и те и другие со временем ослабевают.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:

У меня, например, была не просто повышенная тревожность, а, я бы сказал, настоящие страхи. Например, детский сад, в который я ходил, располагался рядом с гостиницей «Украина», и я боялся, что однажды она на меня рухнет и я останусь погребен под ее обломками. А еще, прогуливаясь по набережной Москвы-реки, особенно там, где не было ограждений и парапетов, я подолгу смотрел на воду и боялся в нее упасть. Хотя не исключаю, что такие иррациональные страхи присущи и детям без СДВГ тоже.

Но почему дети вообще тревожатся?

Тревожные расстройства могут возникнуть у детей по разным причинам: это и генетическая предрасположенность, и особенности работы мозга, и влияние

среды. Немалую роль играют события, происходящие в жизни ребенка, а также стиль воспитания его родителей.

О каких стилях воспитания речь? Во-первых, о гиперопеке. Когда родители контролируют каждый шаг ребенка, это ограничивает его самостоятельность и уверенность. А когда он сталкивается еще и с высокими ожиданиями со стороны взрослых, это усиливает его тревогу.

Еще один важный момент — избегание пугающих обстоятельств. Мама и папа из лучших побуждений уберегают детей от ситуаций, которые их могут напугать, а в итоге лишают их необходимого опыта. А чем меньше опыта, тем ребенку непонятнее и тревожнее. Он начинает видеть опасности там, где их нет, и из-за этого сокращает общение с учителями, сверстниками — и этот порочный круг снова приводит его к недостатку опыта и снижению самооценки.

Тревога может быть разной: от легкого беспокойства до сильных страхов. У детей такие состояния часто сопровождаются головными болями, усталостью и другими симптомами, которые могут ухудшить психическое состояние.

Тревожность у детей с СДВГ может также возникать из-за того, что им трудно быстро обрабатывать информацию. Это мешает им правильно реагировать и может приводить к дополнительным проблемам в учебе и общении.

Особенно часто тревога появляется у детей, чьи родители сами подвержены беспокойству. Также в группе риска дети с замкнутым характером и те, кто пережил травматические и стрессовые события.

При этом важно отличать нормальную тревогу от патологической. Нормальная тревога возникает в ответ на стрессовую или неопределенную ситуацию, носит кратковременный характер и обычно не мешает повседневной жизни. А вот патологическая тревога проявляется иначе.

1. Человек теряет контроль над тревогой.
2. Начинает избегать ситуаций, ее вызывающих.

3. Тревожные реакции часто повторяются и длятся дольше обычной реакции испуга, в то время как здоровый человек может привыкнуть к источнику угрозы (например, впервые увидев кошку, ребенок может испугаться, но потом привыкнуть к ней).
4. Все это приводит к ухудшению качества жизни.

Тики и синдром Туретта

СДВГ и тики — внезапные повторяющиеся движения или звуки — часто идут рука об руку. Как показали наши исследования, у детей с тиками в 48 % (42) случаев есть СДВГ.

Когда ребенок волнуется или переживает, тики могут усиливаться. Они бывают:

— **двигательными** (моторными): подергивания разными частями тела;
— **голосовыми** (вокальными): выкрикивание звуков.

При этом **простые тики** охватывают одну группу мышц или звуков: например, моргание или хмыканье. А вот **сложные тики** — это движения или слова, которые кажутся целенаправленными, как будто ребенок делает или говорит что-то осознанное.

Кроме этого, выделяют **первичные** и **вторичные** тики. Первичные тики появляются в детском возрасте из-за незрелой нервной системы. Вторичные тики могут появиться в любом возрасте и связаны с другими заболеваниями или приемом лекарств.

Также различают:

— **преходящие тики** — проходят в течение года;
— **хронические тики** — длятся больше года;
— **синдром Туретта** — сочетание нескольких двигательных и хотя бы одного голосового тика.

Тики сложно контролировать и подавлять. По словам пациентов, *«пытаться предотвратить их появление — все равно что пытаться прервать чихание»*. При этом тики проявляются чаще и более ярко выражены, если ребенок нервничает или боится.

В 90 % случаев тики начинаются в возрасте от 3 до 15 лет (43). Наиболее часто они появляются в 4–8-летнем возрасте и в половине случаев исчезают до 14 лет.

Речевые нарушения

У детей с СДВГ нередко наблюдаются специфические расстройства речи. Это означает, что у ребенка может быть нормальный интеллектуальный уровень и нормальный слух, но с развитием речи все равно могут быть трудности. С такими проблемами сталкиваются около 7–10 % детей (44), и это число растет.

В чем это проявляется? Дети с речевыми нарушениями могут не только испытывать сложности с произношением звуков, но и понимать речь хуже, чем сверстники. Конкретно можно выделить следующие типы нарушений.

1. **Проблемы с артикуляцией:** ребенок говорит так, будто он младше своего возраста.
2. **Проблемы с активной речью:** ребенок понимает, что ему говорят, но выразить свои мысли словами ему трудно.
3. **Проблемы с пониманием речи:** ребенок плохо понимает, что ему говорят. Это может приводить к тому, что и его собственная речь отстает.

Проблемы с речью могут осложнить обучение и социализацию ребенка. Чем раньше вы их заметите и обратитесь за помощью, тем быстрее логопед и другие специалисты смогут помочь вашему ребенку научиться лучше говорить и понимать речь, что значительно облегчит его жизнь.

Трудности в обучении

Мы уже говорили о том, что в школе детям с СДВГ часто приходится непросто: примерно 45 % из них (45) сталкиваются с проблемами в обучении.

Тут важно понимать, что они не связаны ни с умственной отсталостью, ни с нарушениями зрения или слуха или какими-то другими физическими недостатками, а исключительно с особенностями развития мозга.

Эти проблемы обычно включают такие расстройства, как:

1. **Дислексия** — трудность в обучении чтению, встречается у 5–10 % (46) школьников и проявляется в том, что ребенок допускает при чтении одни и те же ошибки, несмотря на нормальный уровень умственного развития. Мальчики страдают дислексией чаще девочек. Интересно, что в языках, где произношение и написание слов сильно отличаются (например, в английском или французском), дислексия выражена сильнее, чем в языках с более очевидным соответствием звуков и букв (например, в русском и немецком).

2. **Дисграфия** — трудность в письме, встречается у 5–27 % школьников и проявляется в том, что ребенок постоянно допускает ошибки, даже если знает правила орфографии.

3. **Дискалькулия** — нарушение способности в изучении арифметики и математических наук в целом, встречается у 3–7 % детей и проявляется в том, что ребенку сложно понимать арифметические действия и в принципе математические знаки. Больше половины детей с СДВГ допускают значительно больше ошибок в задачах на сравнение чисел и устном счете, чем их сверстники без этого диагноза.

СДВГ у взрослых. Как проявляется

Мы уже говорили о том, что еще несколько десятилетий назад приходилось доказывать наличие СДВГ у детей. Теперь в этом диагнозе мало кто сомневается, но, когда говоришь о взрослых, регулярно слышишь вопрос: «А разве это не детская болезнь?»

СДВГ у детей — одно из самых часто встречающихся нервно-психических расстройств, и для этой возрастной группы есть хорошо зарекомендовавшие себя подходы к лечению. Однако СДВГ никуда не уходит с получением паспорта или окончанием школы: в ряде случаев, как мы и писали ранее, оно остается с человеком на всю жизнь.

При этом важно помнить, что **СДВГ не возникает впервые уже у взрослого человека — он всегда проявляется еще в детстве**. Поэтому, если взрослый пациент жалуется на невнимательность, гиперактивность, импульсивность, всегда важно уточнить, давно ли это началось. И, если эти симптомы начали проявляться недавно, значит, причина не в СДВГ, а в чем-то другом.

Исследования показывают, что **стойкие проявления СДВГ среди взрослых встречается у 2,5 % людей** (47) **— это каждый 40-й**!

При этом у 6,8 % взрослых выявляются отдельные симптомы, не полностью соответствующие критериям заболевания, — так называемый симптоматический СДВГ. Кроме того, ученые

обнаружили признаки СДВГ у 2,8–4,2 % пожилых людей (старше 60 лет) (48).

Когда ставят диагноз?

Взрослому пациенту диагноз СДВГ могут поставить при соблюдении двух условий:

— Трудности, с которыми он столкнулся в детстве, соответствуют критериям для СДВГ детского возраста.

— В настоящее время у него есть первый и второй симптомы (выделены полужирным ниже), а также не менее двух из оставшихся признаков из списка.

1. Постоянная двигательная активность.
2. Трудности с концентрацией внимания.
3. Перемены настроения, частые «эмоциональные качели».
4. Неспособность довести начатое до конца.
5. Вспыльчивость.
6. Непереносимость стресса.
7. Импульсивность.

А вот список вопросов пациенту при подозрении на СДВГ, предложенный исследователем и врачом Расселом А. Баркли.

1. Вам трудно сосредоточиться на чем-то одном?
2. Вас легко отвлечь?
3. Вы бываете очень импульсивны?
4. Вам сложно организовать свои дела и они остаются недоделанными?
5. Вам сложно ясно мыслить?
6. Вы беретесь за много дел сразу, но редко их завершаете?
7. Окружающие говорят вам, что вы слишком многословны?

8. Вам трудно внимательно слушать других?

9. Вы перебиваете собеседников, не дав им закончить, а потом жалеете об этом?

10. Вам кажется, что ваш голос звучит громче других?

11. Вам сложно сформулировать свои мысли?

12. Вы часто чувствуете тревогу или беспокойство?

13. Бывает так, что вы забываете о важных делах, которые нужно сделать срочно?

Конечно, только путем медицинского обследования можно точно определить, есть ли у вас СДВГ. Но чем больше вы дали положительных ответов, тем больше вероятность того, что у вас это расстройство есть.

Ведущие симптомы СДВГ (невнимательность, гиперактивность и импульсивность) у взрослых обычно несколько отличается от того, что наблюдается у детей. Конечно, взрослые в большинстве своем не скачут и не прыгают, когда это неуместно. Но, как и детям, им сложно долго усидеть на месте, а потому им тяжело даются затянувшиеся совещания, спектакли и киносеансы, а также перелеты продолжительностью более двух часов. Их гиперактивность выражается в ерзанье на стуле, болтании ногой, постоянных сменах позы, постукивании пальцем. Они часто переживают беспокойство и тревогу. Как правило, их не прельщает перспектива провести вечер дома, с книжкой или в разговорах с членами семьи: им хочется постоянного действия и смены обстановки.

Хотя гиперактивность со временем может снижаться, импульсивность у взрослых с СДВГ остается на высоком уровне. **Такие люди часто принимают важные, а то и судьбоносные решения, не задумываясь об их последствиях** (например, увольняются или бросают учебу в университете, рвут отношения с близкими).

Для взрослых пациентов с СДВГ, так же как и для детей, характерна чрезмерная болтливость. При этом им очень сложно

дождаться, пока другие закончат говорить, и они часто перебивают собеседника.

И, пожалуй, **ключевая проблема взрослых с СДВГ — трудности с концентрацией и вниманием, которые, в отличие от гиперактивности, с возрастом прогрессируют.** Такие пациенты часто теряют банковские карты, ключи от дома или автомобиля. В супермаркете они не помнят, за чем пришли, а вечером их может осенить, что они забыли забрать ребенка из детского сада. Тревожная ситуация, не правда ли? Но это еще не все. Управление финансами превращается в сущий кошмар. Своевременная оплата счетов, ведение бюджета, контроль расходов — все эти задачи кажутся почти невыполнимыми.

Многие взрослые с СДВГ не умеют правильно расставлять приоритеты, часто пропускают важные встречи и затягивают выполнение задач. Для них характерно откладывание дел на потом. Иногда такие люди могут сосредоточиться только на одном интересном деле и не замечать ничего другого вокруг (это называется гиперфокус). Со стороны жизнь взрослых с СДВГ может показаться хаотичной и беспорядочной.

СДВГ у подростков и особенно у взрослых часто сочетается с **синдромом дефицита удовлетворенности (СДУ)**, при котором головной мозг перестает вырабатывать в достаточном количестве нейромедиаторы, которые «сообщают» о получении удовольствия. Люди с СДУ в большей степени склонны к алкогольной, наркологической и игровой зависимостям, к перееданиям и т. д.

ТЕСТ НА СДВГ

Подозреваете у себя СДВГ? Обратитесь к специалисту, если насчитаете у себя как минимум 6 пунктов:

- Вы постоянно отвлекаетесь.
- Не можете тщательно выполнять работу.
- Постоянно опаздываете.
- Не можете вовремя сделать задание.
- Часто теряете вещи.
- Часто забываете о срочных делах и важных встречах.
- Во время разговора часто перебиваете собеседников.
- Регулярно меняете работу, нигде подолгу не задерживаетесь.
- Часто совершаете ошибки при управлении автомобилем и нарушаете правила дорожного движения.
- **Проблемы с вниманием, памятью, выдержкой и проч. появились еще в детском возрасте.**
- В школе были проблемы с успеваемостью и поведением.
- В вузе или другом учебном заведении были трудности с обучением.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:
Про режиссерский факультет и психушку

Как я уже рассказывал, школу я худо-бедно окончил. А дальше надо было что-то придумывать, где-то учиться. Сначала я поступил в Институт культуры на факультет театральной режиссуры. В этом мне помогла та самая способность «хорошо бегать на короткие дистанции». Мама взяла мне репетиторшу, которая просидела со мной 8 или 10 часов подряд – а может, и все 12. Я пошел, сдал все экзамены – как сейчас помню, на три пятерки и четверку, даже в школе я так никогда не учился, – и поступил.

Но проблема была в том, что всем моим однокурсникам было лет по 30 и больше, а мне – всего 17. Не знаю, как сейчас, но в те времена во всех вузах страны – и в театральных, и в киношных – режиссерский был факультетом взрослых людей, у которых уже были высшее образование и опыт работы. Считалось, что актер должен быть юным, чтобы из него можно было что-то «лепить», а вот режиссер – наоборот.

Я был младше своих сокурсников почти в два раза, но все-таки сумел пару лет продержаться на театральной романтике и интересе к девочкам. Хотя сдавать экзамены, конечно, было тяжело, и после второго курса я этот институт покинул.

Вообще психопатия – это такое пограничное состояние, при котором ты ведешь нормальный образ жизни ровно до тех пор, пока не возникает что-то, с чем ты психологически не справляешься. И в этот момент ты становишься непредсказуемым. Таких в армию стараются не брать, ведь это те самые бойцы, которые могут спокойно служить, но, если над ними начинают издеваться, берут автомат и расстреливают всю роту.

Это, кстати, был мой первый, но далеко не последний неправильный диагноз. Позднее мне ставили и депрессию тоже. В общем, вышел я из больницы со справкой о психопатическом складе личности и начал как-то с этим жить.

Эмоциональные качели, тревожность, депрессия

Основные симптомы СДВГ — это еще далеко не все, с чем сталкиваются взрослые, живущие с этим диагнозом. Многие из них ежедневно чувствуют раздражение, плохо справляются со стрессом, страдают от перепадов настроения. А еще примерно у половины взрослых с СДВГ встречаются различные тревожные расстройства (49).

Например, **генерализованное тревожное расстройство (ГТР)** — постоянное беспокойство, не связанное с конкретными событиями. Люди с ГТР часто нервничают, ощущают мышечное напряжение, головокружения, учащенное сердцебиение.

Тревогу при ГТР иногда называют «свободно плавающей»: больной ощущает ее постоянно, а при самых незначительных жизненных затруднениях и конфликтах она усиливается. Пациенты с ГТР совершенно не выносят неопределенности; из всех возможных вариантов развития событий они заранее предполагают наиболее неблагоприятный.

Кроме тревожности, у взрослых с СДВГ **нередко встречается депрессия. Если в среднем по популяции она наблюдается у 2–4 % людей, то среди взрослых с СДВГ этот показатель достигает 31 %** (50).

Люди с депрессией ощущают подавленность и безысходность, зацикливаются на негативных переживаниях, прокручивая их в голове снова и снова. Это коррелируется с исследованиями, которые показывают, что взрослые с СДВГ часто чувствуют себя несчастными.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:
Три пачки «Явы» в день, долги и другие проявления СДВГ во взрослом возрасте

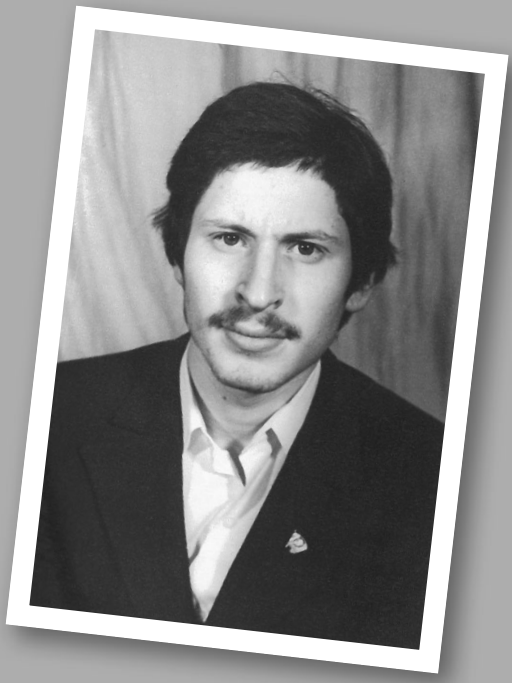
Про ощущение собственной несчастливости – это очень точно. Я чувствовал себя именно так, и проявлялось это, в числе прочего, в деструктивном поведении. Я выкуривал дикое количество сигарет в день – теперь понимаю, что они меня хоть как-то успокаивали. Были годы, когда я курил по три пачки в сутки, вообще не вынимая сигарету изо рта. У меня была иллюзия, что так я нахожусь в более спокойном состоянии и хотя бы никуда не бегу и ничего другого не делаю, ведь курение – уже само по себе действие.

Курил я безудержно: и днем, и ночью, и в постели, и даже работая в школе – короче, всегда и везде. Буквально уснуть не мог, зная, что дома нет сигарет. Был настоящим никотиновым наркоманом, бегал за таксистами.

Люди младшего поколения наверняка не поняли, при чем тут таксисты. Рассказываю. В СССР все магазины закрывались в девять, максимум – в одиннадцать вечера, и сигаретами приторговывали таксисты. Например, пачку сигарет «Ява», которая в магазинах стоила 30 копеек, они продавали за 3 рубля или даже за все 5.

И я, вместо того чтобы дождаться утра и пойти купить сигареты за 30 копеек в киоске, иногда в три часа ночи бегал зимой к водилам и покупал у них за бешеные деньги ту же самую «Яву» – и это при зарплате в 69 рублей. Из-за этой своей зависимости я, кстати, заработал ишемическую болезнь сердца, и в достаточно молодом возрасте мне поставили стент.

Пить я тоже начал рано – лет в 14–15 лет. Но в этом плане мне повезло гораздо больше: в 16 лет у меня случилось тяжелое алкогольное отравление, отнялась вся



Я никак не мог понять, почему у меня в жизни ничего не складывается — ни отношения, ни работа, ни карьера, ни возможность зарабатывать деньги; почему я ничего не могу довести до конца.

Я просто хаотично двигался в разные стороны, выживал и пытался уйти от проблем. У меня постоянно было ощущение, что я непрерывно бегу — только непонятно, куда и зачем.

левая половина туловища. И в течение нескольких лет я даже запаха алкоголя не переносил. А потом, когда способность употреблять вернулась, от спиртного довольно быстро начинала болеть голова.

Впрочем, во взрослом возрасте начались другие проблемы, вызванные СДВГ. Уже не двойки и не тройки, а вещи куда более серьезные и неприятные. Во-первых, я совершал дикое количество неконтролируемых импульсивных действий. Например, бездумно тратил деньги, что привело к огромным долгам: в какой-то момент я был суммарно должен людям и банкам 300 тысяч долларов. Огромные деньги, и тогда, и сейчас.

И даже начав нормально зарабатывать, удерживать деньги я все так же не мог – тратил подчистую. Это были совершенно неконтролируемые процессы – как, например, у современных шопоголиков, которые тратят все до копейки, а потом неделю или даже месяц голодают. И **всему этому я продолжал искать объяснения вовне – в других людях и обстоятельствах.** Даже мысли не было, что источником проблем могу быть я сам, а точнее – мое заболевание.

Это в целом свойственно большинству людей – считать, что они поступают единственно правильным образом. Но только вылечившись, я понял, что́ на самом деле происходило. А до тех пор я оставался конфликтным, обидчивым, эмоционально неустойчивым, вспыльчивым, с перепадами настроения, и вел себя соответствующим образом. Из-за этого мы спустя 13 лет брака развелись с женой и из-за этого же я выбирал невротичных барышень и строил с ними не самые здоровые отношения.

И отношения с собственным ребенком у меня тоже были достаточно тяжелые – из-за моей конфликтности,

нетерпимости и беспокойства. Я даже не мог нормально, спокойно поговорить – сразу начинал ругаться и что-то выяснять.

Невротическими были и мои отношения с собой. Я не понимал, что со мной, почему меня все время что-то гнетет, почему я такой несчастный. Думал, что проблема в окружающих, а не во мне. То жена у меня была виновата, то родители, то соседи. Мне и в голову не приходило, что проблема – в моем состоянии.

Я, кстати, всю жизнь чувствовал, что отличаюсь от других, и не мог ни к кому примкнуть. Ни к шпане, потому что все-таки был из интеллигентной семьи, ни к интеллигенции. Я как бы завис между разными социальными группами и чувствовал себя особенным – правда, в плохом смысле слова. Как будто я хуже других.

И никак не мог понять, почему у меня в жизни ничего не складывается – ни отношения, ни работа, ни карьера, ни возможность зарабатывать деньги; почему я ничего не могу довести до конца.

Была и еще одна проблема, тоже типичная при СДВГ, – полное отсутствие структурированности жизни, мозга, мыслительных процессов и вообще всего. У большинства людей в жизни есть какая-то упорядоченность, структура. Они работают, отдыхают, у них есть отношения, личная жизнь. Я же со своим СДВГ просто хаотично двигался в разные стороны, выживал и пытался уйти от проблем. Даже в разговорах в те далекие годы я постоянно перескакивал с одного на другое, не мог придерживаться определенной линии. А еще **у меня постоянно было ощущение, что я непрерывно бегу – только непонятно, куда и зачем.**

К тому же меня преследовало немотивированное животное чувство страха. Я боялся буквально всего

на свете: того, что я провалюсь в люк, что меня собьет машина, на голову упадет дом. Вернее, даже не чего-то конкретного – просто у меня был тотальный страх всего. И жуткое состояние тревожности.

Уже во взрослом возрасте у меня появились тики. А поскольку я вел программу на телевидении – об этом расскажу чуть позже, – мне нужно было с ними что-то делать, как-то справляться. Я долго ходил по врачам, искал способ решить проблему, но тики прекратились только со временем.

В последние десятилетия в психологической литературе активно используется термин «эмоциональный интеллект». Придумали его американские ученые Джон Майер и Питер Саловей. Он описывает способность человека понимать эмоции — свои и чужие — и использовать эту информацию при принятии решений.

Эмоциональный интеллект можно разделить на четыре основных аспекта:

1) *эмоциональная осведомленность* — умение замечать, оценивать и выражать свои эмоции, а также понимать эмоциональные проявления других людей;

2) *генерирование эмоций* — способность вызывать у себя нужные эмоции и использовать их для того, чтобы лучше думать и расставлять приоритеты;

3) *понимание эмоций* включает в себя умение разбираться в том, что означают эмоции — как свои, так и чужие;

4) *управление эмоциями* — способность их контролировать и воздействовать на настроение других.

И с этими качествами у пациентов с СДВГ большие проблемы. Исследования показали, что такие пациенты отличаются низкими показателями эмоционального интеллекта, особенно по шкале управления собственными эмоциями.

Как СДВГ влияет на взрослую жизнь?

Взрослым с СДВГ часто приходится нелегко — в том числе на работе, в учебе и в других сферах жизни. Студенты с СДВГ, как правило, получают более низкие оценки, чем их сверстники без диагноза. Им приходится по несколько раз перечитывать материал, чтобы его понять, и времени на подготовку к тестам и экзаменам им тоже требуется больше — притом что планировать это время им довольно сложно. В результате они чаще бросают учебу, реже получают высшее образование, занимают менее квалифицированные должности, меньше зарабатывают и чаще меняют работу.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ: Из бойлерной — на истфак, а потом и в психологию

Мне получить высшее образование все же удалось, но путь к этому был тернист. Долгие годы, будучи студентом — а учился я действительно долго, в разных местах, — я подрабатывал дворником. Справедливо решив, что самая легкая работа дворника — мести не просто улицу, а двор какого-нибудь детского сада, — туда я и устроился. Такая примитивная физическая работа мне очень подходила. Убирать снег, махать метлой — это сколько угодно, от этого я не уставал. А вот учеба давалась мне тяжело. Больше того: если я учился семестр, а потом не мог с первого раза сдать зачет или экзамен, то просто бросал это дело.

Внимательный читатель помнит, что с режиссерского факультета я отчислился, но примерно в те же годы внезапно снова поступил в институт. Почему «внезапно»? Дело было вот как. Я встречался с девочкой, папа которой однажды поинтересовался: «Ну и чем твой ухажер занимается?» — «В бойлерной работает...» Было как-то

несолидно, и я довольно легко поступил в пединститут на исторический факультет. Сдал экзамены на одни пятерки, по прежней схеме: ночью позанимался, утром сдал, а днем уже ничего не помнил.

Однако учиться было очень тяжело, особенно из-за гигантского количества дат, имен и фактов, которые требовалось запомнить. Но все же год я там отучился – просто чтобы доказать папе той девочки, что все-таки чего-то стою. А потом мы с ней расстались, и институт я бросил. Но поступил в педучилище (мне засчитали часть экзаменов с истфака) и пошел работать в школу.

И только потом, работая учителем в начальной школе, я поступил на психфак педагогического института, на вечернее отделение. И вот тут наконец все стало проще, и **в свои 27 – то есть через 10 лет после окончания школы – я наконец-то получил диплом о высшем образовании.** И уже на третьем курсе пединститута начал работать школьным психологом.

Взрослые с СДВГ устают гораздо быстрее, чем их здоровые сверстники. У 62 % пациентов с СДВГ отмечаются признаки астении, в первую очередь повышенная утомляемость (51).

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:
Школьные годы чудесные: про работу в школе

В школе мне работалось хорошо: и учителем, и потом психологом. А знаете почему? В начальной школе было всего четыре урока по 45 минут, между ними перемены – столько я вполне мог осилить. Тем более что все 45 минут ты на уроке не задействован: объясняешь что-то минут пять, потом минут десять дети задание выполняют, потом вы его обсуждаете. То есть постоянная смена деятельности. А чтобы зарплата была хоть немного

побольше, я вел общую и возрастную психологию в девятом и десятом классах, то есть еще по два урока.

Уже тогда я не мог понять, как люди каждый день работают по восемь часов. То ли дело школа: 45 минут – и перемена, еще 45 – еще одна. И постоянно что-то новое: то один класс, то другой.

Короче, это была просто работа мечты, я ее обожал, потому что она не требовала скрупулезности, тщательности и долгого сидения на одном месте. Но и на ней я тоже уставал: иногда после четвертого урока я засыпал прямо за учительским столом – видимо, и эта **деятельность, сопряженная с волевыми усилиями, забирала у меня последние силы.** А потом приходил домой и снова заваливался спать: уровень усталости был запредельный, как будто я не в школе работал, а вагоны разгружал.

Тогда у меня впервые в жизни что-то стало получаться. Довольно скоро я стал известным учителем – обо мне писали в разных СМИ, от «Комсомольской правды» до «Учительской газеты». Еще до окончания института, года в 23–24, я попал на обложку журнала начальной школы. Кроме всего прочего, я оказался в знаменитой школе № 43, про которую сняли фильм «Нежный возраст». А перед тем, как я ушел из школы и вообще уехал из страны, ко мне в класс стояла очередь из 75 человек – при норме в 25. То есть родители специально хотели отдать детей в нашу школу, чтобы они попали ко мне в первый класс.

Единственный мой косяк как учителя начальных классов заключался в следующем. Я был обязан преподавать детям чистописание – учить их красиво писать письменными буквами. А я и сам-то писал каракулями! Да и до сих пор пишу не очень. Я тогда честно всем сказал:

извините, это не мое. И с меня за это, кстати, никто не спрашивал – ни директор, ни завуч.

Еще из-за своего СДВГ я был очень неаккуратный, постоянно разбрасывал вещи – и дома, и в школе. Доходило до того, что дети сами наводили порядок на моем столе – абсолютно добровольно. Мол, «Михаил Александрович, вот, мы вам все это аккуратненько стопочкой сложили».

А еще взрослые с СДВГ не умеют откладывать деньги. Им сложно вовремя оплачивать счета, они склонны к импульсивным покупкам. Молодые пациенты дольше, чем их здоровые сверстники, находятся на содержании у родителей, а пожилые люди с СДВГ выходят на пенсию почти без накоплений.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ: Кибуц, работа на стройке и свой метод изучения иврита

Когда мне было 28, мы с женой и ребенком переехали в Израиль и должны были, как и все репатрианты, учить иврит. Помню, как мы с женой пошли первый раз в местную школу, ульпан. Дело было в кибуце на Голанах, на севере страны. В общем, минут через 15 после начала урока я уже спал, положив голову на парту. А поскольку я не понимал, что у меня СДВГ, то решил, что мне это просто не надо. Так и сказал жене: пойду я лучше работать, семью кормить надо. И на занятия больше не приходил.

Но язык, кстати, выучил – так, как, наверное, учат его гастарбайтеры во всем мире. В мой первый же день на стройке – а устроился я поначалу именно туда – меня определили к прорабу, который говорил со мной только на иврите. Он бегал по объекту с рулеткой, делал замеры

оконных и дверных проемов и откосов, диктовал мне на иврите двух-трехзначные цифры, а я на ломаном английском пытался что-то переспросить. И тогда он мне на английском ответил: «Старик, мы на работе, и мне все равно, что ты не понимаешь. Или ты начнешь понимать, или останешься без работы». А надо сказать, жили мы очень бедно и такая перспектива мне совсем не улыбалась. Поэтому путем невероятных усилий к концу восьмичасовой смены я уже считал на иврите до тысячи и обратно. Без всякого ульпана.

При этом, как все эти слова пишутся, я не знал и до сих пор довольно плохо читаю на иврите.

В общем, какое-то время мы пожили в кибуце, а потом переехали в Иерусалим. Там я отнес свой диплом в Министерство образования, и мне подтвердили вторую степень по психологии. Так я начал работать психологом в мэрии Иерусалима, в подразделении, которое помогало трудным подросткам в трудных семьях. Конечно, мне передавали только русскоговорящих детей: мой уровень иврита не позволял работать со всеми остальными. Но проблема была в том, что в самой мэрии я должен был говорить на иврите. Пришлось взять себе переводчика и первые полгода отдавать ему почти весь свой заработок.

И по сей день я сам достаточно бегло говорю на иврите, но ответы понимаю плохо: видимо, чтобы понять, что тебе говорят, надо больше концентрироваться.

А еще, когда я работал в Службе семейного посредничества, от меня требовали описывать мою работу с пациентами, вести записи. Я же делать этого не мог, даже на русском, и сам не понимал почему. Тогда мне казалось, что у меня просто много работы, некогда. Но на самом деле причина, конечно, была в моем диагнозе.

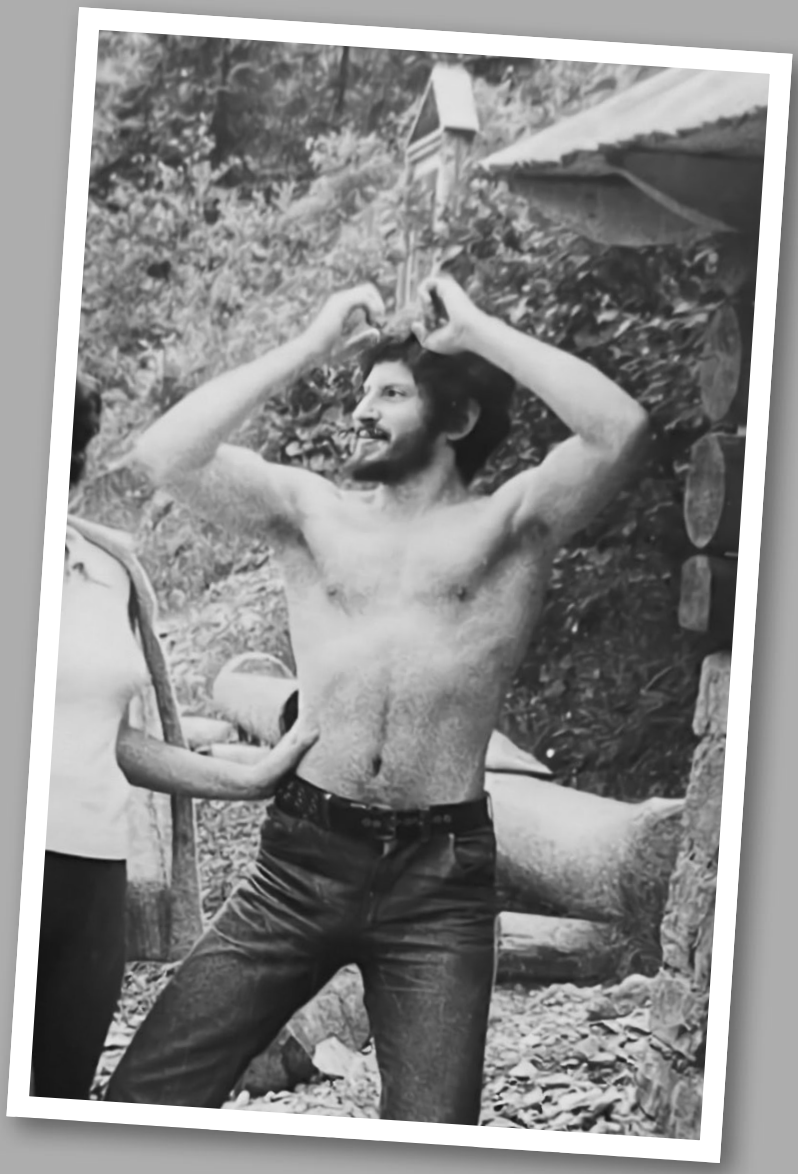
Вернувшись из Израиля обратно в Москву, я начал работать в Первой государственной консультации семьи и брака, открытой еще в СССР. Тогда же я впервые попал на радио – на радиостанцию «Надежда» – и начал там вести программу. Так и пошло: я работал психологом и параллельно вел передачи на радио. Потом меня стали приглашать на телевидение, я даже делал там свою программу.

При этом мой СДВГ, как вы понимаете, никуда не делся. Вернее, я тогда еще по-прежнему не знал, что у меня этот диагноз, но **продолжал ходить по врачам. Они в основном говорили, что у меня депрессия, и назначали антидепрессанты.** Это не помогало, и я не мог принимать больше одного-двух человек подряд. После 45-минутной сессии я уставал от концентрации внимания настолько, что иногда ложился спать. Даже работа в школе не давалась так тяжело: там все-таки было много детей и постоянная движуха.

Телевидение тоже требовало усидчивости: надо было то фрагмент перезаписать, то дождаться, пока свет по-другому выставят, – а с СДВГ это дается очень нелегко. Зато на радио наушники надел – и в путь. Из-за этого радио я всегда любил больше.

По статистике, взрослые с СДВГ чаще попадают в автомобильные аварии. Причина — не столько рассеянность, сколько импульсивность. Исследования также показывают, что у таких людей агрессивный стиль вождения (52).

И, конечно, СДВГ влияет на личную жизнь: люди с этим синдромом чаще меняют партнеров и реже используют контрацепцию. В семейной жизни они сталкиваются с бóльшим количеством проблем, их отношения менее стабильны и часто заканчиваются расставанием и разводом.



Я перестал искать причину своих неудач в других людях — и неудачи тут же закончились.

Исследования показывают, что люди с СДВГ нередко преступают закон. Так, у 26 % взрослых, находящихся в местах лишения свободы, найдены проявления СДВГ, что примерно в 10 раз чаще, чем в целом по популяции (53). При этом среди отбывающих длительный срок наказания распространенность СДВГ составляет 40 %. Однако лишь 6 % осужденных с подтвержденным СДВГ получили этот диагноз и медицинскую помощь еще в детстве, хотя медицинская и психологическая помощь требовались большинству из них.

Согласитесь, статистика не слишком утешительная, но хотим еще раз подчеркнуть: люди с СДВГ не виноваты в своем диагнозе, и, если вовремя принять необходимые меры и начать терапию, за счет этого можно уменьшить возможные риски.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:
Второе рождение: постановка диагноза и жизнь после

В книгах часто пишут, что после какого-то события жизнь делится на «до» и «после». Так было и со мной. Однажды, лет 15 назад, мне позвонила бывшая жена, которая на тот момент работала медсестрой в Израиле, и рассказала, что была на лекции психиатра с СДВГ. Его самого в детстве не лечили, и на лекции он рассказывал о своих симптомах, о том, как живет, с какими проблемами сталкивается и как их решает. Жена сказала: «И вот я его слушаю и понимаю – да это же практически все про тебя. Просто описание твоей жизни».

Я ей поверил и стал искать врача, который бы в этом разбирался. И нашел! Мне поставили диагноз, и началось лечение. И, вы знаете, **с первой же таблеткой моя жизнь изменилась.** Казалось, такого просто не может быть, но все реально повернулось на 180 градусов. Я **испытал,**

может быть впервые за всю свою жизнь, прилив счастья и радости. Мне тогда было 48 лет.

Но это еще не все. Я вдруг перестал быть «лузером». За полтора года я раздал все долги – а их сумма, напомню, составляла 300 тысяч долларов. Сам я стал «структурированным» и предсказуемым, перестал вести себя импульсивно, бросил курить. Начал выдерживать рабочие нагрузки, с которыми не справлялся и в 20–30 лет. И работать, соответственно, стал в разы больше.

До лечения моей максимальной нагрузкой, напомню, было принять двух пациентов в день, причем с перерывом хотя бы часа в четыре, чтобы можно было поспать и восстановиться. А начав лечиться, я стал и по четыре человека подряд принимать. Потому что **у меня перестало уходить столько энергии на две вещи: на совершение любых волевых усилий и на внутренние переживания из-за того, что у меня ничего не получается и я какой-то неудачник.** Всю эту энергию я смог направить на работу, да и на жизнь вообще.

Благодаря тому, что мой мозг начал функционировать в разы эффективнее, я придумал свою психологическую методику, по которой сам и живу, – те самые 6 правил, которые за годы моей практики показали огромную эффективность. Я, человек, который раньше и предложение-то не мог дописать до конца, параллельно с этой книгой работал еще над одной – можете себе такое представить? А моя гиперактивность превратилась из недостатка, который мешал мне жить, в черту характера, благодаря которой я решаю вопросы стремительно.

А еще я перестал обижаться и конфликтовать, стал гораздо более доброжелательным, сдержанным, терпеливым, спокойным, лояльным и толерантным. У меня вообще исчезли проблемы в отношениях

с окружающими – как минимум потому что пропала необходимость выяснять с ними отношения. Я стал ясно и рационально мыслить и нести ответственность за свою жизнь и свои поступки. Началась действительно совершенно другая жизнь, и этим я обязан своей бывшей жене. Но главное: **я перестал искать причину своих неудач в других людях – и неудачи тут же закончились.**

И теперь, кроме проблем со здоровьем, которое я себе основательно подпортил из-за своего диагноза, мне вообще не на что жаловаться. Сегодня я живу так, как даже мечтать не мог.

Диагностика СДВГ

Надеемся, что за предыдущие главы нам удалось убедить вас, дорогие читатели, что СДВГ довольно сильно влияет и на самого ребенка, и на жизнь всей семьи, поэтому чем быстрее будет поставлен диагноз и начато лечение, тем будет лучше для всех. При диагностике важно:

1. Выявить признаки СДВГ.
2 . Отличить проявления СДВГ от проявлений похожих заболеваний.
3. Определить, «кто виноват», ответив на следующие вопросы:
   3.1. Это ребенок не может управлять собой — или родители не могут им управлять?
   3.2. Это дефицит внимания или мотивации? То есть ребенок *не может* учиться или *не хочет*?

Важно различать **патологические** и **непатологические** формы поведения, хоть это иногда и непросто. При непатологической форме нужна в первую очередь педагогическая, социальная коррекция, тогда как патологические формы нарушений требуют совместных усилий педагогов и врачей-специалистов.

Чтобы диагноз был поставлен вовремя, родители должны быть внимательными к своему ребенку. Нужно первыми увидеть признаки нездоровья и забить тревогу. От того, насколько вовремя они поймут, что с их ребенком что-то не так, зависит очень многое, ведь чем раньше обнаружена болезнь (причем любая), тем лучше она поддается лечению.

Что делать родителям, заметившим у своего ребенка признаки СДВГ? Как можно скорее обратиться к врачу. Несмотря на то, что подобные состояния привлекают внимание все большего круга исследователей (психиатров, психологов, социологов, логопедов, педагогов, физиологов и др.), наиболее часто с этими проблемами в нашей стране работают детские неврологи, а в большинстве зарубежных стран — психиатры.

Врач-невролог проводит первичную консультацию: выслушивает жалобы, собирает анамнез, разговаривает с ребенком и проводит неврологическое обследование. В случае постановки предварительного диагноза СДВГ он может назначить необходимое лечение.

Можно начать с детской поликлиники, но по возможности лучше, конечно, сразу обратиться в специализированный центр, в котором занимаются этой проблематикой; чтобы уточнить диагноз, ребенка могут направить на дополнительное обследование в консультативно-диагностический центр. Если у ребенка наблюдаются грубые поведенческие нарушения, не обойтись и без консультации психиатра.

Максимально эффективную помощь детям с поведенческими и когнитивными нарушениями могут оказать именно в специализированных центрах. Диагностику там проводит сразу ряд специалистов: невролог, медицинский психолог и/или психотерапевт. И, конечно, **чтобы психотерапевтическая помощь была эффективной, она должна носить семейный характер**.

Один из таких специализированных центров по лечению СДВГ в России — Центр поведенческой неврологии Института мозга человека имени Н. П. Бехтеревой Российской академии наук в Санкт-Петербурге. В центре разрабатывают новые методики диагностики и лечения СДВГ, а также других поведенческих и когнитивных нарушений.

В Центре поведенческой неврологии ребенок в течение одного дня проходит комплексное обследование, которое позволяет точно

определить степень нарушений. В обследовании используются самые разные методики: психологические, неврологические, психофизиологические и прочие — но все начинается с долгой беседы с родителями. Специалисты расспрашивают их о том, страдал ли кто-то в роду психическими заболеваниями, как сами родители учились в школе, как протекали беременность и роды и т. д. Очень важно честно рассказать врачу о конфликтах в семье, особенностях воспитания ребенка и, конечно, о его развитии и поведении.

Оценить поведение ребенка помогают характеристики, составленные воспитателями в детском саду или учителями в школе: специалист попросит их принести и внимательно изучит, хотя, конечно, мнения педагогов бывают слишком пристрастными и чересчур негативными.

На основании этих критериев разработана **рейтинговая шкала СДВГ** (см. с. 120—121)— список отчетов родителей или учителей, состоящий из 18 вопросов о поведении ребенка за последние 6 месяцев.

Более точная оценка степени тяжести заболевания производится с помощью специальных шкал — например, шкалы SNAP-IY.

В большинстве случаев у детей с СДВГ не удается обнаружить какой-либо грубой очаговой симптоматики; для них наиболее характерны умеренные нарушения в разных сферах: небольшая неуклюжесть, нарушение тонкой моторики (мелких движений рук), проблемы с вниманием, памятью, мышлением, тревожность, склонность к депрессии.

Как мы уже говорили, педагоги часто дают детям субъективную характеристику. Субъективно и мнение родителей. Тогда как получить объективную картину? В этом помогают нейрофизиологические исследования, которые ведутся в основном с помощью методов **количественного электроэнцефалографического обследования**. Электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ) отражает уровень зрелости головного

Рейтинговая шкала СДВГ

Симптом	Никогда	Очень редко	Иногда	Часто	Очень часто
1. Неспособен удерживать внимание на деталях, из-за чего допускает ошибки при выполнении школьных заданий и в других видах деятельности.					
2. Проявляет бесцельную двигательную активность: бегает, прыгает, пытается куда-то залезть, часто — в неприемлемых ситуациях.					
3. Теряет вещи.					
4. Не может тихо и спокойно играть или чем-то заниматься в свое свободное время.					
5. Способен концентрировать внимание только на том, что ему интересно.					
6. При необходимости сидеть на одном месте крутится, вертится, беспокойно двигает руками или ногами					
7. Обычно не заканчивает начатое дело.					
8. Болтлив, часто говорит взахлеб, болтовней надоедает окружающим.					
9. Легко отвлекается на посторонние раздражители.					
10. Предпочитает подвижные игры, во время которых неадекватно шумит (кричит, топает ногами, хлопает в ладоши и т. п.)					

11. Выражает недовольство при выполнении заданий, требующих длительного сохранения внимания, или вовсе их избегает.					
12. На вопросы отвечает не задумываясь, часто не дослушав их до конца.					
13. Неспособен придерживаться инструкций и выполнять до конца задания без организующей помощи взрослых.					
14. Неспособен ждать, дожидаться своей очереди в различных групповых ситуациях.					
15. Временами не слушает обращенную к нему речь, кажется, что он не слышит.					
16. Вмешивается в разговоры старших или игры других детей, перебивает, мешает.					
17. Забывчив, без злого умысла нарушает одни и те же правила, требования распорядка дня.					
18. Нетерпелив, возникшее желание немедленно реализует или настаивает на его выполнении другими.					

Вот как можно расшифровать полученные результаты **(но, повторимся, диагноз может и должен ставить только компетентный специалист!).**

Оцените частоту поведения ребенка по шкале от 0 до 4 и посчитайте суммарное количество баллов:

0: «никогда»,
1: «очень редко»,
2: «иногда»,
3: «часто»,
4: «очень часто».

0–18 — нет диагноза СДВГ
18–26 — СДВГ легкой степени
27–36 — СДВГ умеренной степени
37 и более — выраженный СДВГ

мозга, позволяет определить наличие эпилептической активности, а также регистрировать косвенные признаки органического поражения головного мозга. Результаты исследований и диагностики позволяют определить тип и степень тяжести заболевания и назначить соответствующее лечение.

Как отличить СДВГ от схожих заболеваний

Важно отличать отвлекаемость на уроке как проявление СДВГ от просто низкой мотивации к школьным занятиям. В первом случае ребенок учится плохо по всем предметам, особенно по тем, где важно быть максимально внимательным (математика, русский язык). А во втором речь может идти об абсолютно здоровом ребенке, который лучше сверстников подготовлен к школе и которому просто скучно на занятиях, поэтому он и вертится во все стороны (и никакого СДВГ у него нет).

Иногда тяжело отличить проявления СДВГ от активности у здоровых, но подвижных детей, особенно в дошкольном возрасте. Прежде всего важно понять, что можно считать проявлением характера или темперамента ребенка, а что говорит о заболевании: многие дети очень активны, подвижны, не любят сидеть на месте, но это еще не значит, что им можно поставить диагноз. Отличие дошкольников с СДВГ в том, что их гиперактивность зачастую носит ненаправленный характер: они одинаково ведут себя и в саду или на подготовительных занятиях, и дома. Если ребенок плохо себя ведет только дома, скорее всего, дело в неправильном воспитании. **Гиперактивный ребенок отличается от своих подвижных и активных сверстников тем, что его активность обычно выше, чем того требует ситуация.** В любых условиях и в любом месте — в гостях, театре, незнакомом коллективе — он ведет себя одинаково: прыгает, скачет, ломает предметы, карабкается, несмотря на угрозы и увещевания. Именно это отличие надо суметь увидеть.

Часто приходится отличать симптомы СДВГ от признаков усталости, называемой астенией. **Астения** (от греческого astheneia — бессилие, слабость) — это когда человек чувствует сильную усталость даже после обычной активности. Это состояние связано с нехваткой энергии, необходимой для нормальной жизни и концентрации внимания. При астении человек обычно ощущает вялость, сонливость и раздражительность; он чувствует себя измотанным и истощенным.

Астения не является отдельным заболеванием, а скорее общим симптомом, который может сопровождать различные болезни, как физические, так и психологические. Иногда она может развиваться даже у здоровых людей и проявляться по-разному: физически, психологически, интеллектуально и т. д.

Не стоит путать астенические расстройства с физиологической утомляемостью. Она характеризуется: 1) слабой выраженностью астенических симптомов; 2) появлением астенических симптомов на короткое время (несколько дней) при нагрузках, недосыпании; 3) исчезновением астенических симптомов после отдыха (63).

Наиболее часто выделяют органические астении (вызванные различными повреждениями головного мозга: травмами, инфекциями) и психогенные (возникающими на фоне стресса), и задача врача — понять, чем же все-таки страдает ребенок, СДВГ или астенией. Полный список заболеваний, от которых стоит отличать СДВГ, вы найдете в таблице ниже.

От каких заболеваний надо отличать СДВГ

Заболевания	Дифференциально-диагностические признаки	Дополнительные консультации и исследования
Неврозы	Особенности поведения ребенка связаны с действием психотравмирующих факторов	Анализ истории развития ребенка, психологическое обследование
Цереброастенический синдром при соматических заболеваниях	Высокая истощаемость, сонливость, заторможенность, частые головные боли, связь с соматическим заболеванием	Педиатрическое обследование, лабораторные исследования
Последствия перенесенной черепно-мозговой травмы или нейроинфекции	Клинические проявления напрямую связаны с черепно-мозговой травмой или нейроинфекцией, более выраженная очаговая неврологическая симптоматика	Анализ анамнестических данных, неврологическое и нейрофизиологическое обследование
Индивидуальные особенности темперамента	Отсутствие клинически значимых нарушений внимания и других когнитивных функций	Неврологическое обследование, анализ анамнестических сведений, психологические исследования

Когда в семье ребенок с СДВГ

Как мы уже говорили в одной из предыдущих глав, на прогноз развития ребенка с СДВГ и то, возникнут ли у него впоследствии вторичные психосоциальные проблемы, в значительной степени влияет домашняя атмосфера.

Психологический климат в семье

Когда в семье растет ребенок с СДВГ, домочадцы, главным образом родители, испытывают повышенную психологическую нагрузку. Особенности таких детей (импульсивность, сложности с самоорганизацией, проблемы с самоконтролем, перепады настроения и пр.) негативно сказываются на микроклимате внутри семьи, ведь все ее члены неизбежно испытывают стресс.

Более чем в 60% случаев при обследовании у детей с СДВГ были обнаружены неблагоприятные семейные обстоятельства (54). Среди них наиболее часто встречались: воспитание в неполной семье, алкоголизм у родителей, частые конфликты в семье, разница в подходах к воспитанию ребенка. **У детей, генетически предрасположенных к СДВГ, конфликты в семье могут усилить остроту его проявления до клинического уровня.**

Как мы уже говорили, нередко бывает так, что у родителей ребенка с СДВГ тоже есть этот диагноз (почти у половины отцов и 29% матерей, хотя часто они об этом не знают (55)), и из-за этого они ведут себя с ребенком несдержанно и непоследовательно.

При этом у отцов проявления СДВГ бывают более выраженными, чем у матерей.

Исследования показывают, что в семьях, где растет ребенок с СДВГ, уровень разводов значительно выше, чем в семьях с детьми без диагноза. Превышает он и процент разводов среди родителей детей с аутизмом. При этом как поведение ребенка может провоцировать конфликты в семье, так и наоборот: конфликты в семье и, если до этого доходит, развод — могут усугубить состояние ребенка. При этом матери детей с СДВГ, на чьи плечи ложится основная нагрузка, оценивают свое состояние как более подавленное, а брак — как более тяжелый, чем матери детей без диагноза.

Также Баркли говорил о том, что отношения могут развиваться по спирали. Вначале родители пытаются игнорировать проблемы, считая, что ребенок плохо себя ведет, чтобы привлечь к себе внимание. Потом ситуация ухудшается, и родители действительно начинают уделять ребенку больше «внимания»: ругать его, постоянно делать замечания. Если лучше не становится, в ход идут запугивания («в интернат тебя сдадим!»), а то и физические наказания. А затем у уставших родителей начинаются вспышки гнева, во время которых они оскорбляют ребенка или даже поднимают на него руку. Постепенно у них формируется образ собственного ребенка как «неудачного», возникает неприятие, отвержение ребенка, эмоциональное отчуждение. Родители как могут отгораживаются от проблемы.

В семьях детей с СДВГ чаще возникают конфликты, менее ярко выражают чувства, реже общаются открыто и реже поощряют детей к независимости. Потребности ребенка нередко игнорируют, при этом предъявляют к нему чрезмерные требования и вводят множество запретов и санкций за нарушения. Родителям детей с СДВГ свойственны импульсивность и тревожная мнительность;

они ругаются, выясняя «кто виноват», и обвиняют друг друга: «это все из-за того, что ты неправильно воспитываешь».

Можно выделить несколько характерных особенностей отношений в семьях детей с СДВГ.

1. Отношения ребенка с СДВГ с другими детьми в семье

При всей своей психологической незрелости дети с СДВГ пытаются руководить братьями и сестрами, добиваться подчинения. Как правило, не требовательные к себе, гиперактивные дети настаивают на том, чтобы все играли по их правилам, хотя сами часто не могут довести задуманное до конца. Братьям и сестрам таких детей приходится нелегко, особенно если родители заставляют их присматривать за сиблингом с СДВГ, следить за поведением, выполнением домашнего задания и проч. В общественных местах им часто бывает стыдно, когда окружающие делают замечания их гиперактивным брату или сестре. Ну и, конечно, конфликты между детьми внутри семьи становятся дополнительным источником стресса для родителей.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:

Насколько я помню, над братом я доминировать или как-то его подавлять не пытался – да это было и невозможно, он старше меня на пять лет. Но тяга к лидерству у меня, безусловно, была. Причем реализовывал я ее не за счет силы – физически я был не очень крепкий, – а за счет того, что был душой компании, неформальным лидером. Шутил, балагурил. Но дело, скорее, было не в лидерстве как таковом, а в привлечении к себе внимания.

2. Отношения ребенка с СДВГ с родителями

Ребенок с СДВГ изначально не соответствует ожиданиям родителей, им сложно принять его таким, каков он есть. Мама

с папой ждут от детей послушания, следования правилам семьи, и поведение ребенка с СДВГ воспринимается ими как плохой характер, лень, упрямство, с которыми надо бороться. Родители ужесточают требования к ребенку, усиливают запреты и наказания, и отношения еще больше портятся.

3. Влияние ребенка с СДВГ на отношения между родителями

Сохранять гармонию в отношениях с партнером, воспитывая гиперактивного ребенка, крайне непросто. Родители пытаются понять, почему чадо так себя ведет, и часто дело заканчивается взаимными упреками. Выйти из ситуации и посмотреть на нее со стороны оказывается невозможно, что приводит к росту тревоги, психическому истощению и чувству безысходности. Правильно организовать процесс воспитания, адекватно распределить учебные и домашние нагрузки, выработать социальные требования для ребенка не получается, и родители, как правило, либо начинают давить на него еще сильнее, либо устраняются от активного участия в его жизни, уходя в болезнь, в работу или в новые отношения.

4. Психологические проблемы матери ребенка с СДВГ

Наибольшая нагрузка по уходу за ребенком и организации его жизни ложится на маму. В ее обязанности входит не только уход за ребенком, но и попытки наладить отношения с ним других членов семьи, а также общение с педагогами, большинство из которых крайне недовольны его поведением и проблемами в обучении. Мама испытывает постоянный стресс, становясь мишенью для упреков окружающих, которым поведение ребенка кажется неадекватным и неприемлемым. К этому чувству добавляются вина из-за собственной «несостоятельности» как матери.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:

Как я уже рассказывал, в нашей семье, как и в абсолютном большинстве других, вопросы воспитания ребенка с СДВГ (то есть меня) полностью легли на мамины плечи. Отец мной не занимался вообще, а вот мама и по ночам меня на улице отлавливала, и в школу бегала, и уговаривала завуча с директором меня не исключать и не оставлять на второй год, и водила по врачам, пытаясь лечить. И, конечно, бесконечно выслушивала замечания в мой адрес.

Например, однажды она взяла мне напрокат велосипед, а я тут же сел на него и въехал в какую-то женщину, порвав ей чулки. И мама, не отходя от кассы, вынуждена была возместить ей материальный ущерб. Так что да, основная нагрузка была на ней.

Это вообще довольно непростая тема: то, что ребенок не оправдывает социальных ожиданий и матери приходится часто испытывать чувство вины перед окружающими за его поведение, неизбежно сказывается на ее психике. **Она вынуждена все время кому-то объяснять, почему ее ребенок такой, почему он так себя ведет.** Добавьте к этому ее собственные переживания из-за того, что с ее сыном или дочерью что-то «не так», и бесконечные тревоги – а не «выкинет» ли ребенок что-нибудь новое? Не сорвет ли семейный праздник? Не испортит ли чужую вещь?

Все это очень непросто, и главное тут – поддерживать себя и по возможности снижать ожидания от своего ребенка. Об этом мы поговорим чуть позже.

Эмоциональное состояние матери

В свете того, о чем мы рассказали выше, неудивительно, что в фокусе большинства исследований, посвященных родителям детей с СДВГ, в основном оказывались матери. Отцы в силу разных причин гораздо реже попадают вместе с ребенком на прием к врачу.

При этом есть исследования, показавшие, что по сравнению с отцами типично развивающихся детей отцы детей с СДВГ чувствуют себя более неполноценными и испытывают выраженную неудовлетворенность своей ролью родителя (59).

Как мы уже говорили, между родителями детей с СДВГ часто происходят конфликты, и получается замкнутый круг: конфликты сказываются на психическом здоровье партнеров и приводят к эмоциональным нарушениям (в том числе к тревоге и депрессии), а те в свою очередь усиливают конфликты и отражаются на психическом здоровье детей — либо прямо, либо косвенно.

Проведенное нами исследование показало **высокий уровень тревожности у матерей детей с СДВГ**. Причем более чем в половине случаев тревожные расстройства возникли еще до рождения ребенка с СДВГ, но с его появлением усилились. И тут мы видим сразу два «замкнутых круга». Женщины, которым свойственна повышенная тревожность, становятся еще более тревожными с появлением ребенка с СДВГ. При этом их стиль воспитания (как следствие тревожности), который проявляется в гиперконтроле и чрезмерной критичности, в свою очередь усиливает проявления этого синдрома у ребенка (60).

Мамы детей с СДВГ, как правило, жалуются на безучастность мужа; они, с одной стороны, излишне сконцентрированы на ребенке, а с другой — воспринимают это как большую жертву со своей стороны. Часто они находятся в состоянии, которое можно охарактеризовать как **синдром эмоционального выгорания** (СЭВ). Всемирная организация здравоохранения

определяет синдром выгорания как физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, для которого характерны снижение продуктивности, усталость, бессонница и повышенная подверженность соматическим заболеваниям.

В 1986 году американский психолог Кристина Маслач выделила три основные группы проявлений данного состояния: эмоциональную истощенность, дегуманизацию и снижение профессиональных достижений.

1) *Эмоциональное истощение:* чувство эмоциональной опустошенности и усталости, обусловленное профессиональной деятельностью.

2) *Дегуманизация (деперсонализация):* отстраненность, холодность, переход от теплых контактов к формальным, черствость и цинизм.

3) *Снижение личных профессиональных достижений:* ощущение собственной бесполезности, занижение профессиональных успехов («я ничего не понимаю, у меня ничего не получается»).

СЭВ возникает как взаимное влияние стресса, особенностей центральной нервной системы и личности, производственной среды и др. Обычно на его развитие влияют как внешние (условия работы и социально-психологические условия деятельности), так и внутренние факторы (индивидуально-психологические особенности).

«Постойте! — скажете вы. — А при чем здесь вообще работа?»

Действительно, большинство исследований рассматривает СЭВ только в разрезе профессиональной деятельности, но бывает и «непрофессиональное выгорание».

Еще 1960-х годах американский психолог Ричард Лазарус заговорил о **родительском стрессе как о сильном напряжении**

в семейной системе, нарушающем ее баланс. Переживая такой стресс, родители испытывают негативные чувства по отношению к себе и к ребенку/детям, и эти чувства напрямую связаны с требованиями родительства.

В структуре родительского стресса выделяют два блока: *стресс, непосредственно связанный со здоровьем и поведением ребенка, и стресс, обусловленный проблемами у самих родителей* (например, сократившееся время на сон и досуг). Естественно, более высокий уровень стресса характерен для родителей, которые воспринимают своего ребенка как «трудного» и «требовательного» и/или считают себя плохими родителями.

Особое внимание исследователей привлекает **родительское выгорание** (61), в котором можно выделить следующие характеристики (62).

1. Эмоциональное истощение: проявляется в ощущениях эмоционального перенапряжения, раздражения, усталости, утрате интереса к собственным детям и к окружающему миру в целом, чувстве опустошенности, исчерпанности собственных эмоциональных ресурсов. При этом возникает ощущение «приглушенности», «притупленности» эмоций. Все это может сопровождаться резкими перепадами настроения и гневливостью: даже малейшие проступки детей могут вызывать неадекватно сильные эмоции.

2. Дегуманизация (деперсонализация): негативное циничное отношение к детям, к их чувствам и переживаниям. Контакты между родителями и ребенком становятся обезличенными и формальными, а родитель — менее эмпатичным и отзывчивым. Забота о детях начинает носить формальный характер — одеть, накормить и т. д. Играть, общаться с ребенком, вместе проводить выходные не хочется, зато растет потребность в одиночестве. У взрослых возникает желание поскорее уходить на работу и как

можно больше времени проводить вне дома, то есть профессиональная деятельность может служить компенсацией родительского выгорания, подобно тому как при профессиональном выгорании человек может «компенсироваться» за счет хобби или общения с друзьями вне работы. При этом внутреннее раздражение у родителей может со временем вырываться наружу в виде вспышек гнева или конфликтных ситуаций.

3. Редукция родительских достижений: уменьшение или упрощение действий, связанных с заботой о детях. Родители начинают чувствовать себя все менее компетентными («я плохая мать», «я недостаточно стараюсь»), испытывают недовольство собой (и ребенком как «результатом» родительской успешности), перестают видеть смысл в своей деятельности («домохозяйка — это смешно, никто не ценит заботу о детях»).

Г. Г. Филиппова предлагает перечень основных симптомов СЭВ у матерей.

1. Физические: усталость, утомление, снижение веса, нарушения сна и его недостаточность, общее ухудшение состояния здоровья. В некоторых случаях физическое истощение приводит и к более серьезным проявлениям соматизации[1].

2. Эмоциональные: усталость, безразличие, пессимизм, отсутствие ярких эмоций, ощущение одиночества и безнадежности, чувство беспомощности; раздражительность, тревожность, снижение концентрации; гипертрофированное чувство вины, депрессия; истерики.

[1] Один из механизмов нашей психологической защиты, при котором негативные эмоции «вытесняются» в тело, что приводит к неприятным ощущениям и даже развитию болезней. Понятие было впервые предложено психоаналитиком Вильгельмом Штекелем в 1943 году. — *Прим. ред.*

3. Интеллектуальные: скука, тоска, апатия, снижение интереса к новым впечатлениям; потеря вкуса к жизни.

4. Социальные: низкий уровень социальной активности, снижение интереса к досугу и отсутствие возможности для его проведения.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:

Многие спрашивают, как родителям справляться с выгоранием. Я бы сказал, что первоочередная задача – постараться до этого состояния вообще не доходить. А для этого нужно читать специальную литературу о самом СДВГ и о том, как вести себя с ребенком с таким диагнозом (в первую очередь – мировой бестселлер «Почему я отвлекаюсь. Как распознать синдром дефицита внимания у взрослых и детей и что с ним делать»). Потому что, конечно, во взаимоотношениях с такими детьми есть свои особенности и какие-то ситуации придется просто отпустить.

Ведь что происходит в семьях, где есть ребенок с СДВГ? Родители выгорают от того, что никак не могут заставить сына или дочь нормально учиться, делать уроки или убирать за собой, но главное – в принципе доводить то, что он делает, до конца. Начал мыть пол – и бросил, сел за уроки – отвлекся, обещал прийти с прогулки к девяти – пришел, не пойми когда, – все это типичные ситуации. Папа с мамой, конечно, и по-хорошему, и по-плохому пытаются заставить ребенка делать то, что нужно. С переменным успехом, а то и вовсе безуспешно.

Так вот, **дорогие родители, когда вы отпустите ситуацию, когда вы поймете, что ребенок из-за своего заболевания просто не может делать то, на чем вы так**



Поверьте, СДВГ еще далеко не самое тяжелое заболевание, но и в случае с ним максимально важно отказаться от амбиций вырастить из ребенка, условно говоря, космонавта.
И кстати, как психолог хочу вам напомнить: куда важнее быть счастливым, а не космонавтом.

настаиваете, – вы просто снимете с себя часть напряжения, а с ним и проблем.

Например, вы придете в школу и скажете: у моего ребенка СДВГ, поэтому давайте-ка вы не будете его перед всем классом ругать, что он контрольную написал на двойку, и меня в школу каждые полчаса вызывать. У него вот такое заболевание, и мы этим занимаемся, водим его к специалистам, лечим, занимаемся психокоррекцией, общаемся с психологом – в общем, делаем то, что можем.

Постарайтесь договориться со школой или с садом, что ваш ребенок будет учиться в том объеме, в котором он в состоянии учиться. Он может запоминать меньше информации, решать более простые задачи – и вам, и учителям надо это понять и принять. И как только вы это примете, вы перестанете, придя с работы, кричать с порога: «Так, а что тебе на завтра задали? Неси дневник, доставай тетрадь, открывай учебник, читай параграф!»

Второе. У всех родителей есть определенные амбиции по поводу своих детей: они ждут, что из сына или дочери должно выйти что-то путное. И поэтому многие мамы и папы с раннего возраста отдают своих детей во всякие кружки и секции – язык, музыка, спорт и проч. – в надежде, что что-то получится. Может быть, и получится, а может, и нет. И это нормально. И то, что ребенок будет бросать занятия, тоже нормально. И я всегда все бросал, чем бы ни начинал заниматься. «Драмкружок, кружок по фото, хоркружок – мне петь охота; за кружок по рисованью тоже все голосовали» – все это я проходил.

Как только вы научитесь с пониманием относиться к тому, что ребенок вряд ли сможет оправдать ваши надежды и амбиции (по крайней мере, до тех пор, пока не вылечится), **это снимет напряжение и упростит всем**

жизнь – и вам, и ребенку. Потому что вы избавитесь от иллюзий и наконец примете сына или дочь такими, какие они есть, со всеми их особенностями.

Вы больше не будете рассчитывать, что ребенок чисто вымоет посуду или не забудет сделать то, что вы ему поручили, – нет, он может вымыть плохо, может что-то не сделать, может забыть или уже в процессе переключиться на что-то другое.

Если вы начнете учитывать особенности своего ребенка и особенности этой болезни в связи с выполнением им различных заданий, как школьных, так и домашних, поручений, самого воспитания и послушания, если вы благодаря литературе и помощи специалистов разберетесь, как все это у него работает, почему он не может выполнить то или иное действие, никакого выгорания не будет.

Поверьте, СДВГ еще далеко не самое тяжелое заболевание, но и в случае с ним максимально важно отказаться от амбиций вырастить из ребенка, условно говоря, космонавта. И кстати, как психолог хочу вам напомнить: **куда важнее быть счастливым, а не космонавтом.**

Как помочь ребенку с СДВГ

В предыдущих главах мы отвечали на первый главный вопрос: «Кто виноват?» — а теперь постараемся дать ответ и на второй главный вопрос: «Что делать?»

Специалисты во всем мире сходятся на том, что лечение СДВГ должно быть комплексным. Это значит, что нужно включать в терапию не только лекарства, но и психологическую помощь. Известный российский детский невролог, профессор Н. Н. Заваденко отмечает, что, когда дети подрастают, факторы вроде неблагоприятной атмосферы дома, частых ссор, непоследовательного воспитания становятся важнее для проявления симптомов СДВГ, чем биологические причины. Поэтому комплексное лечение включает психотерапию, правильно подобранные лекарства и специальные методики, такие как транскраниальная микрополяризация и биологическая обратная связь, о которых расскажем позже.

Согласно современным протоколам лечения СДВГ (64), **основная форма помощи, особенно дошкольникам, — это психологическая коррекция и психотерапия**. Многие родители спрашивают, а чем психолог отличается от психотерапевта. Действительно, и тот и другой — специалисты в области психического здоровья и зачастую используют одинаковые методы коррекции. Главное отличие состоит в том, что психотерапевт — это врач, то есть специалист с медицинским образованием, а значит, кроме психотерапевтических методик он может использовать лекарства. **Будучи врачом, психотерапевт**

больше занимается симптомами заболевания, а психолог больше внимания уделяет семейным и школьным вопросам.

По мнению Рассела А. Баркли, лучше всего обращаться к специалистам, которые:

1. Ненавязчиво побуждают родителей к действиям.
2. Просто и понятно объясняют методики лечения.
3. Сопереживают и признают ваши достижения.

Правда, заранее понять, будет ли специалист именно таким, довольно сложно, так что внимательно изучайте отзывы и выбирайте того, кто вам в итоге подойдет.

После постановки точного диагноза врач выстраивает схему лечения. Схема эта строго индивидуальна и должна учитывать возможные причины возникновения синдрома, а также сопутствующие болезни.

Цель психотерапии детей и подростков с СДВГ — помочь им адаптироваться к существующим условиям жизни с учетом симптомов заболевания. **Одна из важнейших задач — создать комфортную психологическую атмосферу, в которой ребенок не только ощущает себя в безопасности, но и успешно реализует свой потенциал.** Поэтому специалист, работающий с ребенком, должен прежде всего выявить его сильные стороны (умения, навыки, черты личности), что поможет ребенку почувствовать себя успешным, повысит самооценку и мотивирует чего-то достигать.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:

Сколько ни втолковывай родителям, что учеба в целом и оценки в частности – далеко не главное в жизни, они снова и снова задают вопрос, как мотивировать ребенка с СДВГ учиться. Что ж, давайте попробуем на него ответить.

Идеальный вариант, конечно, – золотой учитель, который привьет ребенку любовь к предмету. Но все мы понимаем, что это практически нереально – чтобы каждую дисциплину в школе преподавал такой вот педагогический гений.

Хотя так действительно бывает, когда приходит увлеченный учитель и за счет своей любви к предмету меняет отношение к нему ребенка с СДВГ – так, что тот прямо-таки мечтает быстрее всех прочитать главу учебника и что-то узнать, в чем-то разобраться. В случае заинтересованности такой ребенок может свернуть горы. Он может все – соревноваться, выигрывать олимпиады, делать что-то быстрее и лучше всех.

У меня, кстати, было целых два таких талантливых и увлеченных педагога. Во-первых, историк, который ходил с нами в походы и увлекал нас вещами, которые до этого были мне абсолютно неинтересны – ну, скажем, берестяными грамотами, найденными на раскопках в каком-нибудь Великом Новгороде. А во-вторых, учительница физики, но там дело скорее было в том, что я был в нее влюблен, и пока эта влюбленность длилась, физику я учил легко и без особых усилий (хотя, как вы, наверное, помните, в остальное время этот предмет давался мне хуже других).

И все же давайте исходить из реальности – не факт, что у вашего ребенка в школе будут такие учителя. А если вы сами – учитель, то советую относиться к ребенку с СДВГ как к ученику с особенностями. Можно давать ему облегченную программу, снижать требования, учитывать то, что он не может, например, долго выполнять одну и ту же задачу или находиться в одной и той же позе; давать ему возможность смены занятий и обстановки, удовлетворять его потребность в разрядке

и двигательной активности. Последнее особенно важно: чем больше такой ребенок двигается, тем спокойнее он становится – просто потому, что сбрасывает накопившееся у него физическое напряжение.

Но самое главное: если вы подозреваете, что у ученика СДВГ, стоит поговорить с его родителями. Это заболевание лечится, и лечится успешно, так что не надо «смиряться» и «справляться» с ребенком с таким диагнозом – надо предоставить ему необходимую помощь.

Скорее всего к этому моменту читатели уже поняли, что СДВГ — хроническое заболевание, которое не лечится за месяц, а значит, настраиваться на быстрое избавление определенно не стоит. К сожалению, процесс лечения медленный, и к еще большему сожалению, в неврологии и психиатрии не всегда удается достигнуть значительных улучшений. Не надо ставить перед собой задачу вылечить ребенка к 1 сентября. **Основная цель лечения — не полностью убрать симптомы (что не всегда возможно), а уменьшить их проявления, сократить сопутствующие нарушения и помочь ребенку лучше адаптироваться в обществе.**

Родители должны принять тот факт, что у их ребенка есть проблема, которая обуславливает трудности в социальной адаптации. Но ребенок с СДВГ — не беспомощен. При правильном подходе он сможет получить высшее образование и выбрать интересную профессию (хотя, возможно, бухгалтером, ювелиром или корректором и не станет). **Не надо винить ребенка в его диагнозе или обвинять в случившемся себя — это будет только мешать лечению.**

В идеале, конечно, работать с детьми с СДВГ должны работники как здравоохранения, так и образования, особенно школьные психологи, а также психологи, работающие в районных и городских психолого-педагогических центрах. Важно, чтобы врач

и школьный психолог регулярно контактировали, но так, увы, пока мало где бывает.

Принципы воспитания ребенка с СДВГ

Чтобы помочь детям с СДВГ, важно работать не только с ними, но и с их родителями. Рассел А. Баркли и другие специалисты подчеркивают, как важно родителям начать вести себя иначе, отказаться от неэффективных подходов воспитания и перейти к методам, которые учитывают особенности диагноза. Для этого разработан специальный тренинг родительской компетентности (ТРК). Этот тренинг помогает родителям научиться:

— справляться с непослушанием и пресекать вызывающее поведение ребенка, контролировать ситуацию;
— преодолевать эмоциональные трудности, вызванные воспитанием ребенка с СДВГ;
— защищать других членов семьи от воздействия неблагоприятных факторов.

При первых встречах с родителями врач и/или психолог должны объяснить родителям биологическую природу заболевания и убедить маму с папой, что ребенок ни в чем не виноват (как не виноваты и они). Родителей знакомят с общими принципами воспитания детей с СДВГ, обучают техникам, позволяющим изменять поведение ребенка. Нередко это встречает сопротивление и яркие эмоциональные реакции: тревогу, гнев, уныние и т. д. — поскольку вся эта информация для родителей чрезвычайно значима, а сама ситуация — болезненна.

Очень важно, чтобы мама, папа, бабушка, дедушка и другие родственники, участвующие в воспитании ребенка, были, что называется, «на одной волне» и действовали сообща. Часто бывает, что строгая мама что-то запрещает, а пришедший с работы

папа, уставший и оттого готовый разрешить все, лишь бы от него отстали, это позволяет. Дети быстро ориентируются в этой ситуации и начинают виртуозно манипулировать родителями. Кроме этого, различия в воспитательных подходах дезориентируют ребенка (24). Как мы уже говорили, дисфункциональные семейные отношения могут усилить симптоматику СДВГ.

Допустим, вашим домочадцам удалось договориться о том, чтобы придерживаться единого подхода в воспитании ребенка. Возникает вопрос, с чего начать. **Важно выбрать из обилия проблем одну, самую актуальную, без решения которой трудно жить дальше, и решать на первых порах только ее.** Справившись с ней, можно переходить к решению следующей, не менее конкретной.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:

Снова соглашусь с коллегой. Ребенку с СДВГ и так непросто, а часто его состояние осложняется повышенной тревожностью или даже страхами. И когда между родителями возникают разногласия (в нашей культуре это чаще мягкая мать, которая говорит: «Не трогай его, он не может; вот повзрослеет и тогда, может, научится», и отец, который чуть что хватается за ремень, начинает орать и пытаться «вырастить мужчину»), ребенок начинает нервничать еще сильнее. У него могут начаться тики, заикание и другие проявления тревожности – например, энурез. Поэтому в плане воспитания между родителями должна быть солидарность. Читайте литературу, разговаривайте между собой, не получается договориться – обращайтесь к специалистам.

Следующее условие — наличие определенных семейных правил, которые принимаются на семейном совете, а если ребенок еще совсем мал, о них ему просто можно рассказать. Так, он

должен твердо знать, что можно, а чего нельзя делать дома. **Запретов должно быть не очень много, но соблюдать их нужно обязательно.**

Если же сын или дочь достигли подросткового возраста, желательно составить вместе с ними список прав и обязанностей членов семьи. Подростки, как правило, с удовольствием в этом участвуют и в результате не только получают определенную степень свободы, но приучаются нести ответственность за свои поступки. Правда, сами родители не всегда готовы пробовать такое, ведь и им самим приходится выполнять принятые на себя обязательства. От того, будут ли соблюдать правила мама с папой, зависит и исполнительность детей. Как мы уже говорили, сила примера родителей — один из сильнейших факторов воздействия на ребенка.

Вот какую программу для родителей непослушных детей предлагают Рассел А. Баркли и Кристина Бентон:

I. Три способа мышления и действий

1. Определите приоритеты. Сядьте и составьте список изменений в ребенке, к которым вы все будете стремиться в первую очередь. Что важнее всего — успеваемость в школе? Лучшее поведение на людях?

2. Не болтайте, а действуйте!

3. Действуйте, не реагируя.

II. Три способа выстраивать отношения

1. Взгляните на мир глазами ребенка. Это совершенно не означает, что вы постоянно должны идти на уступки. Но, продолжая настаивать на своем, не забывайте, что перспектива ребенка очень узка, сфокусирована на ситуации «здесь и сейчас» и отсрочке всего того, чего делать не хочется.

2. Не ищите виновных. В конце каждого дня простите ребенку дневные проступки, а себе — неизбежные ошибки и промахи.

3. Не забывайте, что вы — родитель для своего ребенка, а не его друг.

III. Принципы, лежащие в основе хорошего поведения

1. За каждым проступком должна следовать ваша реакция. Дети учатся правилам поведения, исходя из вашей обратной связи, и «реакция» должна быть соразмерна серьезности проступка.

2. Если вы обещали наказать ребенка за конкретный проступок, и он его все равно совершил — нужно свое обещание сдержать. Если вместо этого вы 4–5 раз повторяете просьбу или требование так больше не делать, ребенок понимает, что наказания, вероятнее всего, не последует и он может и дальше не очень серьезно воспринимать ваши угрозы.

3. Реакции и наказания должны быть последовательными и предсказуемыми. Если иногда вы наказываете ребенка за проступок, а в другое время на те же самые действия закрываете глаза, ребенок выучит, что в определенных местах и случаях ему все может сойти с рук.

Мы все подвержены перепадам настроения и переменам обстоятельств, и потому нам трудно оставаться последовательными в требованиях соблюдать правила. Но чем больше вы будете это делать, тем понятнее будет ребенку, чего ожидать вслед за тем или иным поведением. И помните: **дети, которых не хвалят за их положительные поступки, довольно быстро перестают вести себя хорошо.**

4. Сначала разработайте программу поощрений, а потом — наказаний.

5. Постарайтесь предвидеть плохое поведение и подумайте, как его можно избежать или минимизировать.

Управляя собственными эмоциями, родители своим примером показывают ребенку, как конструктивно решать конфликты. Если же взрослые сами подвержены неконтролируемым вспышкам гнева, ребенок будет воспринимать это как норму поведения. А поскольку гиперактивным детям часто свойственно агрессивное поведение, нужно обязательно научить их справляться с гневом.

Бывает, что ребенок, особенно подросток, отвечает гневом на замечание, запрет, требование взрослого. Поэтому так важно при общении с импульсивными и склонными к агрессивности детьми тщательно продумывать, что и как говорить. Многим детям присуще ощущение враждебности окружающего мира, они ждут опасности от любого вмешательства со стороны взрослых или сверстников, поскольку уверены, что те относятся к ним враждебно. Поэтому лучше не делать резких замечаний, не начинать обращение к ребенку с категоричных запретов, со слов «нет», «нельзя».

Росс Кэмпбелл считает, что многие родители допускают три основные ошибки. Во-первых, бóльшую часть своего внимания они уделяют не общению с ребенком, а присмотру за ним, поучениям и наставлениям. Во-вторых, они недостаточно тверды в воспитании и не всегда контролируют поведение ребенка. Ну и, наконец, не воспитывают в детях навыки управления гневом.

Чтобы предотвратить вспышки гнева и усиление симптоматики СДВГ, **важно, чтобы родители анализировали ситуации, которые ранее неоднократно происходили, и избегали хотя бы некоторых из них**. Например, если шумные праздники или большие нагрузки (как физические, так и интеллектуальные) часто заканчиваются истерикой, слезами и криками, можно заменить эти мероприятия чем-то более

спокойным. Зная, что ребенок или подросток с СДВГ склонен к воровству, такие действия можно предотвращать, как минимум не оставляя на видном месте деньги и другие ценности. В подростковом возрасте спровоцировать ребенка могут в том числе оставленные на виду ключи от машины, на которой подростку вдруг захочется прокатиться.

У детей с СДВГ случаются вспышки гнева, когда им что-то запрещают или просят прервать интересное занятие. Чтобы погасить или предотвратить такую вспышку, предоставьте ребенку выбор, но в четко ограниченных рамках. Например, если подросток настаивает на покупке очень дорогой гитары, можно сказать, что купить именно ее вы не можете, но он может выбрать другую в пределах такой-то суммы.

Израильский психолог и консультант по семейным вопросам Лилах Цур в статье «Устанавливаем границы без гнева» дает родителям такие рекомендации (65).

1. Объясните детям, что такое границы, зачем они нужны и что будет, если их нарушить. Установите эти границы и постарайтесь добиться, чтобы дети поняли, где они проходят, и соблюдали их. Это одна из важнейших задач, стоящих перед родителями.

2. Договоритесь о «красных линиях» — тех, которые никогда, ни в коем случае, ни под каким видом нельзя нарушать. От менее важных можно отказаться.

3. Не злитесь. Это, конечно, самое трудное, но надо понимать, что вы обозначаете границы, а дети их проверяют, и тут нет ничего «личного»: они не пытаются вас обидеть или проявить неуважение, просто это такая ролевая игра. Определите для себя, что вы не злитесь, но вместе с тем будьте требовательны.

4. Повторяйте и выражайте свои чувства словами и действиями: «я тебя люблю», «ты мне очень дорог». Чаще обнимайте и целуйте ребенка. Хвалите за все, что он делает хорошо.

Если же его поведение вызывает у вас раздражение и гнев, говорите о своих чувствах именно в рамках поступка: не «Ты меня довел», а «Меня очень огорчает, когда ты продолжаешь так делать, хотя я просила тебя перестать».

5. Не зацикливайтесь на плохом, отпускайте ситуацию. Это нужно и нашим детям, когда они оступаются, и нам самим, когда оступаемся мы. Всем вам предстоит долгий путь, на котором будут взлеты и падения. Важно всегда держаться курса и прикладывать все усилия для соблюдения принятых принципов и правил. Мы делаем максимум возможного, завтра получится еще чуточку лучше, а послезавтра — благодаря тренировке и опыту — еще лучше. Не судите и не обвиняйте самих себя. Падать — можно, главное — каждый раз подниматься. Говорите с близкими друзьями, с теми, кто умеет поддерживать, но соблюдайте баланс, выслушивайте и их тоже.

6. Не стесняйтесь обращаться к специалистам. Ищите тех, кто разберется в вашей проблеме, посоветует, как вам поступить, и просто будет с вами, пока к вам не вернутся родительские силы и любовь.

Е. К. Лютова и Г. Б. Монина предлагают следующие рекомендации для родителей гиперактивных детей[1].

1. Работайте с ребенком в начале дня, а не вечером.

2. Уменьшите рабочую нагрузку ребенка.

3. Делите работу на более короткие, но более частые периоды. Используйте физкультминутки.

4. Будьте драматичным, экспрессивным педагогом.

5. Снизьте требования к аккуратности в начале работы, чтобы ребенок чувствовал, что у него что-то получается.

6. Сидите рядом с ребенком во время занятий.

[1] Текст предоставлен в авторской редакции.

7. Используйте тактильный контакт: прикосновения, поглаживания, элементы массажа.

8. Заранее договаривайтесь с ребенком о тех или иных действиях.

9. Давайте короткие, четкие и конкретные инструкции.

10. Используйте гибкую систему поощрений и наказаний.

11. Поощряйте ребенка сразу же, не откладывая на будущее.

12. Предоставляйте ребенку возможность выбора.

13. Сохраняйте спокойствие.

«СКОРАЯ ПОМОЩЬ»,

ЕСЛИ У РЕБЕНКА НАЧАЛАСЬ «ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ БУРЯ»*

- Предложите ребенку выбор — другую возможную в данный момент деятельность.
- Задайте неожиданный вопрос.
- Отреагируйте неожиданным для ребенка образом: пошутите, повторите действия ребенка и т. д.
- Не приказывайте, а просите (но не заискивайте).
- Выслушайте то, что хочет сказать ребенок — в противном случае он вас тоже не услышит.
- Оставьте ребенка в комнате одного (если это безопасно для его здоровья).
- Не настаивайте на том, чтобы ребенок во что бы то ни стало принес извинения.
- Не читайте нотации (ребенок все равно их не слышит).
- Заключите с подростком формальный договор-контракт, в котором вы можете закрепить за ним определенные обязанности и назначить за них поощрения.

* См п.66 в Библиографии, с. 197.

Для того чтобы научить ребенка хорошим манерам и приемлемому поведению, в семье необходимо разработать систему поощрений. Все поощрения, которые обычно используют в работе с гиперактивными детьми, можно разделить на две группы: одномоментные и кумулятивные (67).

К одномоментным поощрениям относятся те, которые друг с другом не связаны. Они могут быть использованы один раз или несколько, но без определенной системы, и их можно разделить на весомые и легкие. Весомые — это, например, деньги, любимые продукты питания, особые привилегии и т. д. К легким относятся похвала, одобрение и проч.

Кумулятивные — это те, которые действуют на протяжении длительного периода времени. Здесь действует накопительный принцип: например, ребенок каждый раз получает жетон за хорошее поведение и может потом на что-то обменять накопленные жетоны.

Если одномоментные поощрения использовать слишком часто, ребенок привыкает к ним и теряет интерес или, напротив, привыкает настолько, что отказывается что-либо делать, если родители не обещают ему вознаграждение (например, деньги). Поэтому на регулярной основе лучше использовать кумулятивные поощрения.

Отношения с другими детьми в семье

В главе «Когда в семье ребенок с СДВГ» мы уже говорили о том, что братьям и сестрам ребенка с СДВГ приходится непросто. Им зачастую не нравится то, что родители позволяют ребенку с СДВГ больше, чем им самим. Им может быть неудобно и стыдно за поведение младшего брата или сестры с СДВГ в общественном месте, и особенно в школе, если они ходят в одну и ту же.

Все это налагает на старшего сиблинга особую ответственность и иногда вызывает протест, причем совершенно справедливый:

ребенок, пусть даже и старшеклассник, не обязан выполнять контролирующие функции родителей. Именно поэтому так важно разговаривать с детьми, объяснять им границы возможной помощи брату или сестре с СДВГ, рассказывать, как противостоять давлению окружающих (67).

То, что родителям неизбежно приходится проводить много времени с ребенком с СДВГ, не означает, что остальные дети в семье должны быть лишены их внимания и заботы. Маме с папой обязательно надо находить время, чтобы посидеть, поговорить с каждым ребенком отдельно, не отвлекаясь даже на самые неотложные дела и звонки. **Другие дети должны быть уверены, что они нужны, что их любят, просто обстоятельства не позволяют родителям уделять им больше времени.** Чтобы успевать проводить время со всеми, можно разделиться: например, папа делает уроки с СДВГ-ребенком, а мама в это время играет или общается с его братом или сестрой. Очень важно продолжать это делать, даже в ущерб домашним и другим делам. В противном случае дефицит внимания и общения в детстве перерастет в отстраненность и конфликты, когда дети станут подростками (67).

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:

Как я уже говорил, ребенок с СДВГ прекрасно делает то, что хочет сам и что не требует от него волевых усилий. Зная это, родитель может найти ту самую мотивацию, которая будет сына или дочь стимулировать, чтобы они делали что-то не из-под палки, потому что их заставляют, а потому что им самим интересно и хочется.

Возьмем двух детей с СДВГ: один обожает технику, может часами собирать и разбирать конструкторы, а другой, предположим, любит читать. Для первого не проблема что-то смастерить, даже довольно сложное, а вот сконцентрироваться и прочитать два абзаца текста

ему трудно. А для второго – наоборот. Исходя из этого, ищите, во-первых, ту деятельность, которая будет даваться ребенку без усилий, а во-вторых, те поощрения, которые будут его мотивировать.

Поощрение в виде игры на компьютере тоже вполне подходит, хотя моя позиция по этому вопросу более жесткая: ребенок может пользоваться гаджетами полтора часа в будние дни и четыре часа в выходные, включая уроки и домашние задания. Если не будете этот процесс никак регламентировать, то потом не удивляйтесь, что чадо «из смартфона не вылезает и больше ничего не хочет».

Еще несколько правил, которых стоит придерживаться. Если гиперактивный ребенок нанес ущерб брату или сестре (сломал игрушку, порвал книгу и т. д.), он может возместить его из своих карманных денег, если они у него есть. Чтобы впредь этого избежать, можно ограничить доступ ребенка с СДВГ на «территорию» сиблингов: например, закрывать их комнату или ящик с личными вещами на ключ. Важно строго запрещать ребенку мешать брату или сестре выполнять домашние задания — это поможет сиблингам почувствовать себя любимыми, нужными и важными.

Метод: «4 раза похвалить — 1 раз поругать»

Формирование позитивной модели отношения к ребенку — то, к чему, безусловно, стоит стремиться родителям детей с СДВГ. Психологические особенности гиперактивных детей таковы, что порог чувствительности к отрицательным стимулам у них очень низок, поэтому **они не восприимчивы к выговорам и наказанию, но легко отвечают на малейшую похвалу.**

Вы можете повысить самоуважение ребенка, заручившись его помощью в разных ситуациях: попросите его найти определенные продукты в супермаркете или исполнить роль штурмана в дороге. Для подростка можно найти какую-нибудь необременительную, но интересную работу: например, подыскать что-нибудь в интернете. Желательно, чтобы похвала носила как вербальный, так и невербальный характер, то есть не просто похвалите ребенка, но и обнимите его, поцелуйте, погладьте по голове. Важно не ругать ребенка за каждое проявление нежелательного поведения, а способствовать формированию желательного.

Специалисты считают, что если использовать **позитивный подход, можно сократить проблемы с поведением наполовину** (68). При этом сами родители часто думают так (30):

- ✓ *Мой ребенок так ведет себя намеренно, потому что не любит / не уважает меня.*
- ✓ *У моего ребенка плохой характер, и его ничто не изменит.*
- ✓ *Из моего ребенка ничего хорошего не вырастет.*
- ✓ *Мой ребенок хуже всех.*
- ✓ *Мой ребенок — причина всех семейных проблем.*
- ✓ *Я плохая мама / плохой папа.*
- ✓ *Я виноват(а) в том, что мой ребенок так себя ведет.*
- ✓ *Мой муж/жена/учителя виноваты в плохом поведении ребенка.*
- ✓ *Я/мы ничего не можем изменить.*

В случае выявления у родителей подобных мыслей психотерапевт помогает прийти к альтернативной, более позитивной оценке ситуации. **Важно отслеживать свои желания похвалить или поругать ребенка, записывая свои реакции**. **Цель — выйти на уровень «поругать: похвалить» в соотношении 1:4.**

И, конечно, не стоит сравнивать ребенка с собой в детском возрасте, с другими детьми или известными личностями, особенно если сравнение это не в его пользу: «Я в твои годы уже вагоны разгружал», «Моцарт в твои годы…»

Вот еще несколько идей о том, как сменить негативный подход на позитивный.

Оценка ребенка

Негативный подход	Позитивный подход
Оценка личности ребенка: *«Ты всегда ведешь себя плохо».*	Оценка конкретных проступков: *«Учительница сказала, что ты болтал во время урока».*
Обобщение: *«Ты всегда плохо делаешь домашние задания».*	Конкретизация: *«Сегодня ты сделал домашнее задание хуже, чем обычно».*
Негативное сравнение: *«Ты худший ученик в классе».*	Позитивное сравнение (с ребенком в прошлом): *«Ты научился решать эти сложные примеры».*

Другая крайность по отношению к гиперактивным детям — вседозволенность, поэтому родители должны объяснять ребенку правила поведения. Рассел А. Баркли рекомендует формулировать инструкции и указания для детей с СДВГ четко, ясно, кратко и наглядно.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:

Дорогие родители, запомните несколько простых вещей. Первое: **самого ребенка обсуждать или оценивать нельзя – можно оценивать только его действия.** Ребенок всегда хороший, по умолчанию. А вот поступать он, конечно, может по-разному.

Второе: сравнивать сына или дочь с другими тоже нельзя – как минимум потому, что вы сравниваете ребенка с СДВГ со среднестатистическим здоровым сверстником, а это, согласитесь, негуманно и несправедливо.

Третье: не надо фиксироваться самим и фиксировать ребенка на его проблемах, связанных с диагнозом. Старайтесь концентрироваться на позитиве, потому что, когда вы постоянно тычете ребенка в то, что он плохо себя вел, плохо сделал домашнее задание, это все равно ничего не меняет, только сказывается на самооценке ребенка и портит ваши с ним отношения.

Как сделать жизнь проще?

Рассел А. Баркли называет организацию жизни для ребенка с СДВГ созданием «протезной среды». Если у человека нет зубов, можно изготовить зубные протезы или импланты, с помощью которых он сможет жевать. Так же и с гиперактивным ребенком: ему нужна помощь, чтобы управлять собой и справляться с жизнью. И здесь многое зависит от взрослых — именно они должны помочь ребенку выполнять повседневные задачи (краткосрочная цель) и учить его самостоятельности, чтобы ко взрослому возрасту он мог жить один и сам решать свои проблемы (это уже долгосрочная цель). Прежде всего стоит помочь ребенку с предварительным планированием и структурированием времени (68).

Для создания упорядоченной и предсказуемой «протезной среды» **нужны четкие, немногочисленные и во многом «симметричные» правила поведения для взрослых и детей.** Если мы не хотим, чтобы ребенок на нас кричал, мы тоже не кричим. Если не хотим, чтобы ругался плохими словами, — не ругаемся сами. Если отбой в десять вечера, то ребенку точно не позволяется сидеть у компьютера после

полуночи. И, конечно, если дети расшатывают и нарушают установленные для них границы, родители обязаны на это отреагировать (70).

Чтобы ребенок научился управлять собой, необходимо каждый день повторять одни и те же действия, пока они не станут автоматическими. Например, если родители едут с ребенком в музей, театр или в гости, важно заранее объяснить ему правила поведения. Можно сказать: «Когда мы выйдем из дома, ты должен дать мне руку и не отпускать ее, пока не перейдем улицу. Если ты все сделаешь правильно, я дам тебе жетон. Когда мы сядем в автобус…» и т. д. Как мы писали выше, собрав определенное количество жетонов за хорошее поведение, ребенок может обменять их на что-то приятное, например, игрушку. Если ребенок старается, но случайно ошибается, не нужно его ругать, просто объясните, как сделать правильно в следующий раз (67).

Запреты обязательно должны сопровождаться альтернативными предложениями. Например, если ребенок начинает рвать обои (кстати, довольно распространенное явление), стоит немедленно его остановить и дать вместо этого ненужный листок бумаги: «Попробуй порвать вот это, а когда закончишь, собери все клочки в пакет».

Очень важно, чтобы родители правильно объясняли ребенку свои просьбы и требования (68).

1. Убедитесь, что ваше требование действительно важно и своевременно. Многие родители встречают этот совет негодованием или сарказмом: «Неужели вы думаете, что я стану предъявлять необязательные требования к ребенку, который вообще не слушается?!» Но, к сожалению, практика показывает, что, пока одни родители непослушных детей настолько падают духом, что просто-напросто опускают руки (перестают обращать внимание на поведение детей и вообще о чем-либо

просить), у других вырабатывается привычка предъявлять слишком много требований.

До того как озвучивать свое требование, важно остановиться и подумать: действительно ли это так важно? Должен ли ребенок сделать это прямо сейчас? Это и правда первоочередная задача? У меня есть возможность прямо сейчас быть рядом и следить за тем, чтобы это было выполнено?

Если хотя бы на один вопрос вы ответите отрицательно, лучше ничего не говорить. Отложите просьбу или вообще забудьте о ней. Если же вы ответили «да» на все вопросы, приготовьтесь стоять на своем, оперируя последствиями — позитивными и негативными.

2. Говорите, а не просите. Излагайте требования в форме простого утверждения, например: «убери в своей комнате».

3. Говорите проще. Если ваше требование сложное или их несколько, это может запутать практически любого ребенка, особенно маленького. Обычная реакция на подобную путаницу — не реагировать и не подчиняться. Даже если вам нужно, чтобы ребенок выполнил несколько заданий, озвучивайте одно за раз.

4. Убедитесь, что вас слышат. Не глядя ребенку в глаза, невозможно гарантировать, что он вас услышал. Многие из нас поддаются соблазну крикнуть из другой комнаты или продолжать заниматься своим делом, не следя за выполнением задания. Так делать точно не стоит.

5. Избавьтесь от отвлекающих факторов. Еще один способ гарантировать внимание ребенка — устранить отвлекающие факторы: телевизор, музыку, видеоигры и т. д.

6. Убедитесь, что вас поняли. Если думаете, что ребенок вас не услышал и не понял, чего вы хотите (смотрит на вас немигающим взором, у него рассеянное выражение лица, он не отвечает или не смотрит в глаза), попросите его повторить задание.

7. Повторяйте одно и то же требование **не более трех раз.** В третий раз поставьте ребенка в ситуацию выбора: или он выполняет ваше требование, или будет наказан.

ЧТО ДЕЛАТЬ ВЗРОСЛОМУ, ЧТОБЫ НЕ ПОТЕРЯТЬ САМООБЛАДАНИЕ?

1. Говорите доброжелательно, но твердо.
2. Используйте техники дыхания (и научите им ребенка).
3. Наберите в рот воды, пару минут подержите ее во рту, а затем выплюньте.
4. Используйте «Я-высказывания» и давайте ребенку выбор, но в рамках своей задачи: «Я понимаю, что тебе не хочется заканчивать игру и ты сердишься. Но через 2 минуты мы выйдем из дома и поедем к бабушке. Выбирай: на метро или на автобусе?»

С учетом того, что у ребенка с СДВГ есть проблемы и с вниманием, и с памятью, можно организовать его окружение так, чтобы ему стало легче. Например, можно использовать:

— разноцветные стикеры с напоминаниями о важных делах;

— пошаговые инструкции:

1) прочитай задачу,

2) определи ее условия,

3) оформи задачу в виде схемы, рисунка

и проч.;

— календарь с напоминаниями;

— записи в ежедневниках — бумажных или электронных.

Игры, полезные для детей с СДВГ

Поскольку речь идет о детях, то и развивать внимание и самоконтроль лучше с помощью игр. Подойдут как классические варианты: «Горячо/холодно», «Съедобное/несъедобное», «Морской бой», — так и менее известные.

Игра «Найди отличие»

Цель: научить концентрировать внимание на деталях.

Ребенок рисует любую несложную картинку (кот, дом и др.) и передает ее взрослому, а сам отворачивается. Взрослый дорисовывает несколько деталей и возвращает картинку. Ребенок должен заметить, что изменилось в рисунке. Затем взрослый и ребенок могут поменяться ролями.

Игру можно проводить и с группой детей. В этом случае дети по очереди рисуют на доске какой-либо рисунок и отворачиваются (при этом ребенок может двигаться, стоять на месте необязательно). Взрослый дорисовывает несколько деталей. Дети, взглянув на рисунок, должны сказать, что изменилось (67).

Игра «Дождь идет»

Цель: развить внимание, научить следовать правилам и достигать намеченного результата.

Начертите на полу круг. Скажите ребенку: «Это твой домик». Пусть ребенок резвится и прыгает около него. Но как только вы скажете: «Дождь идет, беги домой!» — ребенок должен сразу же бежать в домик. Можно играть с несколькими детьми (67).

Игра «Не задень»

Цель: улучшить ловкость и координацию.

Расставьте на полу кегли, кубики, палки или любые другие небольшие предметы. Попросите ребенка пройти или пробежать между ними, стараясь ничего не задеть. Начните с большого расстояния между предметами (50–70 см), и если у ребенка получается, постепенно уменьшайте это расстояние (66).

Помните: **основная задача во всех этих играх — дать ребенку ощущение победы и успеха, поэтому поощряйте любое, даже самое скромное достижение.**

Когнитивно-поведенческая психотерапия СДВГ: основные подходы

Главный принцип такой терапии — вознаграждение ребенка за требуемое поведение и наказание за неправильное. Дети с СДВГ постоянно нуждаются в оперативной, понятной и однозначной реакции на их поведение, то есть ребенок должен понимать, хорошо он себя ведет или плохо. **Мы рекомендуем применять не столько наказание, сколько отсутствие поощрения, то есть не «кнут и пряник», а «пряник и отсутствие пряника».**

Родители должны сформировать систему поощрений. В качестве «пряника» могут служить походы в кафе, компьютерные игры, просмотр телепередач, карманные деньги и т. д. Рассел А. Баркли рекомендует награждать ребенка символическими жетонами, количество которых отражает его поведение. В дальнейшем жетоны меняются на конкретные, ранее оговоренные поощрения — «пряники». Если ребенок ведет себя плохо, вы забираете часть жетонов — в этом и заключается наказание.

Важный принцип поведенческой терапии — поэтапный процесс медленного приближения к цели. Обычно лучше начинать с самого легкого шага и, если удастся решить самые легкие проблемы, переходить к другим. **Стратегия «все или ничего» закономерно приводит к разочарованиям.**

Что делать родителям на практике? Решить, что именно ребенок должен делать: например, выполнять указания с первого раза, вежливо общаться, вовремя и старательно выполнять домашние задания, поддерживать порядок в комнате и проч. (важно выбрать что-то одно), — и систематически поддерживать его частыми немедленными поощрениями. Поощрения могут быть социальными (похвала), в форме определенной деятельности (пойти поиграть вместе в футбол) или же материальными («ты выполнил все свои домашние обязанности без напоминания — предлагаю в награду мороженое!»).

Поощрение можно предложить спонтанно или оговорить заранее — например, заключив «поведенческий контракт». Не принес замечаний из школы — 30 минут компьютерных игр, сделал уроки хорошо и вовремя — час компьютерных игр, день вежливого общения — совместная игра в настольный футбол и т. п. Важно, чтобы ребенок действительно всего этого хотел, чтобы поощрения были для него желанными и значимыми (30).

Когнитивно-поведенческая терапия с детьми с СДВГ состоит из следующих этапов (69).

1. Осознание проблемы — учим детей лучше осознавать свои чувства, вместо того чтобы избегать их или при решении сложной задачи действовать импульсивно.

2. Поиск решений — поощряем детей придумывать новые способы для решения проблем.

3. Прогнозирование последствий — учим представлять, что случится сразу и в будущем из-за их поведения, чтобы сделать правильный выбор.

4. Планирование — помогаем составлять план действий для достижения цели и правильно рассчитывать время на каждый шаг.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:

На страницах этой книги мы много говорим о том, как важно своевременно обратиться к психиатру или неврологу, который проведет диагностику и назначит лечение. Но не менее важна и помощь психолога. Психолог решает две задачи: первая – коррекция того, как ребенок с СДВГ взаимодействует с окружающим миром, и вторая – взаимоотношения в семье, между родителями и другими родственниками и ребенком с таким диагнозом. **Во всем этом психолог может помочь: помочь семье наладить быт, сформировать для ребенка расписание, создать комфортное пространство для учебы, где ничто не будет его или ее отвлекать.**

Но очень важно, чтобы психолог был компетентным, чтобы у него был опыт работы с такими детьми.

Ю. С. Шевченко считает, что для успешной работы с поведением ребенка важны три условия:

1) нужно понять, какие именно факторы влияют на плохое поведение ребенка;

2) определить конкретную цель, которую хотят достигнуть в изменении поведения ребенка (пример приведем ниже);

3) найти эффективные способы поощрения за желательное поведение или «наказания» за нежелательное.

Чтобы начать работу, психолог просит родителей составить список конкретных примеров поведения, которое их беспокоит, избегая обобщенных фраз вроде «капризы» или «непослушание», «неаккуратность», «плохая учеба» и т. д.

Примеры конкретных целей из пункта 2: «перестать кричать на бабушку», «вовремя и без сопротивления садиться за уроки», «не брать чужое без спроса». Такие формулировки хороши тем, что, во-первых, не содержат негативной оценки личности (которая может вызвать у ребенка чувство неполноценности), а во-вторых, позволяют отделить отношение родителей к ребенку (безусловное принятие и любовь) от их отношения к его поступкам, которые мешают естественному проявлению этой любви. С другой стороны, благодаря такому четкому определению круга проблем самому ребенку становится понятно, чего от него хотят и что он должен делать (70).

При этом можно сформулировать семейные правила (от одного до трех), которых необходимо придерживаться дома и за соблюдение которых ребенок будет получать вознаграждения. Несоблюдение правил ведет к неприятным последствиям (лишение возможности заниматься любимым делом, дополнительные обязанности по дому и т. д.).

Также можно ввести штрафы — потерю баллов в системе балльного поощрения. Но тут важно не перегнуть палку: если штрафов будет слишком много и ребенок «обанкротится», у него пропадет мотивация к зарабатыванию баллов, так что кроме штрафов желательно использовать и другие виды «санкций».

Чтобы ребенок научился лучше понимать свое поведение, он может с вашей помощью вести дневник. В нем фиксируйте, сколько раз у ребенка случались конфликты и к чему это приводило. Такой метод особенно полезен для младших школьников, так как они учатся предвидеть последствия своих поступков.

Кроме того, в рамках поведенческой терапии выделяют следующие виды влияния на ребенка.

1. «Вдохновление» — когда родитель показывает ребенку, что верит в него, и дает раньше времени похвалу или небольшую награду, чтобы мотивировать на дальнейшие хорошие поступки.

2. Поощрение: похвала, ласка, подарки и т. д.

3. Принуждение включает в себя подробные объяснения, почему надо поступать именно так, рассказ о возможных неприятных последствиях поступка, ультимативный компромисс (категорическое предложение единственно возможной альтернативы), а также игнорирование плохого поведения, чтобы ребенок понял, что оно не привлекает внимания.

4. Наказание: лишение ожидаемого удовольствия, смена дружеского тона на официальное обращение и проч.

Иногда бывает полезно прибегнуть к **«тайм-ауту»** — временной изоляции — особенно в тех случаях, когда поведение ребенка становится неконтролируемым. Ребенка на короткое время выводят в заранее оговоренное место — например, в другую комнату (конечно, это пространство должно быть для него безопасным). Таким образом, на 3–5 минут ребенок выводится из волнительной ситуации. В школьном возрасте длину тайм-аута можно увеличить до 10–20 минут.

Еще один метод борьбы с плохим поведением — **чрезмерное исправление**: мы требуем от ребенка сделать больше, чем необходимо для исправления ситуации, которая возникла после неадекватного поведения. Например, если ребенок плюет на пол, он должен не просто вытереть место плевка, но и помыть пол во всей комнате или даже во всей квартире. При использовании этого метода важно:

1. Четко объяснить ребенку, какое его поведение неприемлемо.
2. Применить этот способ наказания сразу после неправильного поступка, чтобы связь была очевидной.
3. Задание по исправлению ошибки должно требовать усилий, чтобы ребенок понял значимость своих действий (71).

В рамках **профилактической работы** с гиперактивным ребенком стоит:

1. Заранее договориться о времени игры, о длительности прогулки и т. д. Важно, чтобы об истечении времени ребенку сообщал не взрослый, а заведенный заранее будильник или, например, кухонный таймер, — тогда ребенок будет реагировать менее агрессивно.

2. Выработать совместно с ребенком систему поощрений и наказаний за желательное и нежелательное поведение.

3. Выработать и расположить в удобном для ребенка месте свод правил поведения в группе детского сада, в классе, дома. Просить ребенка периодически вслух проговаривать эти правила.

Любому ребенку, а ребенку с СДВГ особенно, трудно внезапно прервать интересную для него деятельность: игру на

компьютере, просмотр мультфильма и т. д. Поэтому, если родители заранее знают, что времени недостаточно, лучше эту деятельность вовсе не начинать, чем прерывать ее внезапно. Если же ребенок уже приступил к ней, лучше заранее договориться, что через конкретный промежуток времени придется от нее оторваться. Причем за 8–10 минут можно предупредить, сколько осталось времени, а за 3–5 минут напомнить об этом. Если ребенок не может удержаться от упреков и обвинений в адрес родителей, можно опять же воспользоваться будильником или таймером, который, прозвонив в назначенное время, предотвратит нежелательную эмоциональную вспышку.

Метод осознанности в лечении СДВГ

Вам наверняка не раз встречался термин «майндфулнес» (англ. mindfulness), но знаете ли вы, что он значит и в чем проявляется? На русский язык mindfulness чаще всего переводят как осознанность (72). Это означает способность намеренно сосредотачивать внимание на текущих событиях и ощущениях и произвольно переключать внимание с одного на другое.

Практика осознанности включает в себя следующее: необходимо по очереди сосредотачивать свое внимание на разных частях тела (или физиологических функциях, например на дыхании) и проживать разные ощущения или их отсутствие. Цель — **научиться концентрировать свое внимание на разных частях тела, замечая все ощущения.**

Как обучить этому ребенка? Например, можно предложить ему лечь на спину и начать по очереди сильно напрягать разные мышцы: лица, рук, ног и так далее. Через несколько секунд нужно расслабить все мышцы и немного полежать. После окончания упражнения расспросите ребенка о его ощущениях.

Можно предложить ребенку остановиться и прислушаться к своим чувствам и ощущениям: попытаться отметить все запахи, звуки, увидеть мельчайшие детали. Например: *«Посмотри на эту кружку с горячим какао. Скажи, какого цвета напиток. Потрогай кружку и расскажи об ощущениях: какая она — горячая, теплая или холодная? А теперь попробуй какао и расскажи о вкусе: сладкий или горький»* и т. д. Также можно поиграть в «юного натуралиста»: внимательно осматривать листья на деревьях вокруг, насекомых и птиц.

Кроме того, родители и дети вместе могут выполнить следующее упражнение. Двумя руками обопритесь о стену комнаты и в течение 10 секунд изо всех сил толкайте ее. Повторите упражнение 3 раза. Чередование напряжения и расслабления мышц позволит уменьшить тревогу и лучше почувствовать, что происходит в теле.

Как помочь в школе?

Где учиться ребенку с СДВГ? В принципе, в любой школе, гимназии или лицее. **Идеальным вариантом**, конечно, **будет школа или гимназия, где в классе не больше 10–15 человек.** Мы рекомендуем постараться наладить хорошие отношения с учителями, сделать их своими союзниками и помощниками в решении проблемы СДВГ.

Не стоит слепо идти на поводу у школы, особенно в тех случаях, когда педагоги рекомендуют забрать ребенка. Конечно, для любой школы ребенок с СДВГ неудобен, но специальных школ для детей с этим диагнозом просто нет. СДВГ — заболевание частое (вспомните статистику, которую мы приводили в начале этой книги), а значит, **ваш ребенок — не один такой в школе**. И не верьте учителю, который скажет, что впервые встретил такого ученика за всю многолетнюю деятельность на ниве народного образования.

Твердо и уверенно защищайте собственные интересы и интересы своего ребенка, но при этом старайтесь не вступать в конфликты с педагогами. Помните, что игра проходит на «чужом поле». В психологии часто используется термин «ассертивность» (от английского assert — «утверждать, заявлять; доказывать, отстаивать свои права») — это баланс между пассивным и агрессивным стилем общения. **Будучи ассертивными, мы защищаем свои права, не нападая на других.** При этом важно стараться соблюсти хрупкое равновесие между отстаиванием своих интересов и уважением к интересам школы.

Ассертивное поведение предполагает уверенную и активную позицию, когда вы четко осознаете свои цели и права, открыто о них заявляете и их отстаиваете. Не нарушая прав окружающих, вы добиваетесь своих целей.

Почаще подчеркивайте свое желание сотрудничать — например, используя фразу «а что вы думаете по этому поводу?». Старайтесь слушать учителя, не перебивая. Свои пожелания можно формулировать в формате «мне бы очень хотелось, чтобы…».

В идеале гиперактивный ребенок должен сидеть за первой партой, на виду у учителя. Так учителю будет удобнее контролировать его поведение и направлять ученика в нужное русло. К сожалению, часто детей с СДВГ сажают за последнюю парту: «лишь бы не мешал». Бывает и так, что «на галерку» сажают двух гиперактивных детей, и их «взрывная» энергия умножается. Конечно, таким детям, как, впрочем, и всем остальным, было бы намного проще, если бы все учителя вели свои уроки интересно, захватывающе, используя яркие примеры и юмор, чередуя формы подачи материала, но так, увы, бывает далеко не всегда.

Стоит также понимать, что внимание ребенка с СДВГ лучше поддерживается при индивидуальных занятиях, поэтому, если

есть такая возможность и необходимость, лучше нанять ребенку репетитора.

> **Совет учителю:** если вы видите, что гиперактивный ученик устал, попробуйте переключить его внимание, дав какое-то «особое» индивидуальное задание, в идеале — с возможностью подвигаться. Например, попросите его раздать учебные пособия. А. Л. Сиротюк рекомендует педагогам при работе с гиперактивными учащимися использовать элементы игры, соревнований. Также полезно будет включить в план урока несколько минут активного отдыха.

А вы, дорогие родители, пожалуйста, помните: **не стоит ставить во главу угла формальную успеваемость.** Попросите учителя делать акцент на поведении и том, часто ли ребенок отвлекается, и в зависимости от этих показателей можно придумать поощрение и наказание.

Как мы уже говорили, тревожные расстройства — довольно частый сопутствующий симптом при СДВГ, а значит, задача терапевта — работать с тревогой и страхами. Для этого есть три главных подхода.

1. Повышать **самооценку** ребенка: для этого нужно подсказать родителям, что важно как можно чаще хвалить его, особенно в присутствии других детей и взрослых.
2. Учить ребенка **расслабляться**: детям показывают простые техники, как справляться с напряжением в теле и эмоциях.
3. Учить ребенка **контролировать** свои эмоции в сложных ситуациях.

Эти методы можно использовать одновременно или выбирая, что именно важно в конкретной ситуации (66).

Важно спросить самого ребенка о том, что его беспокоит. Если мы говорим о школьнике, то можно назвать те чувства, которые он скорее всего испытывает: «Я понимаю, что ты боишься…» Маленькому ребенку можно предложить рассказать о том, какое настроение у его любимой игрушки, почему оно такое и что его испортило. Как правило, дети переносят на игрушку свои переживания.

При этом в разговоре **следует избегать осуждения и категоричных оценок**: так вы дадите ребенку понять, что готовы говорить о его проблемах, видите его переживания и что вам не все равно. Не надо обесценивать переживания ребенка, говорить: «ерунда, не стоит внимания». Обсудив ситуацию, желательно перевести разговор на приятную или нейтральную тему.

При коррекции тревоги у детей очень эффективна **арт-терапия**, особенно в тех случаях, когда ребенок не может ясно и четко выражать свои мысли словами. Еще Зигмунд Фрейд писал о том, что бессознательное может находить выражение в спонтанном творческом процессе. Так, в процессе рисования ребенок получает возможность «выплеснуть» свою тревогу на бумагу, а сам факт изображения страхов по заданию врача действует как лечебный фактор.

Школьники могут сделать рисунки на темы: «Моя мечта», «Волшебная палочка», «Я боюсь», «Страшный сон» и так далее. Дети переносят на бумагу свое беспокойство, напряжение, и таким образом успокаиваются. Можно также предложить школьнику полепить из пластилина: вылепить свой страх или проблему, а потом скатать их в шарик.

Многие специалисты советуют использовать для уменьшения страхов **релаксационные методики**. Например, в игре «Теплый, как солнце, легкий, как дуновение ветра» дети с закрытыми глазами представляют себе прекрасный теплый день. Им предлагают представить плывущее по небу серое облачко и поместить на него все свои горести и заботы. Ярко-голубое небо, легкий

ветерок, мягкие лучи солнца помогают расслабить мышцы не только лица ребенка, но и всего тела. Ребенку школьного возраста можно предложить закрыть глаза и представить себя в тихом, спокойном, безопасном месте — например, в доме или пещере. Попросите рассказать об этом месте, описать цвета, запахи и т. п.

Другая игра, «Улыбка», помогает расслабить мышцы лица. Выдыхая воздух и многократно улыбаясь лучу солнца, дети становятся чуть-чуть спокойнее. В неприятных жизненных ситуациях они могут вспомнить свои ощущения, отработанные в этих и других похожих играх, и вернуться к ним, заменяя негативные эмоции на нейтральные или положительные (66).

Чтобы помочь ребенку освободиться от негативных эмоций, можно предложить ему покричать, представив, как страхи выходят из него во время крика.

Также помните о том, что снизить тревогу, причем как у детей, так и у взрослых, помогают тактильные контакты, поэтому старайтесь чаще целовать и обнимать ваших детей. Как простой и веселый способ выплеснуть негативную энергию можно использовать бой подушками.

А как помочь родителям?

Как говорила Агния Барто: «***Если ребенок нервный, прежде всего надо лечить его родителей***». Выше, в главе, посвященной семейным проблемам, мы говорили о хроническом стрессе и проявлениях эмоционального выгорания, которые часто встречаются у родителей детей с СДВГ. Что же делать в этих ситуациях? Дорогие родители, поищите возможность вырваться на выходные куда-нибудь вдвоем, без детей. Это действительно важно для психологического благополучия — как вашего, так и их.

Ключевой момент управления стрессом — это его осознание. Не стоит стыдиться своего состояния и чувствовать

себя «слабыми». Не бойтесь того, что ваш образ «лидера», «эффективного менеджера», «сильного мужчины» или «энергичной бизнесвумен» может разрушиться. Позвольте себе немного погоревать и даже поплакать — вы имеете на это право! В конце концов, «деревья, которые не гнутся, часто ломаются»[1].

Постарайтесь отличать стрессы, которые вы контролировать можете, от тех, которые вам неподвластны. Для этого надо составить список стрессоров[2] и разделить их на контролируемые и неконтролируемые. Но если даже вы не можете контролировать стрессор, это не означает, что остается только дать ему контролировать вас! В ваших силах — научиться регулировать свое эмоциональное состояние.

Для этого можно, например, **ежедневно выделять по 20 минут для беспокойства**. В это время, оставшись в одиночестве, прокручивайте в голове все мысли, которые вас тревожат (при желании можете их записать). Оцените уровень вашего беспокойства по шкале от 0 до 10. Когда же неприятные 20 минут закончатся, порадуйте себя чем-нибудь хорошим: прогулкой, музыкой, просмотром интересного видео. И потом каждый раз, когда вас «внеурочно» будет охватывать тревога, обращайтесь к себе словами героини «Унесенных ветром» (несколько перефразированными по случаю): «Я не буду беспокоиться об этом сейчас, я буду делать это с 10:00 до 10:20».

Также можно освоить методики аутогенной тренировки (аутотренинг). Вот пример одной из них.

1. Расположитесь в кресле, облокотившись на спинку. Положите руки на переднюю поверхность бедер или на подлокотники. Ноги свободно расставьте.

[1] Пословица, которую приписывают разным народам и культурам, в том числе корейской.

[2] Внешний фактор среды, вызывающий стресс.

2. Сделайте 3 глубоких вдоха, чередующихся с очень медленными выдохами, а затем представьте, что опустили руки в теплую воду.

3. Представьте себя на природе. Почувствуйте, как мягкий теплый бриз покачивает зеленые ветви деревьев. Услышьте, как где-то рядом журчит вода и поют птицы, перелетая с ветки на ветку. Почувствуйте запахи, наполняющие воздух. Ощутите приятный солнечный свет, струящийся сквозь крону деревьев.

4. Когда будете готовы, «вернитесь» в реальность.

Снять эмоциональное напряжение помогут также записи в блокноте: напишите о своих обидах, страхах, тревогах, о каждой проблеме — на отдельном листке. Потом можно вырывать эти листы один за другим и сжигать в пламени свечи.

Конечно, жизнь без стресса невозможна, но стрессом можно и нужно управлять. А мы, врачи и психологи, будем вам в этом помогать.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ: 4 совета родителям

1. Осознайте, что испытываете стресс. Это нормально! Ненормально – его отрицать и не обращаться за помощью.

2. Заручитесь помощью и поддержкой. Окружите себя людьми, способными выслушать и поддержать, а при необходимости – обратитесь к специалисту (для начала – к психологу).

3. Боритесь со стрессом способами, которые вам подходят. Для кого-то это будет медитация, для кого-то – проживание эмоций в строго отведенное время и т. д. Ищите то, что подойдет вам.

4. Заботьтесь об отношениях в вашей паре. Напоминайте себе, что вы не просто муж и жена, а прежде всего

любящие друг друга люди. Находите время для свиданий друг с другом.

Лекарства при СДВГ

В большинстве стран для лечения СДВГ широко используются психостимуляторы, но в нашей стране эти препараты пока не зарегистрированы.

Важно понимать, что их использование может вызывать побочные эффекты, такие как: бессонница, раздражительность, боли в животе, снижение аппетита, головные боли, тошнота, существенное притупление эмоций. У некоторых пациентов также появляется тахикардия и повышается артериальное давление.

В последние десятилетия в лечении СДВГ у детей от 6 лет, подростков и взрослых активно применяется препарат атомоксетин. Еще в начале XXI века исследования показали, что поведение в школе детей с СДВГ, принимавших этот препарат, улучшилось по сравнению с пациентами, получавшими плацебо-терапию[1]. Позже многочисленные исследования подтвердили, что этот препарат помогает эффективно справляться с различными проявлениями СДВГ как у детей, так и у взрослых. Симптоматика заболевания на фоне лечения уменьшалась приблизительно одинаково как у детей, так и у подростков. Их отношения в семье и школе заметно улучшились. Атомоксетин работает достаточно быстро — первые улучшения заметны уже в течение первой недели лечения. Это помогает пациенту и его семье почувствовать больше доверия к предписаниям врача. Следовать им важно не только для лечения текущих клинических проявлений СДВГ, но

[1] Плацебо — вещество без явных лечебных свойств, используемое для имитации лекарственного средства, в том числе в исследованиях, где оцениваемый эффект может быть искажен верой самого пациента в действенность препарата.

и профилактики нежелательных медико-социальных последствий, связанных с этим заболеванием.

Но, конечно, и прием атомоксетина может вызывать побочные эффекты. Наиболее частые из них — боль в животе, снижение аппетита, тошнота, рвота. В некоторых случаях отмечается клинически незначимое повышение артериального давления и пульса. Атомоксетин следует применять с осторожностью пациентам с гипертензией, тахикардией, с сердечно-сосудистыми заболеваниями или с нарушением мозгового кровообращения. При отмене препарата не отмечалось усиления симптомов заболевания или каких-либо нежелательных явлений, связанных с синдромом отмены.

В России для лечения СДВГ традиционно применяли ноотропные средства: лекарственные препараты, которые помогают легче справляться с учебой, быстрее и проще запоминать информацию. К таким препаратам относят кортексин, пантогам, ноотропил и др. Непосредственный выбор препарата и расчет дозировки проводит врач. Кроме того, для снижения сопутствующей тревоги применяются анксиолитики (транквилизаторы).

В нашей практике мы часто назначаем лечение не только ребенку, но и его родителям, — это так называемый «диадный подход». Таким образом, мы стараемся уменьшить у них проявления тревоги и астении, понизить «градус» эмоционального выгорания.

Методы психофизиологической коррекции

Один из основных методов лечения пациентов с СДВГ называется **нейрофидбек**. Во время такого лечения пациент с помощью компьютера учится контролировать физиологические процессы, которые обычно остаются незамеченными. Специалист выводит на экран изображение мозга пациента, показывает, что является нормой, а что требует внимания. В результате пациент начинает более

ясно воспринимать симптомы-нарушения и постепенно учится контролировать и их, и работу всей системы. Он вырабатывает стратегию поведения, которая позволяет эти симптомы устранить.

Каждый такой сеанс, как правило, длится около 30 минут — правда, первые несколько занятий чуть короче, причем напряжения у пациента они не вызывают: за 4 минутами тренинга следует 1 минута отдыха.

Перед занятиями ребенку обязательно доходчиво объясняют, как будет проходить процедура. Ему предлагают расслабиться, в том числе расслабить мышцы, и стараться во время сеанса медленно, ритмично и спокойно дышать. Пациент видит на экране график, отражающий работу его головного мозга. Курс лечения составляет в среднем 10–15 сеансов, занятия проводятся 3–5 раз в неделю, в зависимости от состояния здоровья больного и его реакции на процедуры. Высокая эффективность лечения объясняется активным участием ребенка в этом процессе. Замечено, что после применения метода нейрофидбека более чем у 70% детей, страдающих СДВГ, наступает значительное улучшение[1].

Кроме того, для лечения детей используется метод **транскраниальной микрополяризации (ТКМП)** — воздействие очень слабым электрическим током на определенные зоны мозга. Такое лечение позволяет уменьшить проявления функциональной незрелости головного мозга, лежащей в основе многих проблем, в частности задержек речевого развития. Этот метод разработали в НИИ экспериментальной медицины в Ленинграде в 1970–1980 годах, а методики лечения детей с СДВГ были разработаны в Институте мозга человека в начале XXI века. Метод активно применяется для лечения СДВГ, нарушений речевого развития, задержек психического развития. Его преимущества — отсутствие побочных эффектов и хорошая переносимость процедур.

[1] Чутко Л. С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства.

Последние 10 лет этот метод активно используют и зарубежные коллеги тоже. Основная терапевтическая мишень ТКМП при лечении СДВГ — улучшение взаимосвязей между фронтальной корой и подкорковыми структурами мозга.

Применение ТКМП помогает улучшить память и внимание, снизить уровень гиперактивности и импульсивности. Благодаря этому методу у детей улучшается речь: они начинают использовать более сложные предложения и пополнять словарный запас. Дети также начинают проявлять больший интерес к учебе и работают с педагогами более продуктивно. Эффективность этого метода составляет 70–75 %[1].

Противопоказаний к использованию этого метода мало: в некоторых случаях это повышенная температура тела, повреждение кожных покровов головы, наличие родинок или сосудистых образований в местах прикрепления электродов, опухолевые образования в головном мозге, наличие у ребенка судорог в прошлом или нынешней высокой эпилептической готовности, которая видна на электроэнцефалограмме.

Процедуры ТКМП не проводятся совместно с медикаментозной (ноотропной) терапией, а позволяют заменить ее. Положительный эффект иногда становится заметным уже после нескольких процедур, но в большинстве случаев для получения результата требуются 2–3 месяца. Сначала положительные изменения становятся видны на электроэнцефалограмме (изменения ЭЭГ указывают на повышение функциональной зрелости биоэлектрических процессов головного мозга), и только потом отмечаются изменения в поведении ребенка. Повторять такое лечение целесообразно не ранее чем через 6 месяцев, поскольку оно дает стойкий длительный эффект.

---

[1] Чутко Л. С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства.

ИНСТРУКЦИЯ

Что делать, если вашему ребенку поставили диагноз СДВГ?

1. Обратиться к специалистам — врачам и психологам (в идеале — в профильном центре) и начать лечение.

2. В любых ситуациях быть на стороне ребенка, но не допускать вседозволенности.

3. Придерживаться метода «4 раза похвалить — 1 раз поругать».

4. Не требовать от ребенка абсолютного подчинения.

5. Установить четкие и понятные правила поведения дома.

6. Договориться с другими взрослыми членами семьи о едином подходе к воспитанию. Не должно быть такого, что один взрослый что-то разрешает, а другой — запрещает.

7. Вместе с ребенком разработать структурированный распорядок дня.

8. Договариваться со школой, общаться с учителями, объяснять ситуацию. По возможности избегать конфликтов, а если они все-таки случатся, защищать интересы ребенка.

9. Беречь себя. Сохранять свою энергию и настроение.

Заключение

Скорее всего эта книга попала к вам в руки потому, что вы решили, что с кем-то — с вашим ребенком, племянником, внуком, а может, с вами — что-то «не так». При этом когда просят помочь детям, часто бывает неясно, кому на самом деле предстоит помогать. Обычно дети попадают в поле зрения специалистов из-за беспокойства взрослых — родителей, педиатров, учителей, — потому что их развитие не соответствует чужим ожиданиям. Сами дети при этом, конечно, за помощью не обращаются.

Возможно, у вашего ребенка нет СДВГ и нарушения, если они есть, временные: многие виды проблемного поведения в определенной степени свойственны большинству детей и подростков. А может, эти проблемы сигнализируют о чем-то более серьезном, так что разбираться в любом случае нужно и без помощи специалиста не обойтись.

Грамотная поддержка поможет не просто восстановить прежний уровень функционирования психики ребенка и уменьшить проявления стресса, но и позволит обеспечить его дальнейшее развитие, приобрести необходимые способности и навыки.

Детские неврологи и психотерапевты лечат не только «сегодня»: они лечат еще и «завтра». Недостаточно решить проблему косметически, надо помочь ребенку развиваться. Чем мы с коллегами и занимаемся.

МИХАИЛ ЛАБКОВСКИЙ:
Обращение к родителям детей с СДВГ

Дорогие мамы и папы! Если ваши дети демонстрируют симптомы, описанные в книге, вы должны понять следующее. Дети над вами не издеваются, они это делают не нарочно – они просто не могут вести себя иначе. Их поведение вызвано тем, как работает их психика. А работает она не так, как у здорового человека.

Есть два вида заболевания. Первый – СДВ, синдром дефицита внимания, при котором человек просто не может ни на чем концентрироваться. Так что если ваш ребенок три часа сидит над задачей, постоянно отвлекаясь то на игрушки, то на ворон за окном, то еще на что-то, и не может понять, какое условие и что требуется найти, – это оно. При условии, конечно, что интеллектуальное развитие ребенка в норме.

В случае СДВГ ваш сын или дочка все эти три часа будет не сидеть, а бегать и прыгать – все так же не понимая условия задачи.

И в том и в другом случае ребенок так себя ведет не потому, что он «распущенный», «совсем охамел» или вы его «мало лупили», – просто у него такое заболевание, и он не может иначе.

И ваша задача как родителя – вовремя обратить на это внимание и отвести сына или дочь к врачам, начиная от педиатра и заканчивая неврологом, а заодно и показать детскому психологу. **Вы должны не наказывать или «перевоспитывать» ребенка, а помочь ему.**

Пожалуйста, помните: **проявления СДВГ контролировать практически невозможно – хотя бы потому, что для этого требуются волевые усилия, а для человека с таким диагнозом это проблема.** То есть «наконец успокоиться», «взять себя в руки», начать быть последовательным,

«доводить все до конца» и концентрироваться ваш ребенок просто не в состоянии. И не надо говорить ему, что он «уже большой» и пора «вести себя, как взрослый».

Даже во взрослом возрасте человек с СДВГ может какое-то время «держаться», но потом болезнь все равно берет свое – чего уж требовать от детей.

Вашему ребенку нужны ваши поддержка, спокойствие и терпение, а если вы продолжите на него орать, наказывать или заставлять что-то делать, то лишь усугубите проблему и разрушите свои отношения с сыном или дочерью. Которым, поверьте, и так нелегко из-за невозможности довести дело до конца, проблем с окружающими и непохожести на них. **Они и так скорее всего страдают из-за низкой самооценки и считают себя лузерами, а тут еще вы подливаете масла в огонь.**

В идеале я вижу следующую картину: у вас появляется ребенок, и в какой-то момент вы замечаете, что в его поведении есть особенности – он не концентрируется, не может усидеть на месте, постоянно отвлекается. Обратив на это внимание, вы ведете его к специалисту – часто, кстати, оказывается, что это вообще не СДВГ. До определенного возраста дети, например, вообще не должны на чем-то долго концентрироваться, а уж гиперактивных детей вообще пруд пруди. Но показать ребенка специалисту надо обязательно – он либо подтвердит диагноз, либо опровергнет его.

Сегодня СДВГ – это не приговор. Вам доступны и медицинское сопровождение, и коррекция, и помощь психолога или невролога. **Любите своих детей такими, какие они есть, водите их к специалистам, помогайте в лечении, делайте все, чтобы дети были здоровыми.** И тогда вам не придется бояться за их будущее. Я желаю вам терпения, внутреннего спокойствия, потому что для вашего

ребенка очень важно, чтобы мама с папой, независимо от его поведения, проявляли к нему терпимость, лояльность, понимание и оказывали помощь. Станьте для него любящими родителями, которые во всем его поддерживают.

Дальше. Вспомните, как вы себя ведете, если ваш ребенок болеет, скажем, гриппом. Скорее всего вы вокруг него бегаете, даете ему малиновое варенье, укутываете, спрашиваете, как он себя чувствует. Но не все болезни такие. Есть болезни, которые затрагивают поведенческую сферу. СДВГ относится к их числу.

И это часто раздражает. Раздражает тем, что невозможно на ребенка в чем-то рассчитывать, невозможно ему что-то поручить – он все бросает, не доводит до конца, безобразно учится, вас вызывают в школу, у него беспорядок в голове и, естественно, в комнате и квартире. Я прекрасно понимаю, как сложно вам самим. Вы каждый день сталкиваетесь с непредсказуемым импульсивным поведением своего ребенка. Как вам себе помочь?

Во-первых, важно осознать, что дети не поступают вам назло, не «плохо себя ведут». Просто у них такая болезнь, и «взять себя в руки» они не могут. Вы должны это понять, принять и вести себя так, как вам порекомендует специалист, к которому вы обратитесь: психотерапевт, невролог, детский психолог. Одними только дисциплиной и порядком вы ничего не добьетесь.

Во-вторых, знайте, что при должной коррекции ребенку станет легче и он сможет жить более структурированно, а значит, и вам будет попроще. Главное – вовремя обратиться за помощью. В том числе – **ходить на личную терапию, если чувствуете в этом потребность, и использовать любые возможности восстановить свой ресурс.**

Меня часто спрашивают, как родителям детей с СДВГ не испытывать стыд за своего ребенка – например, в гостях или на детской площадке. И, с одной стороны, вспоминая себя в детстве, я вполне могу понять родителей, которых это беспокоит. Но с другой, могу сказать, что **стыдиться тут нечего**. СДВГ – заболевание, и тем, кто сделает вашему ребенку замечание, вы так и можете сказать – что это проявление его особенностей. Только не бегите впереди паровоза, заранее всех предупреждая: у меня такой тяжелый ребенок, простите-извините, не обращайте внимания.

К счастью, в современном обществе люди становятся более лояльными к особенностям окружающих и к их проявлениям. Так что, если ваш ребенок не нарушает чужих границ, я здесь особой проблемы не вижу.

Обращение к взрослым с СДВГ

А сейчас я хочу обратиться к тем взрослым, которым, может быть, никто диагноза не ставил, но они всю жизнь чувствовали себя не такими, как все. Не могли ни на чем сконцентрироваться, не сидели на месте, все начинали и бросали, ничего не доводили до конца; были конфликтными, обидчивыми, подверженными зависимостям; все время куда-то бежали, не могли успокоиться и не чувствовали удовлетворения.

Дорогие мои, еще раз повторю: СДВГ – не приговор. Есть много медицинских препаратов и коррекционных психологических мер для того, чтобы вашу проблему решить. В конце концов, **я сам – живой пример того, как с СДВГ в тяжелой форме в анамнезе можно взять свое заболевание под контроль и чувствовать себя прекрасно.**

Первое и главное, что вам надо сделать, – осознать, что у вас заболевание. Не ждать, что «еще чуть-чуть – и что-то начнет получаться, жизнь наладится», а признать, что у вас есть вот такой синдром и требуется лечение.
Чисто в практическом плане – **старайтесь не брать на себя больше, чем вы можете вынести. Делите задачи на мелкие «порции», не пытайтесь сделать все «одним махом», двигайтесь к цели маленькими шагами.** И старайтесь подкреплять себя за каждый такой шаг – напомню, что люди с СДВГ не получают дофамин в необходимом объеме, так что важны любые поощрения.

Учитесь выстраивать свою жизнь, учитывая собственные особенности. Возможно, вы не сможете работать в офисе – просто потому, что сидеть по восемь часов на стуле для вас слишком тяжело. В этом случае вы можете или работать на себя, или, например, найти занятие, связанное с перемещениями. Я, кстати, лет в 18 устроился работать курьером, и мне это очень нравилось: в разъездах день пролетал незаметно.

Возможно, не стоит выбирать работу, которая требует усидчивости, концентрации внимания, серьезных волевых усилий – ищите то, что вам комфортно. И не ругайте себя за частую смену мест работы – для человека с СДВГ это нормально.

Я уверен, что ваша жизнь, как и моя, заиграет новыми красками, когда вы наконец начнете лечиться и поймете, что все это время проблема была исключительно в вашем диагнозе. И что теперь вы можете жить по-другому. Из человека с низкой самооценкой, который не может построить нормальные отношения

и заработать денег, который со всеми ссорится и чувствует себя неудачником, вы можете превратиться в того, кто полностью управляет своей жизнью.

Сделать это никогда не поздно, сколько бы вам ни было лет. Потому что наша с вами болезнь сегодня хорошо изучена и поддается лечению. И все – дальше можно только позавидовать вашей будущей жизни, в которой вы будете здоровым и счастливым человеком.

Ну и, наконец, рекомендация для близких людей с СДВГ. **Научитесь отделять человека от его заболевания.** Когда ваш близкий с СДВГ – партнер, родственник, друг – не лечится или, например, пропускает прием медикаментов, он перестает себя контролировать. Это нужно знать, учитывать и просто с пониманием относиться к таким проявлениям человека, который вам не безразличен. Если он в момент обострения примет таблетку, то довольно быстро вернется в нормальное состояние. Все, что вы можете, – напомнить о медикаментах и предложить лечиться, если человек еще этого не делает.

Глоссарий

Аберрация мышления — нарушения на когнитивной стадии переработки информации, которые искажают ви́дение ситуации.

Ассертивность — способность человека не зависеть от внешних влияний и оценок, самостоятельно регулировать собственное поведение и отвечать за него. Ассертивное поведение предполагает уверенную и активную позицию, когда мы четко осознаём свои цели и права, открыто о них заявляем и их отстаиваем.

Астения (в переводе с греческого — «бессилие, слабость») — патологическая усталость после нормальной активности, сопровождающаяся снижением энергии, необходимой для обеспечения нормальной жизнедеятельности и внимания, резкое снижение работоспособности.

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) — постоянное беспокойство, не связанное с конкретными событиями.

Гиперфокус — состояние глубокой концентрации на одной задаче (теме, вопросе), при котором человек забывает обо всем вокруг.

Дегуманизация (деперсонализация) — отстраненность, холодность, формализация контактов, черствость и цинизм; одно из проявлений синдрома эмоционального выгорания.

Дислексия — трудность в обучении чтению, проявляется в том, что при чтении ребенок (или взрослый) делает одни и те же ошибки, несмотря на нормальный уровень умственного развития. Мальчики страдают дислексией чаще девочек.

Дисграфия — трудность в письме, при которой ребенок постоянно допускает ошибки, даже если знает правила орфографии.

Дискалькулия — нарушение способности в изучении арифметики и математических наук в целом, при которой ребенку сложно понимать арифметические действия и в принципе математические знаки.

Диспраксия — расстройство моторной сферы, которое проявляется в неуклюжести, плохой координации, неловкости движений рук и т. д.

Дофамин — гормон и нейромедиатор. Молекулы дофамина передают «сообщения» от одной клетки к другой, предупреждая, что скоро нас ждет что-то очень приятное.

Когниция — совокупность восприятия, категоризации, мышления, речи и других психических процессов, служащих обработке и переработке информации.

Коморбидность — сосуществование двух или более заболеваний, синдромов и/или симптомов, связанных между собой и усиливающих друг друга.

Нейротрансмиттер — химическая молекула, которая высвобождается нейронами и обеспечивает передачу сообщений от одного нейрона к другому в синапсах.

Плацебо — вещество без явных лечебных свойств, используемое для имитации лекарственного средства, в том числе в исследованиях, где оцениваемый эффект может быть искажен верой самого пациента в действенность препарата.

Префронтальная кора — часть мозга, которая отвечает за планирование, решение проблем, самоконтроль и другие высшие когнитивные функции.

Сиблинги — братья и/или сестры, дети одних родителей.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности — расстройство поведения и психического развития, которое проявляется такими симптомами, как трудности с концентрацией внимания, гиперактивность и плохо управляемая импульсивность.

Синдром дефицита удовлетворенности — состояние, при котором головной мозг перестает вырабатывать в достаточном количестве нейромедиаторы, которые «сообщают» о получении удовольствия.

Стрессор — внешний фактор среды, вызывающий стресс.

Школьная дезадаптация — неприспособленность ребенка к школьной жизни, что негативно влияет на успеваемость, отношения с окружающими и проч.

Фобия — иррациональный неконтролируемый страх.

Ультимативный компромисс — категорическое предложение единственно возможной альтернативы.



Спасибо за выбор нашего издательства!
Поделитесь мнением о только что прочитанной книге.

Библиография

1. Kooij J. JS., Bijlenga D., Salerno L., Jaeschke R., Bitter I., Balázs J., Thome J., Dom G., Kasper S., Nunes Filipe C., Stes S., Mohr P., Leppämäki S., Casas M., Bobes J., Mccarthy J. M., Richarte V., Kjems Philipsen A., Pehlivanidis A., Niemela A., Styr B., Semerci B., Bolea-Alamanac B., Edvinsson D., Baeyens D., Wynchank D., Sobanski E., Philipsen A., McNicholas F., Caci H., Mihailescu I., Manor I., Dobrescu I., Saito T., Krause J., Fayyad J., Ramos-Quiroga J.A., Foeken K., Rad F., Adamou M., Ohlmeier M., Fitzgerald M., Gill M., Lensing M., Motavalli Mukaddes N., Brudkiewicz P., Gustafsson P., Tani P., Oswald P., Carpentier P. J., De Rossi P., Delorme R., Markovska Simoska S., Pallanti S., Young S., Bejerot S., Lehtonen T., Kustow J., Müller-Sedgwick U., Hirvikoski T., Pironti V., Ginsberg Y., Félegyházy Z., Garcia-Portilla M. P., Asherson P. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry.* 2019;56:14–34. doi: 10.1016/j.eurpsy. 2018.11.001.

2. Stark M. и соавт., 2016.

3. He H., Yu Y., Wang H., Obel C. L., Li F., Li J. Five-Minute Apgar Score and the Risk of Mental Disorders During the First Four Decades of Life: A Nationwide Registry-Based Cohort Study in Denmark. Front Med (Lausanne). 2022 Jan 14;8:796544. doi: 10.3389/fmed.2021.796544. PMID: 35096886; PMCID: PMC8795588.

4. Hutton J. S., Dudley J., Horowitz-Kraus T., DeWitt T., Holland S.K. Associations Between Screen-Based Media Use and Brain White Matter Integrity in Preschool-Aged Children. JAMA Pediatr. 2020 Jan 1; 174(1): e193869. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.3869. Epub 2020 Jan 6.

Erratum in: JAMA Pediatr. 2020 May 1; 174(5):509. doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.0529. PMID: 31682712; PMCID: PMC6830442.
5. Ra C.K, Cho J., Stone M.D., De La Cerda J., Goldenson N.I, Moroney E, Tung I, Lee S.S, Leventhal A.M. Association of Digital Media Use With Subsequent Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adolescents. JAMA. 2018 Jul 17;320(3):255–263. doi: 10.1001/jama.2018.8931. PMID: 30027248; PMCID: PMC6553065.
6. Castellanos и соавт. F. X., 1994, 1996.
7. Shaw F. и соавт., 2007.
8. Barkley R. A., 1997.
9. Blair C., Razza R., 2007.
10. Denham S. и соавт., 2010.
11. Norman R. E. и соавт., 2017.
12. Фаликман М. В., 2006.
13. Calkins S., Fox N., 2002.
14. Чутко Л. С., Сурушкина С. Ю. Типы нарушений внимания у детей и связанные с ними расстройства поведения. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2020; 120(2):105–109. https://doi.org/10.17116/jnevro2020120021105
15. Мэш Э., Вольф Д., 2003.
16. Квашнер К., 2001.
17. Barkley R. A., 1996.
18. A. Anastopoulos и соавт., 2011; Чутко Л. С. и соавт., 2022.
19. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition (DSM–V).
20. Barkley R. A., 1995.
21. Венар Ч., Кериг П., 2004.
22. Выготский Л. С., 1984.
23. Lawrence и соавт., 2021.
24. Монина Г. Б. и соавт., 2008.
25. Заваденко Н. Н.,2005.
26. Шмакова О. П., 2004.
27. Вострокнутов Н. В., 1995.

28. Mrug S. и соавт., 2012.
29. Hoza B. и соавт. 2005.
30. Романчук О. И., 2010.
31. Drechsler R., Brem S., Brandeis D., Grünblatt E., Berger G., Walitza S. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. Neuropediatrics. 2020 Oct; 51(5):315–335. doi: 10.1055/s-0040–1701658. Epub 2020 Jun 19. PMID: 32559806; PMCID: PMC7508636.
32. Knecht C., de Alvaro R., Martinez-Raga J., Balanza-Martinez V. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), substance use disorders, and criminality: a difficult problem with complex solutions. Int J Adolesc Med Health. 2015; 27(2):163–175. doi: 10.1515/ijamh-2015–5007.
33. Young S., Cocallis K. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the Prison System. Current Psychiatry Reports. 2019; 21: 41. https://doi.org/10.1007/s11920–019–1022–3
34. Antoniou E., Rigas N., Orovou E., Papatrechas A., Sarella A. ADHD Symptoms in Females of Childhood, Adolescent, Reproductive and Menopause Period. Mater Sociomed. 2021 Jun;33(2):114–118. doi: 10.5455/msm.2021.33.114–118. PMID: 34483739; PMCID: PMC8385721.
35. Saxbe C., Barkley R. A. The second attention disorder? Sluggish cognitive tempo vs. attention-deficit/hyperactivity disorder: update for clinicians. J Psychiatr Pract. 2014; 20(1):38–49. doi: 10.1097/01.pra.0000442718. 82527.cd. Tamm L., Epstein J. N., Orban S. A., Kofler M. J., Peugh J. L., Becker.
36. Becker S. P., Willcutt E. G., Leopold D. R., Fredrick J. W., Smith Z. R., Jacobson L. A., Burns G. L., Mayes S. D., Waschbusch D. A., Froehlich T. E., McBurnett K., Servera M., Barkley R. A. Report of a Work Group on Sluggish Cognitive Tempo: Key Research Directions and a Consensus Change in Terminology to Cognitive Disengagement Syndrome. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2023; 62(6):629–645. doi: 10.1016/j.jaac.2022.07.821.

37. Burns G. L., Becker S. P. Sluggish Cognitive Tempo and ADHD Symptoms in a Nationally Representative Sample of U. S. Children: Differentiation Using Categorical and Dimensional Approaches. J Clin Child Adolesc Psychol. 2021; 50(2):267–280. doi: 10.1080/15374416.2019.1678165.
38. Чутко Л. С., Яковенко Е. А., Сурушкина С. Ю., Анисимова Т. И., Чередниченко Д. В., Дидур М. Д., Чекалова С. А. Клинико-нейрофизиологические проявления низкого когнитивного темпа у детей. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2024;124(5):120–127. https://doi.org/10.17116/jnevro2024124051120
39. Mak A. D. P., Lee S., Sampson N. A., Albor Y., Alonso J., Auerbach R. P., Baumeister H., Benjet C., Bruffaerts R., Cuijpers P., Ebert D. D., Gutierrez-Garcia R. A., Hasking P., Lapsley C., Lochner C., & Kessler, R. C. (2022). ADHD Comorbidity Structure and Impairment: Results of the WHO World Mental Health Surveys International College Student Project (WMH-ICS). Journal of attention disorders, 26(8), 1078–1096. https://doi.org/10.1177/10870547211057275
40. Noordermeer S. D, Luman M., Oosterlaan J. A Systematic Review and Meta-analysis of Neuroimaging in Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) Taking Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Into Account. Neuropsychol Rev. 2016 Mar; 26(1):44–72. doi: 10.1007/s11065–015–9315–8. Epub 2016 Feb 5. PMID: 26846227; PMCID: PMC4762933.
41. Masi G., Carucci S., Muratori P., Balia C., Sesso G., Milone A. Contemporary diagnosis and treatment of conduct disorder in youth. Expert Rev Neurother. 2023 Jul-Dec; 23(12):1277–1296. doi: 10.1080/14737175.2023.2271169. Epub 2023 Dec 15. PMID: 37853718.
42. Erskine H. E, Norman R. E, Ferrari A. J, Chan G. C, Copeland W. E, Whiteford H. A, Scott J. G. Long-Term Outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder: A Systematic Review

and Meta-Analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016 Oct; 55(10):841–50. doi: 10.1016/j.jaac.2016.06.016. Epub 2016 Aug 4. PMID: 27663939.

43. Чутко Л. С., Сурушкина С. Ю., Яковенко Е. А., Анисимова Т. И., Дидур М. Д., Чекалова С. А. Когнитивные нарушения у детей с хроническими тиками и их лечение. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2019;119(8):137–144. https://doi.org/10.17116/jnevro2019119081137.

44. Szejko N., Robinson S., Hartmann A., Ganos C., Debes N. M, Skov L., Haas M., Rizzo R., Stern J., Münchau A., Czernecki V., Dietrich A., Murphy T. L, Martino D., Tarnok Z., Hedderly T., Müller-Vahl K. R, Cath D. C. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders-version 2.0. Part I: assessment. European child & adolescent psychiatry. 2022; 31(3):383–402. PMID: 34661764. doi: 10.1007/s00787–021–01842–2.

45. Norbury C. F, Gooch D., Wray C., Baird G., Charman T., Simonoff E., Vamvakas G., Pickles A. The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. Child Psychol Psychiatry. 2016; 57: 1247–1257.

46. Lawrence D., Houghton S., Dawson V., Sawyer M., Carroll A. Trajectories of academic achievement for students with attention-deficit/hyperactivity disorder. Br J Educ Psychol. 2021 Jun;91(2):755–774. doi: 10.1111/bjep.12392. Epub 2020 Dec 1. PMID: 33259064.

47. Adlof S. M., Hogan T. P. Understanding Dyslexia in the Context of Developmental Language Disorders. *Lang Speech Hear Serv Sch.* 2018; 49(4):762–773. doi: 10.1044/2018_LSHSS-DYSLC-18–0049.

48. Kooij J. J. S., Bijlenga D., Salerno L., Jaeschke R., Bitter I., Balázs J., Thome J., Dom G., Kasper S., Nunes Filipe C., Stes S., Mohr P., Leppämäki S., Casas M., Bobes J., Mccarthy J. M., Richarte V., Kjems Philipsen A., Pehlivanidis A., Niemela A., Styr B., Semerci B., Bolea-Alamanac B., Edvinsson D., Baeyens D., Wynchank D., Sobanski E.,

Philipsen A., McNicholas F., Caci H., Mihailescu I., Manor I., Dobrescu I., Saito T., Krause J., Fayyad J., Ramos-Quiroga J. A., Foeken K., Rad F., Adamou M., Ohlmeier M., Fitzgerald M., Gill M., Lensing M., Motavalli Mukaddes N., Brudkiewicz P., Gustafsson P., Tani P., Oswald P., Carpentier P. J., De Rossi P., Delorme R., Markovska Simoska S., Pallanti S., Young S., Bejerot S., Lehtonen T., Kustow J., Müller-Sedgwick U., Hirvikoski T., Pironti V., Ginsberg Y., Félegyházy Z., Garcia-Portilla M.P., Asherson P. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry.* 2019;56:14–34. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.11.001.

49. Dobrosavljevic M., Solares C., Cortese S., Andershed H., Larsson H. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020; 118:282–289. doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.07.042.

50. Чутко Л. С., Сурушкина С. Ю., Яковенко Е. А., Никишена И. С., Анисимова Т. И. Синдром дефицита внимания у взрослых: клинические, психофизиологические проявления и терапия. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2013; 113(8): 38–41. Dan, O., & Raz, S. (2015). The relationships among ADHD, selfesteem, and test anxiety in young adults. Journal of Attention Disorders, 19, сс. 231–239.

51. McIntosh D., Kutcher S., Binder C., Levitt A., Fallu A., Rosenbluth M. Adult ADHD and comorbid depression: A consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD. Neuropsychiatr Dis Treat. 2009; 5:137–50. doi: 10.2147/ndt.s4720. Epub 2009 Apr 8. PMID: 19557108; PMCID: PMC2695217.

52. Л. С. Чутко и соавторы, 2013 год.

53. Fuermaier A. B., Tucha L., Evans B. L., Koerts J., de Waard D., Brookhuis K., Aschenbrenner S., Thome J., Lange K. W., Tucha O. Driving and attention deficit hyperactivity disorder. J Neural Transm (Vienna). 2017; 124(Suppl 1): 55–67. doi: 10.1007/s00702–015–1465–6.

54. Ginsberg T. и соавт., 2010.

55. Заваденко Н. Н., 2018.
56. Stark M. и соавт., 2016.
57. Wymbs B. и соавт., 2012.
58. Hartley и соавт., 2010.
59. Heckel L. и соавт., 2009.
60. Ne P., 2010.
61. Чутко Л. С. и соавт., 2016.
62. Pelsma D. M., 1989.
63. Ефимова И. Н., 2013.
64. Гиндикин В. Я., 2000.
65. Faraone S. и соавт., 2021; Coghil D. и соавт., 2023.
66. Цит. по И. Лукьяновой.
67. ЛютоваЕ. К., Монина Г. Б.
68. Монина Г. Б. и соавт., 2007.
69. Баркли Р., 2023.
70. Прашко Я. и соавт., 2015.
71. Шевченко Ю. С., и соавт., 2002.
72. Шевченко Ю. С., 2003.
73. Пуговкина О. Д., Шильникова З. Н., 2014.

Список литературы

Баумайстер Р., Тирни Дж. Сила воли. Возьми свою жизнь под контроль. М.: Эксмо, 2020 — 336 с.

Баркли Р., Бентон К. Ваш непослушный ребенок. — СПб.: Питер, 2004. — 218 с.

Баркли Р. Бентон К. Совладание с СДВГ у взрослых: достижение успеха на работе, дома и в отношениях. — М.: Вильямс, 2022. — 352 с.

Баркли Р. Совладание с СДВГ у детей. Полное авторитетное руководство для родителей. Диалектика. 2023. — 528 с.

Бехтерева Н. П. Здоровый и больной мозг человека, — Л.: Наука, 1988. — 262 с.

Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / под общей редакцией проф. Ю. С. Шевченко. — СПб.: Речь, 2003. — 552 с.

Брязгунов И. П., Касатикова Е. В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. — М.: Медпрактика, 2002. — 128 с.

Бэйли К. Гиперфокус. Как я научился делать больше, тратя меньше времени. — М.: Альпина, 2019. — 270 с.

Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. — СПб. Питер, 2001. — 352 с.

Джос Ю. С., Депутат И. С., Иорданова Ю. А. Коррекция поведения гиперактивного ребенка: Методические рекомендации. Архангельск: Поморский университет, 2010. — 62 с.

Венар Ч., Кериг П. Психопатология развития детского и подросткового возраста / пер. с англ. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2004. — 384 с.

Вострокнутов Н. В. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации // Школьная дезадаптация. Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. М., 1995. — с. 8–11.

Выготский Л. С. Психология развития человека. — М.: Смысл; Эксмо, 2005. — 1136 с.

Гоулман Д. Фокус. О внимании, рассеянности и жизненном успехе. — М.: АСТ: CORPUS, 2015. — 384 с.

Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. — М.: АСТ, 2009. — 480 с.

Дубровинская Н. В., Фарбер Д. А., Безруких М. М. Психофизиология ребенка: Психофизиологические основы детской валеологии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Владос, 2000. — 144 с.

Емельянцева Т. А. Гендерные аспекты скринингового исследования гиперкинетических расстройств в белорусской популяции детей. Социальная и клиническая психиатрия, 2003. — 23 (3), 43–47.

Ефимова И. Н. Личностные характеристики и особенности эмоциональных и поведенческих проявлений родителей в связи со степенью их эмоционального выгорания. Российский научный журнал. 2013; 4(35) — с. 206–215.

Ильин Е. П. Психология воли. — СПб. Питер, 2009. — 368 с.

Заваденко Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: Учеб. пособие. — М.: Академия, 2005. — 256 с.

Зыков В. П. Тики детского возраста. — М.: Антидор, 2002. — 180 с.

Канеман, Дэниел. Внимание и усилие. — М.: Смысл, 2006. — 287 с.

Катунова В. В. Проявления агрессии у учащихся с синдромом дефицита внимания (и гиперактивности) [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. — 2019. — Том 8, — № 3. — С. 7–15.

Корнев А. Н. Дислексия и дисграфия у детей. — СПб., 1995. — 220 с.

Корнев А. Н. Нарушения чтения и письма. — СПб. 1997. — 286 с.

Либ Р., Витхен Г. У. Тревожные расстройства // Клиническая психология / под. ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2003. 1312 с.

Лис А. Дж. Тики: пер. с англ. — М.: Медицина, 1989. — 336 с.

Монина Г. Б., Лютова-Робертс Е. К., Чутко Л. С. Гиперактивные дети. Психолого-педагогическая коррекция. — СПб.: Речь, 2007. — 186 с.

Каменюкин А. Г., Ковпак Д. В. Антистресс-тренинг. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 224 с.

Квашнер К. Гиперкинетические расстройства // Х. Ремшмидт. Детская и подростковая психиатрия. — М., 2001. — С. 203–207.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: Рук-во для врачей. — М.: Медицина, 1979. — 607 с.

Лалаева Р. И. Нарушения речи и пути их коррекции у младших школьников. — М., 1998. — 224 с.

Лукьянова И. В. Экстремальное материнство: счастливая жизнь с трудным ребенком / Ирина Лукьянова. — М.: Никея, 2018. — 413 с.

Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. — М.: Изд-во МГУ, 1973. — 374 с.

Лютова Е. К., Монина Г. Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. — СПб.: Речь, 2000. — 190 с.

Микляева А. В., Румянцева П. В. Школьная тревожность: Диагностика, профилактика, коррекция. — СПб.: Речь, 2007. — 248 с.

Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология: Нарушения психики ребенка: пер. с англ. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. — 384 с.

Ньокиктьен Ч. Детская поведенческая неврология. — М.: Теревинф, 2010. — Т. 1, 212 с.

Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка. — М.: Мир и образование, 2014. — 1376 с.

Павлов И. П. Полное собрание сочинений. — 2-е изд. — в 6 т. — Т. 3: кн. 1. — М.; Л., 1951. — 390 с.

Пальчик А. Б. Эволюционная неврология. — СПб.: Питер, 2002. — 384 с.

Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. — М.: ЭКСМО, 2001. — 624 с.

Прашко Я., Можны П., Шлепецки М. и коллектив. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. — М.: ИОИ, 2015. — 1064 с.

Пуговкина О. Д., Шильникова З. Н. Концепция mindfulness (осознанность): неспецифический фактор психологического благополучия [Электронный ресурс]. Современная зарубежная психология. 2014; 3 (2). — С. 18–28.

Речевые нарушения у детей / под ред. Чутко Л. С., Елецкой О. В. — М.: Медпресс, 2019. — 448 с.

Романчук О. И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. — М.: Генезис, 2010. — 337 с.

Сергиенко Е. А. Современное состояние исследований когнитивных процессов / Психологический журнал. — 2002 — 23(2) — С. 19–35.

Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста: в 3 томах. — М.: Медицина, 1974.

Уэндер П., Шейдер Р. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью // Психиатрия / под ред. Р. Шейдера. — М., 1998. — С. 222–236.

Фаликман М. В. Внимание: Учебник для вузов. — М.: Издательский центр «Академия», 2006. — 480 с.

Хиншоу С. В. Дефицит внимания с гиперактивностью: поиск эффективного лечения // Психотерапия детей и подростков / под ред. Ф. Кендалла. — СПб.: Питер, 2002. — С. 97–107.

Чутко Л. С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства — СПб.: Хока, 2007. — 136 с.

Чутко Л. С., Пальчик А. Б. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (причины, диагностика, лечение). — СПб.: Коста, 2012. — 160 с.

Чутко Л. С., Козина Н. В. Сидром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты. — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 256 с.

Чутко Л. С., Сурушкина С. Ю., Яковенко Е. А., Никишена И. С., Анисимова Т. И. Синдром дефицита внимания у взрослых: клинические, психофизиологические проявления и терапия / Журнал

неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2013. —113(8). — С. 38–41.

Чутко Л. С. Неврозы у детей. — М.: МЕДпресс-информ, 2015. — 224 с.

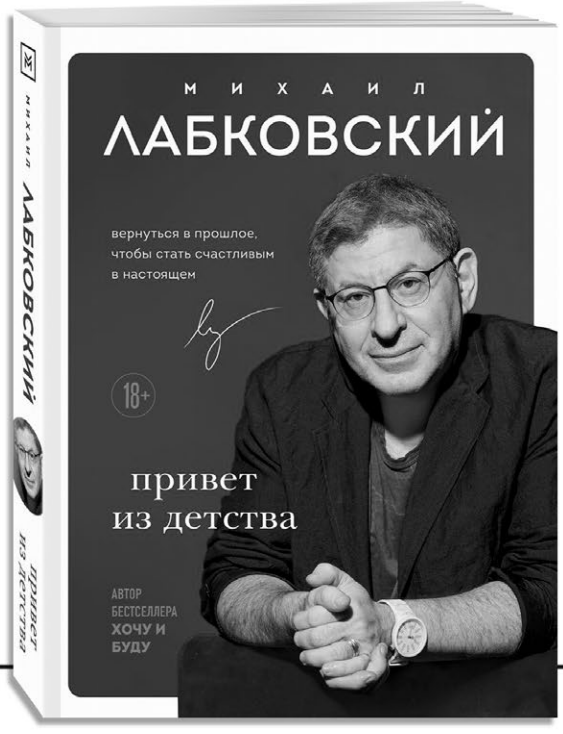
Чутко Л. С. Тики и синдром Туретта. — М.: Медицинское информационное агентство, 2016. — 176 с.

Чутко Л. С., Яковенко Е. А., Сурушкина С. Ю., Анисимова Т. И., Сергеев А. В., Дидур М. Д., Чередниченко Д. В. Нарушения эмоциональной и поведенческой регуляции у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью / Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2022. — 122(6). — С. 100–107.

Шмакова О. П. Школьная адаптация детей и подростков с психическими расстройствами: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 2004. — 24 с.

Михаил Лабковский

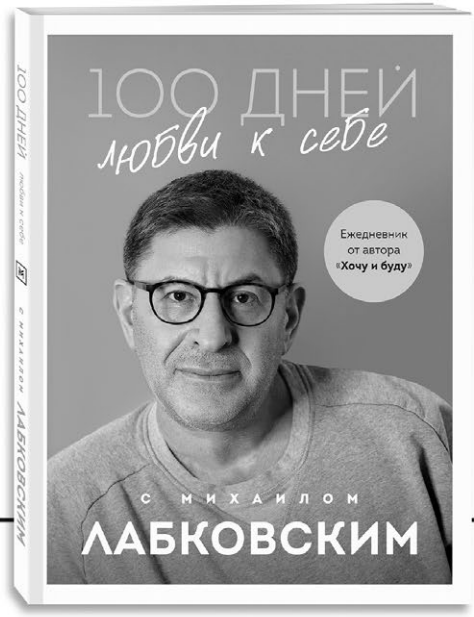
«Привет из детства»



В ЭТОЙ КНИГЕ МЫ ОБСУДИМ, КАК:

- **принять прошлое** и отпустить обиды
- **научиться любить и ценить себя**, чтобы больше не «заслуживать этого на стороне»
- **перестать чувствовать себя жертвой** обстоятельств
- **изменить либидо и влюбляться** в тех, с кем вы будете счастливы

100 дней любви к себе
с Михаилом Лабковским

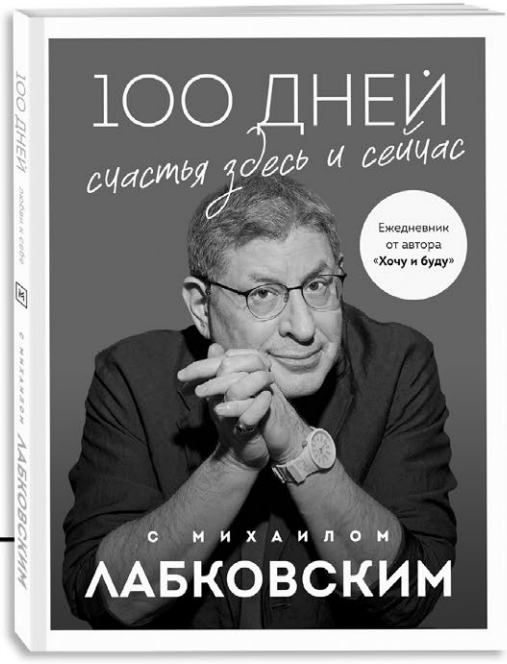


В ЕЖЕДНЕВНИКЕ ВАС ЖДУТ:

- **тексты-напутствия** на каждый день – о любви к себе и самооценке
- **вопросы и задания**, которые помогут побороть неуверенность в себе
- **комиксы** с «нездоровым» и «здоровым» подходом к жизни
- тесты «Любите ли вы себя?» и «Нарцисс ли вы?», а также **тесты на невроз и самооценку**
- **трекер для «самозванцев»**, который поможет сосредоточиться на достижениях и перестать сомневаться в себе

И МНОГОЕ-МНОГОЕ ДРУГОЕ

100 дней счастья здесь и сейчас с Михаилом Лабковским

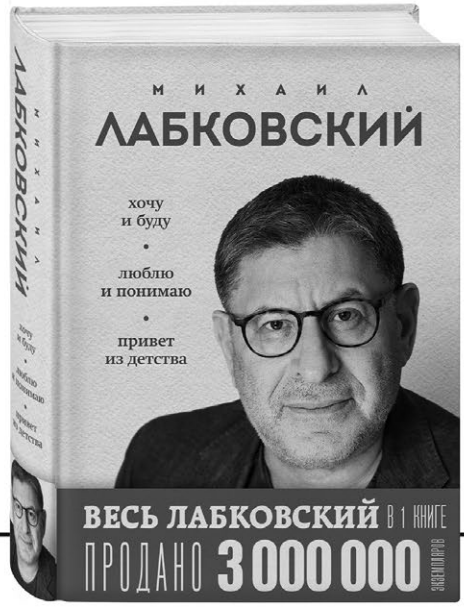


В ЕЖЕДНЕВНИКЕ ВАС ЖДУТ:

- **тексты-напутствия** на каждый день
- **вопросы и задания**, которые помогут понять, что мешает вам быть счастливыми
- **комиксы** с «нездоровым» и «здоровым» подходом к жизни
- **трекеры** сна, маленьких достижений и проявлений заботы о себе
- **привычки** счастливого человека

И МНОГОЕ-МНОГОЕ ДРУГОЕ

ВЕСЬ ЛАБКОВСКИЙ
в одной книге



ВПЕРВЫЕ ПОД ОДНОЙ ОБЛОЖКОЙ –
три бестселлера самого известного психолога в России

Михаила Лабковского.

«ХОЧУ И БУДУ» – одна из самых продаваемых русскоязычных книг в мире. За 8 лет только в России ее купили более 3 000 000 раз.

«ЛЮБЛЮ И ПОНИМАЮ» – книга о том, как превратить воспитание из «второй работы, за которую не платят», в процесс естественный, понятный и, главное, доставляющий радость и детям, и взрослым.

«ПРИВЕТ ИЗ ДЕТСТВА» – это книга-путешествие в прошлое, к моментам, которые повлияли на всю вашу жизнь.

Все права защищены. Книга или любая ее часть не может быть скопирована, воспроизведена в электронной или механической форме, в виде фотокопии, записи в память ЭВМ, репродукции или каким-либо иным способом, а также использована в любой информационной системе без получения разрешения от издателя. Копирование, воспроизведение и иное использование книги или ее части без согласия издателя является незаконным и влечет уголовную, административную и гражданскую ответственность.

Литературно-художественное издание

Лабковский Михаил
Чутко Леонид

МОЯ ЖИЗНЬ С СДВГ

КАК ПОМОЧЬ ДЕТЯМ, КАК СПРАВИТЬСЯ ВЗРОСЛЫМ

Ответственный редактор К. Елисеева

Художественный редактор П. Петров

Страна происхождения: Российская Федерация
Шығарылған елі: Ресей Федерациясы

ООО «Издательство «Эксмо»
123308, Россия, г. Москва, ул. Зорге, д. 1, стр. 1, эт. 20, каб. 2013. Тел.: 8 (495) 411-68-86.
Home page: www.eksmo.ru E-mail: info@eksmo.ru

Өндіруші: «Издательство «Эксмо» ЖШҚ
123308, Ресей, Мәскеу қаласы, Зорге көшесі, 1-үй, 1-құрылыс, 20 қабат, 2013-каб.
Тел.: 8 (495) 411-68-86. Home page: www.eksmo.ru E-mail: info@eksmo.ru.
Тауар белгісі: «Эксмо»

Интернет-магазин : www.book24.ru

Интернет-магазин : www.book24.kz
Интернет-дүкен : www.book24.kz

Импортёр в Республику Казахстан ТОО «РДЦ-Алматы».
Қазақстан Республикасына импорттаушы «РДЦ-Алматы» ЖШС.

Дистрибьютор и представитель по приему претензий на продукцию в Республике Казахстан: ТОО «РДЦ-Алматы»
Дистрибьютор және Қазақстан Республикасында өнімге шағымдар қабылдау жөніндегі өкіл: «РДЦ-Алматы» ЖШС.
Алматы қ., Домбровский көш., 3 «а», литер Б, офис 1.
Тел.: 8 (727) 251-59-90/91/92. E-mail: RDC-Almaty@eksmo.kz

16+

Сведения о подтверждении соответствия издания согласно законодательству РФ о техническом регулировании можно получить на сайте Издательства «Эксмо»: www.eksmo.ru/certification

Техникалық реттеу туралы РФ заңнамасына сай басылымның сәйкестігін растау туралы мәліметтерді мына адрес бойынша алуға болады: http://eksmo.ru/certification/

Произведено в Российской Федерации
Ресей Федерациясында өндірілген

Сертификаттауға жатпайды

Дата изготовления / Подписано в печать 14.02.2025. Формат 70x90$^{1}/_{16}$.
Гарнитура Charter. Печать офсетная. Усл. печ. л. 15,17.
Тираж экз. Заказ

Москва. ООО «Торговый Дом «Эксмо»
Адрес: 123308, г. Москва, ул. Зорге, д.1, строение 1.
Телефон: +7 (495) 411-50-74. **E-mail:** reception@eksmo-sale.ru

По вопросам приобретения книг «Эксмо» зарубежными оптовыми покупателями обращаться в отдел зарубежных продаж ТД «Эксмо»
E-mail: **international@eksmo-sale.ru**

International Sales: International wholesale customers should contact Foreign Sales Department of Trading House «Eksmo» for their orders.
international@eksmo-sale.ru

По вопросам заказа книг корпоративным клиентам, в том числе в специальном оформлении, обращаться по тел.: +7 (495) 411-68-59, доб. 2151.
E-mail: **borodkin.da@eksmo.ru**

Оптовая торговля бумажно-беловыми и канцелярскими товарами для школы и офиса «Канц-Эксмо»:
Компания «Канц-Эксмо»: 142702, Московская обл., Ленинский р-н, г. Видное-2, Белокаменное ш., д. 1, а/я 5. Тел./факс: +7 (495) 745-28-87 (многоканальный).
e-mail: **kanc@eksmo-sale.ru**, сайт: www.**kanc-eksmo.ru**

Филиал «Торгового Дома «Эксмо» в Нижнем Новгороде
Адрес: 603094, г. Нижний Новгород, улица Карпинского, д. 29, бизнес-парк «Грин Плаза»
Телефон: +7 (831) 216-15-91 (92, 93, 94). **E-mail**: reception@eksmonn.ru

Филиал ООО «Издательство «Эксмо» в г. Санкт-Петербурге
Адрес: 192029, г. Санкт-Петербург, пр. Обуховской обороны, д. 84, лит. «Е»
Телефон: +7 (812) 365-46-03 / 04. **E-mail**: server@szko.ru

Филиал ООО «Издательство «Эксмо» в г. Екатеринбурге
Адрес: 620024, г. Екатеринбург, ул. Новинская, д. 2Щ
Телефон: +7 (343) 272-72-01 (02/03/04/05/06/08)

Филиал ООО «Издательство «Эксмо» в г. Самаре
Адрес: 443052, г. Самара, пр-т Кирова, д. 75/1, лит. «Е»
Телефон: +7 (846) 207-55-50. **E-mail**: RDC-samara@mail.ru

Филиал ООО «Издательство «Эксмо» в г. Ростове-на-Дону
Адрес: 344023, г. Ростов-на-Дону, ул. Страны Советов, 44А
Телефон: +7(863) 303-62-10. **E-mail**: info@rnd.eksmo.ru

Филиал ООО «Издательство «Эксмо» в г. Новосибирске
Адрес: 630015, г. Новосибирск, Комбинатский пер., д. 3
Телефон: +7(383) 289-91-42. E-mail: eksmo-nsk@yandex.ru

Обособленное подразделение в г. Хабаровске
Фактический адрес: 680000, г. Хабаровск, ул. Фрунзе, 22, оф. 703
Почтовый адрес: 680020, г. Хабаровск, А/Я 1006
Телефон: (4212) 910-120, 910-211. **E-mail**: eksmo-khv@mail.ru

Республика Беларусь: ООО «ЭКСМО АСТ Си энд Си»
Центр оптово-розничных продаж Cash&Carry в г. Минске
Адрес: 220014, Республика Беларусь, г. Минск, проспект Жукова, 44, пом. 1-17, ТЦ «Outleto»
Телефон: +375 17 251-40-23; +375 44 581-81-92
Режим работы: с 10.00 до 22.00. **E-mail:** exmoast@yandex.by

Казахстан: «РДЦ Алматы»
Адрес: 050039, г. Алматы, ул. Домбровского, 3А
Телефон: +7 (727) 251-58-12, 251-59-90 (91,92,99). E-mail: RDC-Almaty@eksmo.kz

Полный ассортимент продукции ООО «Издательство «Эксмо» можно приобрести в книжных магазинах «Читай-город» и заказать в интернет-магазине: www.chitai-gorod.ru.
Телефон единой справочной службы: 8 (800) 444-8-444. Звонок по России бесплатный.

Интернет-магазин ООО «Издательство «Эксмо»
www.eksmo.ru
Розничная продажа книг с доставкой по всему миру.
Тел.: +7 (495) 745-89-14. E-mail: **imarket@eksmo-sale.ru**

eksmo.ru
Официальный интернет-магазин издательства «Эксмо»

ЧИТАЙ ГОРОД

Хочешь стать автором «Эксмо»?

Литрес
Я ТАК ЧИТАЮ

ISBN 978-5-04-196621-8
9 785041 966218 >

ЭКСМО

Издательство «Эксмо» — универсальное издательство №1 в России, является одним из лидеров книжного рынка Европы.

eksmo.ru eksmo