

Содержание

Глава 1. НАЧАЛО.....	5
Какая вы мама?	5
Принципы	6
О себе.....	8
И снова о себе	9
Глава 2. ТАКИЕ ДЕТИ.....	12
СДВГ	14
Гиперактивный vs тревожный	20
Расстройства аутистического спектра.....	27
Нарушения речи.....	45
Норма	51
Стертые диагнозы.....	53
Глава 3. ПОМОЩЬ РЕБЕНКУ.....	58
Повышение самооценки	60
Обучение умению управлять собой	68
Снятие напряжения	84
Навыки ребенка в действии.....	103
Глава 4. ПОМОЩЬ МАМЕ	108
Пирамида Маслоу	110
Стадии принятия	112
Конструктивное отношение	114
Почему мне надо помочь?.....	114
Методы помощи	115
Механизмы психологической защиты	129

[Купить книгу на сайте kniga.biz.ua >>>](#)

Глава 5. ДРУГИЕ ДЕТИ	142
Аниридия: бесцветные глаза	142
Прогерия: случай Бенджамина Баттона.....	143
Буллезный эпидермолиз: люди-бабочки.....	144
Глава 6. ВСЯЧЕСКАЯ БЮРОКРАТИЯ	146
Документы.....	146
Психолого-медицинско-педагогическая комиссия.....	147
Глава 7. ВЫВОДЫ.....	151

Глава 1

НАЧАЛО

Допустим, вы хотите ребенка. Вы даже еще не беременны, но уже сейчас вас окружает НЕОБХОДИМАЯ ИНФОРМАЦИЯ. Не задавая ни одного вопроса, вы уже знаете, что вам нужно делать и что ни в коем случае делать нельзя. Это, конечно, благодаря интернету в первую очередь. Шевельнув пальцем над смартфоном, вы можете посмотреть обзор детских колясок и рейтинг приложений для подсчета схваток, выбрать из сотни вариантов витамины для беременных и прочитать бесконечные обсуждения пользы и вреда прививок. Представьте, что будет, если вы еще и зададите вопрос в сети или в офлайне. Вы получите сотни комментариев, содержащих весь возможный спектр рекомендаций и запретов. А что потом?

Какая вы мама?

Этот вопрос будет звучать в вашей голове девять месяцев до родов и много лет после. Вы не знаете? Вы хотите узнать. Нет: вы должны узнать. Ведь именно этого требует от вас родительское сообщество. Как, вы не знали, что вы

в сообществе? Поздравляю, вы в нем, даже если только что выключили интернет, захлопнули книгу и заткнули уши. Все равно вам долго не продержаться.

Допустим, вы склонны к гуманизму и контролю. Обратите внимание на ведущие современные теории, собирающие под своими знаменами наибольшее количество сторонников. Например, «осознанное родительство».

Довольно известная теория, содержащая советы буквально по всем вопросам и этим подкупающая. Она хороша, так как отвечает на ваши вопросы, и она плоха, поскольку над вами начинает довлеть система принципов. Хороша, потому что снижает требования общества к маленькому ребенку, но плоха, потому что повышает требования к взрослым. Однако, погружаясь в тему, вы постепенно перестаете задаваться вопросом о правомерности требований к вам — ведь он растворяется в потоке серьезной информации. А между прочим, осознанное — это когда ты выбираешь сам. Все сам. Все для ребенка. И когда голова, перенесшая гормональный штурм беременности, бурю родов и ураган кормления, погружена в мысли о выборе момента перерезания пуповины и о высоте первых ботиночек, вы уже не задаете вопрос о себе. Пока еще. Или задаете?

Принципы

Если вы вошли в интернет и забили в поисковике, скажем, «осознанное родительство», вы найдете такие принципы:

- активная жизненная позиция, постоянное саморазвитие, ответственность за свою жизнь, здоровый образ жизни;
- бережное отношение к семье и своей роли в ней;
- осознанное зачатие и подготовка к нему;

- здоровая и счастливая беременность;
- подготовка к родам, отношение к ним как к чуду и при этом как к абсолютно естественному процессу;
- роды в спокойной и защищенной обстановке;
- минимальное медицинское вмешательство;
- осознанный подход к заботе о здоровье и развитии ребенка — от прививок, кормления, «высаживания» на горшок до закаливания, плавания с рождения, физических игр и частого пребывания на свежем воздухе;
- активное влияние на пространство, в котором живет ребенок, — экология, круг общения, информационная среда;
- осознанный подход к обучению и воспитанию: собственный пример, выбор видов обучения;
- общение внутри семьи, традиции, доверие, искренний интерес родителей и детей друг к другу.

Вам уже хорошо? Мне — не очень. Мне совсем не очень! А знаете, почему мы полезли в поисковик и почему нам сейчас плохо? Потому что мы — сгустим краски, так лучше видно — дети в пустыне, где каждая песчинка — информация. И она ДОВЛЕЕТ.

Когда из поколения в поколение передается система воспитания, слабо изменяющаяся с годами, демонстрируемая примерами ваших близких, вам не нужно вырабатывать свою систему. У вас уже есть принципы. Да, вы можете соглашаться или не соглашаться с какими-то из них, но вы живете в этой системе, внутри нее. Ваши бабушки и мамы пеленали вас, а значит, вы либо будете пеленать ребенка, либо нет, но вы не будете спрашивать, что это такое, задача возникнет и будет решена. Да, и раньше были модные веяния — спать на жестком или мягким, давать подушку до года или нет, начинать

прикорм пораньше или попозже, приучать к горшку в этом возрасте или в другом. Но модные веяния не разрушали систему в целом. А сейчас?

Вот вы, допустим, хотите быть осознанным родителем. Вы сотни раз делаете выбор: носить в слинге или не носить? Делать прививку сразу или потом? С какого возраста можно дать ребенку планшет? Утешать ли, если плачет? А стоит ли хвалить за любую мелочь? И так далее...

Берем хороший вариант. Вы все изучили. От периода растерянности перешли к некоторой шаткой уверенности. Вы подготовились. Рассчитали цикл, сдали все возможные анализы, купили три теста на овуляцию и пять — на беременность. Купили и прочитали популярные книги (Уильяма и Марты Сирс, доктора Комаровского), изучили форумы для беременных и только что родивших, занесли в «Избранное» магазины с детской одеждой и игрушками, купили две коляски и четыре слинга, прошли курсы по подготовке к родам, заключили контракт на ведение беременности и роды. Вы — контрол-фрик*. Вы — это я. Я тоже думала, что все предусмотрела.

О себе

Сейчас придется наконец перейти к моему собственному опыту, а это ужасно трудно. Первые полтора года после родов я вообще не могла говорить о своих родительских проблемах. И чтобы начать, я стала делать так: говорила об этом по-английски — по Skype — с приятельницей, живущей в США. И настолько была занята построением фраз, что психологические барьеры существенно ослабевали. Но что же меня так напрягало?

* Контрол-фрик (от англ. *control freak* — фанатик контроля) — человек, стремящийся управлять всем происходящим вокруг. — Здесь и далее прим. ред.

Я спланировала беременность и роды, но и не подозревала, что ребенок, как по заказу родившийся в удобную дату, больше не будет удобным и контролировать его я не смогу. Нет, речь не идет об Официальном Большом Диагнозе. Это не синдром Дауна и не ДЦП. Просто мне достался особый ребенок, как это принято сейчас называть. Странный. Он почти никогда не спал, почти все время кричал и не отпускал меня ни на минуту несколько лет подряд.

Всего-то.

Когда в семье появляется сложный ребенок, в супергероя превращается прежде всего мама, хочет она того или нет. Забота о ребенке такого типа — это обычно существенная нагрузка: больше забот, сильнее утомление, постоянный стресс. Почему с особым ребенком труднее именно матери? Потому что чаще всего мама проводит с малышом значительно больше времени и немедленно начинает винить себя — ведь это именно она родила такого ребенка. Мы нервничаем, не останавливаясь. Невозможность спрогнозировать развитие особого ребенка и ежедневные трудности усиливают тревогу, растерянность, ощущение безнадежности. Нам плохо, мы перестаем верить в себя, у нас пропадает вкус к жизни, мы теряем интерес к себе как к женщине и личности. А еще мы болеем.

И снова о себе

Как легко говорить о теории и как трудно возвращаться к своей личной проблеме — замечали? Психологи называют это соскальзыванием, вот как сейчас, например. Больно — и мысль твоя ускользает. Но я все равно хочу поговорить об этом, так что возвращаюсь.

Итак, ребенок родился, две недели мирно поспал, после чего моя жизнь неожиданно и бесповоротно превратилась в ад на несколько лет. Первый год (а это целых 12 месяцев)

младенец мог спать в любое время суток только 20 минут подряд, потом минут 15 кричал. Дальше сон стал длиннее, на втором году он продолжался уже 40 минут. К трем годам — час. Но если бы только это. Худшим было то, что ребенок не отпускал меня ни на секунду. До четырех лет пришлось с ним спать в одной кровати, не потому что я страшно осознанный родитель, а потому что круглосуточный крик терпеть невозможно. Если я исчезала из его поля зрения, ребенок начинал кричать и кричал до тех пор, пока вновь меня не видел. Когда ему было полгода и я ночью вставала в туалет, он немедленно просыпался, рушился с кровати и полз за мной, душераздирающе крича. В полутора года, если я во сне переворачивалась на другой бок, ребенок немедленно просыпался и, рыдая, разворачивал меня обратно. В два он говорил: «Я не узнаю тебя со спины!»

Четыре года крика, без сна, без возможности отойти. Я прибавила 20 кг, потому что я не спала, я ела. А он почти ничего не ел. И с шести месяцев рыдал, если каплю у него на щеке вытирали просто салфеткой, а не каждый раз новой салфеткой.

Такой ребенок...

Я металась по неврологам, чтобы мне сказали, что делать. Что это? Какую таблетку дать? Успокоительные действовали на ребенка парадоксально: он скакал до трех часов ночи по потолку, будто выпил залпом кофейник кофе. Чтобы пойти в гости, приходилось очень долго его уговаривать, а в процессе общения он перевозбуждался и рыдал. Если гости приходили к нам, через час он истощался, бледнел, плакал и пытался куда-нибудь лечь. Во время прогулки он мог улечься отдохнуть в лужу.

Теплые ванны, долгие прогулки, классическая музыка, белый шум, а также все, что приходит вам в голову, не помогали.

Через пару лет моей жизни с ребенком передо мной зарезжила цифра 8 — по словам некоторых неврологов

и психиатров (некоторых!), таких детей, как мой, примерно 8%. Признаки: повышенная лабильность нервной системы, повышенная возбудимость, проблемы с торможением, проблемы с вниманием и со сном, тревожность. Чтобы это понять и выяснить, понадобилось три первых года.

«Я злюсь», «Я ничего не могу сделать», «Я готова сдаться» — вот так можно описать мое тогдашнее состояние. Но злиться на ребенка как бы невозможно, ведь он не виноват (хотя вы злитесь). Тогда вы начинаете злиться на себя, да и повод есть — не помогла, не решила, не убрала, не успокоила, не нашла выход. А если и гнев не помогает, очень легко и почти неизбежно лежать на полу, смотреть в одну точку и забывать принимать душ.

«Меня нет, — говоришь ты неизвестно кому. — Меня нет, поэтому я ничего не могу сделать».

Чтобы принять эту ситуацию, мне потребовалось несколько лет. И я хочу поговорить об этом с теми, кто оказался в похожей ситуации и лежит сейчас на полу, не зная, что делать.

Иногда, чтобы прочитать нужную книжку, ее надо сначала написать.

Глава 2

ТАКИЕ ДЕТИ

Когда я училась на факультете специальной психологии психологического института, мы много времени уделяли изучению детей с особенностями развития (да, тут можно было бы начать смеяться). И каждая студентка (а большинство из нас были студентки, а не студенты) больше всего боялась родить такого ребенка. Почему?

Мы узнавали, как эти дети устроены. Изучали нейрофизиологию и педагогику, диагностику и психотерапию. А еще мы смотрели на них. Нам было тяжело представить, что этот ребенок — дауненок, аутист, дэцэпэшник, незрячий — может быть нашим. И с каким ужасом мы смотрели на тех преподавателей, у которых были именно такие дети!

Есть много теорий, почему у специалистов по особым детям рождаются особые дети. Ведущая идея — «сапожник без сапог». Профессиональная близорукость — мы со всем вниманием смотрим на других и не замечаем проблем под боком. Мы хорошо умеем выстраивать психологическую защиту — иначе не выжить в профессии. Мы разделяем работу и семейную жизнь. Также считается, что интерес к особым детям вторичен, что как раз существование в семье такого ребенка придает новое направление профессиональной

деятельности. А еще говорят, что такие дети знают, у кого рождается — у того, кто может им помочь.

Но это чистая метафизика и астральные хвосты, а нас учили подвергать теории сомнению и проводить многофакторный анализ. У нас с вами нет статистики, зато есть реальность.

Если вы уже встали с пола, утерли слезы и пошли собирать информацию, вы столкнетесь прежде всего с путаницей. Вы хотите узнать, что делать, но первый вопрос всегда — что происходит. Какой это ребенок? Да, он не спит. Да, он скачет без перерыва. Да, он делает это в разы сильнее, чаще и больше (быстрее, выше, сильнее), чем дети в среднем. Но что это? Гиперактивность? Тревожность? Это первое, что приходит в голову. Поведение тех и других очень похоже, но есть принципиальные различия. Включим ученого.

Существует СДВГ-триада: гиперактивность, импульсивность, невнимательность. Это признаки синдрома гиперактивности и дефицита внимания — если отмечаются все три, высока вероятность того, что вы имеете дело с СДВГ. Но для уточнения необходимо в любом случае обратиться к специалисту. Необходимо ли?

«Перерастет», «пройдет само» или «срочно таблеточку», «без жим к психиатру»?

Важно понять, что ребенку нужна помощь специалиста. Можно начать с невролога или психолога, при необходимости они направят вас к детскому психиатру.

Хороший специалист не только проведет обследование, не только назначит таблетки, но и будет отслеживать динамику состояния, а также объяснит, как взаимодействовать с ребенком в комплексе.

СДВГ

СДВГ или нет? Вот этот вопрос мучил меня достаточно долго. Если сейчас он мучает и вас, то советую прочитать то, что написано ниже. Если же СДВГ точно не про вашего ребенка, можете пропустить цитаты из официальных источников, но можете и не пропускать: они многое проясняют.

Физиолог Александр Крейтон еще в XVIII веке писал о неспособности некоторых детей достаточно долго сосредоточиться на одном предмете. В 40-х годах XX века невнимательность уже лечили стимуляторами. Сейчас это называют синдромом дефицита внимания и гиперактивности, или СДВГ (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD*). Второй вариант названия, более редкий, — ГРДВ (гиперактивное расстройство с дефицитом внимания), как его называют в соответствии с принятой в России Международной классификацией болезней (МКБ-10).

СДВГ — это неврологическо-поведенческое расстройство развития, начинающееся в детском возрасте. Проявляется такими симптомами, как трудности концентрации внимания, гиперактивность и плохо управляемая импульсивность. Также при неприспособленности к СДВГ у взрослых возможны снижение интеллекта и трудности с восприятием информации.

С неврологической точки зрения СДВГ рассматривается как стойкий и хронический синдром, для которого не найдено способа излечения (вот тут моя реакция должна быть вырезана цензурой). Считается, что некоторые дети, а именно 20–30%, «перерастают» этот синдром либо приспосабливаются к нему во взрослой жизни.

При этом множество специалистов (и неспециалистов) сомневается в существовании СДВГ. Так есть он или нет? Обратимся к экспертам. Возьмем наиболее авторитетных.

Американский подход

Американская психиатрическая ассоциация разрабатывает и публикует Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM*). Согласно DSM-5, постановка диагноза СДВГ возможна при наличии минимум шести из девяти долгосрочных (продолжительностью не менее шести месяцев) симптомов невнимательности, гиперактивности, импульсивности или того и другого. Проявиться симптомы должны в возрасте от шести до двенадцати лет и наблюдаться в более чем одной социальной среде (дом, детский сад, школа, работа и т. д.), при том что их нельзя объяснить другими психическими расстройствами. Следуя критериями DSM, можно выделить три подтипа СДВГ.

- 1. Преимущественно невнимательный.** Ребенок забывчивый, мечтательный, дезорганизованный; он легко отвлекается, плохо концентрирует внимание, испытывает трудности при выполнении задач.
- 2. Преимущественно гиперактивно-импульсивный.** Ребенку свойственны чрезмерная нервозность, беспокойство, гиперактивность, незрелое поведение, деструктивное поведение; он испытывает трудности в ситуациях, требующих усидчивости и длительного ожидания.
- 3. Комбинированный.** Представляет собой сочетание первых двух подтипов.

Российский взгляд

В России принято использовать критерии из другой системы — Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Что там говорится про СДВГ?

«Классическая триада СДВГ включает: гиперактивность, импульсивность и невнимательность (дефицит внимания).»

Гиперактивность проявляется у детей неспособностью сидеть на месте или сосредоточиться на задании, при этом отмечается видимое присутствие двигательной активности. По достижении взрослого возраста эти пациенты характеризуются двигательным беспокойством и склонностью к одновременному выполнению без завершения сразу нескольких заданий. Импульсивность определяется трудностью выделения приоритетов и подавления немедленных ответных реакций на воздействие факторов окружения, конкурирующих в привлечении внимания с более значимыми делами и событиями. Невнимательность у детей и взрослых проявляется в неспособности подавить собственное поведенческое реагирование на менее значимые раздражители в семейных, учебных, рабочих и социальных ситуациях.

По мере того как нервная система созревает, гиперактивность и импульсивность становятся для индивида менее проблематичными, хотя невнимательность остается для многих взрослых проблемой и зачастую проявляется в виде нарушений стратегии использования времени».

Диагностические критерии СДВГ по МКБ-10

1. Невнимательность/дефицит внимания (требуется не менее шести признаков):

- ребенок часто неспособен следить за деталями или допускает вследствие невнимательности ошибки в школьных работах или другой деятельности;
- ему часто не удается фокусировать внимание на заданиях или играх;
- часто заметно, что ребенок не слушает того, что ему говорят;
- ребенок часто не может следовать инструкциям или завершать школьную работу, повседневные дела и выполнение обязанностей на рабочем месте (не из-за протеста или неспособности понять инструкции);
- у ребенка часто нарушена организация заданий и деятельности;
- он часто избегает или очень не любит заданий, таких как домашняя работа, требующая продолжительных умственных усилий;
- он нередко теряет вещи, необходимые для выполнения определенных заданий или деятельности, такие как школьные принадлежности, карандаши, книги, игрушки или инструменты;
- часто легко отвлекается на внешние стимулы;
- часто забывчив в ходе повседневной деятельности.

2. Гиперактивность (требуется не менее трех признаков):

- ребенок часто беспокойно двигает руками или ногами или ерзает на месте;

- покидает свое место в классной комнате или в другой ситуации, когда требуется сидеть;
- часто начинает бегать или куда-то карабкаться, когда это неуместно (в подростковом или зрелом возрасте может присутствовать лишь чувство беспокойства);
- часто неадекватно шумен в играх или испытывает затруднения при тихом проведении досуга;
- обнаруживается стойкий характер чрезмерной моторной активности, на которую существенно не влияют социальные ситуации и требования.

3. Импульсивность (требуется не менее одного признака):

- ребенок часто выпаливает ответы до того, как ему зададут вопросы;
- он часто не способен ждать в очередях, дожидаться своей очереди в играх или групповых ситуациях;
- часто прерывает других или вмешивается (например, в разговоры или игры других людей);
- часто слишком много разговаривает без адекватной реакции на социальные ограничения.

Симптомы зависят от того, к какому типу относится СДВГ. Диагноз устанавливается на основании характерных жалоб (родителей) и регистрации признаков имеющихся нарушений (по критериям действующей МКБ-10) не ранее пяти-шестилетнего возраста. «Чистые» формы СДВГ встречаются не так часто, как сочетание «СДВГ с дополнительными нарушениями обучения, моторики и/или общения»*.

* По материалам научных статей д. м. н. В. М. Студеникина, к. м. н. С. В. Балканской, к. м. н. В. И. Шелковского. — Прим. авт.

Причины

Ученые выяснили, что у пациентов с СДВГ нарушено функционирование лобных долей головного мозга, которые и отвечают за планирование и контроль (вот почему в раннем возрасте, когда лобные доли еще толком не сформировались, трудновато поставить диагноз СДВГ). Это могут быть и структурные, и химические нарушения. В частности, считается, что нарушения внимания могут быть связаны с нейромедиаторным обменом, и тут всплывают такие термины, как дофамин и норадреналин — именно они помогают мозгу планировать и не отвлекаться, адаптироваться и контролировать поведение.

Но в данном процессе участвуют не только лобные доли: важны и те отделы коры головного мозга, которые отвечают за переработку информации, и ствол мозга, осуществляющий связь между разными отделами.

Ученые склонны полагать, что СДВГ передается генетически и не связан с особенностями воспитания.

Зачем природа придумала и сохранила СДВГ? Считается, что древнему обществу были необходимы хорошие охотники — люди, склонные к риску, импульсивности, быстрой переключаемости. Американский психотерапевт Том Хартман писал, что СДВГ-пациенты просто сохранили гены первобытных людей. И, хотя в современном мире куда больше ценится терпение и усидчивость, эволюция еще не успела отменить то, что когда-то было полезным.

Психиатр Дейл Арчет — сам страдающий СДВГ — исследовал синдром и пришел к выводу, что он может быть преимуществом в ряде профессий, в критических ситуациях и в бес покойные времена.

Диагностика

Если вы прочитали все, что написано выше, — поздравляю, у вас нет дефицита внимания. А есть ли он у вашего ребенка? А у моего?

Лично я, пройдя круг специалистов, поняла, что про СДВГ в два года говорить бесполезно. Никто из врачей в здравом уме не может ставить такой диагноз до достижения ребенком пяти-шестилетнего возраста. Протокол не позволяет. И я их понимаю. У наших «маленьких зайцев» еще не сформированы многие функции головного мозга — просто в силу возраста. Скажем, проблемы чтения у двух-трехлетки не будет не потому, что у него нет дефицита внимания, а потому что читать он еще не умеет. Я поняла, что продолжать будем без диагноза, но с букетом симптомов.

Помощь

Подробнее о помощи ребенку с СДВГ я буду говорить в главе «Помощь ребенку». Важно, что пациентам с таким расстройством чаще всего назначают когнитивно-поведенческую терапию, которая направлена на повышение самоконтроля и коррекцию негативных эффектов нарушения, а также лекарственную терапию, использующую положительные эффекты стимуляторов, ноотропов и антидепрессантов. Физические упражнения повышают концентрацию внимания не просто за счет тренировки определенных движений, но и благодаря тому, что способствуют выработке дофамина и норадреналина, усиливающих контроль над импульсами.

Гиперактивный vs тревожный

И все-таки — кто у вас? Гиперактивный или тревожный ребенок? Не всегда это можно определить с первого взгляда. Скачут,

например, оба. Чем отличается хаотическая активность гиперактивных и тревожных детей? Давайте посмотрим на табл. 1.

Таблица 1

Критерии первичной оценки проявлений гиперактивности и тревожности у ребенка

Критерии оценки	Гиперактивный ребенок	Тревожный ребенок
Контроль поведения	Постоянно импульсивен	Способен контролировать поведение
Двигательная активность	Постоянно активен	Активен в определенных ситуациях
Характер движений	Лихорадочный, беспорядочный	Беспокойные, напряженные движения

Источник: Лютова Е., Монина Г. Шпаргалка для взрослых. Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. — М.: Генезис, 2000.

Итак, тревожные дети могут себя контролировать, у их активности есть цель. Есть еще один критерий различия тревожного и гиперактивного ребенка: поведение первого социально не разрушительно, а второй часто является источником конфликтов, драк и просто недоразумений.

Рассмотрим гиперактивных и тревожных. Назовем их соответственно «бешеный слон» и «малая мышь». У вас кто?

Бешеный слон

Про таких детей говорят: подвижны, вспыльчивы, неусидчивы, раздражительны и безответственны. И вообще — хулиганы!

Серьезно говоря, гиперактивный ребенок — это ребенок, устойчиво проявляющий не только повышенную двигательную активность, но и дефицит активного внимания (**не вашего**,

подчеркиваю, внимания к нему, а его собственного внимания) и импульсивность. Это если коротко. Теперь развернем.

Гиперактивность у ребенка выражается в дефиците активного внимания, двигательной расторможенности и импульсивности. Согласно американским психологам Патрисии Бейкер и Мэри Алворд, обнаружить эти признаки можно с помощью следующих критериев.

I. Дефицит активного внимания:

- 1) ребенок непоследователен, ему трудно долго удерживать внимание;
- 2) не слушает, когда к нему обращаются;
- 3) с большим энтузиазмом берется за задание, но так и не заканчивает его;
- 4) испытывает трудности в организации;
- 5) часто теряет вещи;
- 6) избегает скучных и требующих умственных усилий заданий;
- 7) часто бывает забывчив.

II. Двигательная расторможенность:

- 1) ребенок постоянно ерзает;
- 2) проявляет признаки беспокойства (барабанит пальцами, двигается в кресле, бегает, забирается куда-либо);
- 3) спит намного меньше, чем другие дети, даже в младенчестве;
- 4) очень говорлив.

III. Импульсивность:

- 1) ребенок начинает отвечать, не дослушав вопроса;
- 2) не способен дождаться своей очереди, часто вмешивается, прерывает;

- 3) плохо фокусирует внимание;
- 4) не может дождаться вознаграждения (если между действием и вознаграждением есть пауза);
- 5) не может контролировать и регулировать свои действия: поведение слабо управляемо правилами;
- 6) при выполнении заданий ведет себя по-разному и показывает очень разные результаты (на некоторых занятиях ребенок спокоен, на других — нет, на одних уроках он успешен, на других — нет).

Если в возрасте до семи лет проявляются хотя бы шесть из перечисленных признаков, специалист может предположить (только предположить, мы не ставим диагноз за десять секунд), что ребенок, за которым он наблюдает, гиперактивен.

Важно, что гиперактивность — это комплекс проявлений, а не просто «непрерывно скачет». Дефицит активного внимания, импульсивность — важные признаки, не забываем их. Что, кстати, такое импульсивность? Это склонность действовать под влиянием импульса: когда мы немедленно покупаем кофточку, которую увидели в витрине, или когда наш ребенок на просьбу «выбери красный кружочек» хватает первую попавшуюся ему на глаза красную фигуру, не обращая внимания, какой она формы. Говоря научным языком, «импульсивность — особенность поведения человека (в устойчивых формах — черта характера), заключающаяся в склонности действовать по первому побуждению под влиянием внешних эмоций. Импульсивный человек не обдумывает свои поступки, не взвешивает все “за” и “против”, он быстро и не-посредственно реагирует и нередко столь же быстро раскаивается в своих действиях»*.

* Зинченко В. Большой психологический словарь. — М.: Прайм-Еврознак, Олма-Пресс, 2003.

Ребенок импульсивен, когда...

1. У него всегда быстро находится ответ, когда его о чем-то спрашивают (возможно, и неверный).
2. У него часто меняется настроение.
3. Многие вещи его раздражают, выводят из себя.
4. Ему нравится работа, которую можно делать быстро.
5. Он обидчив, но не злопамятен.
6. Часто чувствуется, что ему все надоело.
7. Он быстро, не колеблясь, принимает решения.
8. Может резко отказаться от еды, которую не любит.
9. Нередко отвлекается на занятиях.
10. Кричит в ответ, если кто-то из ребят кричит на него.
11. Обычно уверен, что справится с любым заданием.
12. Может нагрубить родителям, воспитателю.
13. Временами кажется, что он переполнен энергией.
14. Он не умеет и не любит рассуждать; это человек действия.
15. Требует к себе внимания, не хочет ждать.
16. В играх не подчиняется общим правилам.
17. Горячится во время разговора, часто повышает голос.
18. Легко забывает поручения старших, увлекается игрой.
19. Любит организовывать и предводительствовать.
20. Похвала и порицание действуют на него сильнее, чем на других.

И снова должна я вас предостеречь: погодите хвататься за голову, увидев первые пару признаков, — мол, это он! Погодите. Как говорил Шерлок Холмс, «однажды я заподозрил даму в страшном коварстве, а она всего лишь забыла напудрить нос». Если вы по первым признакам сделали вывод, что ваш ребенок импульсивен и гиперактивен, это означает

только то, что импульсивны именно вы. Возможно, ваш ребенок похож на вас? И это, наверное, не такая уж плохая новость?

Если вы ответили «да» 15–20 раз, это может говорить об импульсивности.

Малая мышь

Тревожный ребенок отличается от гиперактивного. Он чаще боится, он активен только в определенных ситуациях, он способен себя контролировать (и это важно).

А чем отличаются нормальные детские страхи от повышенной тревожности? Исследователи говорят, что тревога представляет собой комбинацию некоторых эмоций, а страх — лишь одна из них.

В норме есть страхи у всех людей, у маленьких — тоже. Когда ребенку один–три года, он может испытать ночные страхи, испугаться громкого звука, боли. В три–пять лет он может бояться темноты. В пять–семь лет ребенок начинает осознавать, что существует смерть, и начинает ее бояться (и это нормально, вы тоже через это проходили так или иначе). В 7–11 лет дети больше всего страшатся плохой оценки окружающих, непонимания, осуждения (и с чего бы, и не связано ли это со школой?).

Если ребенок регулярно испытывает комбинацию эмоций, которые говорят о тревоге, то мы можем для простоты называть его тревожным ребенком.

Все те же психологи П. Бейкер и М. Алворт исследовали тревожность у детей. Они советуют присмотреться, **характерны ли для ребенка следующие признаки:**

- 1) постоянное беспокойство;
- 2) трудность, иногда невозможность сконцентрироваться на чем-либо;

- 3) мышечное напряжение (например, в области лица, шеи);
- 4) раздражительность;
- 5) нарушения сна.

Для выявления у детей гиперактивности и тревожности специалисты применяют опросники для родителей. Например, согласно анкете Г. П. Лаврентьевой и Т. М. Титаренко **ребенок является тревожным, если:**

- 1) он не может долго работать, не уставая;
- 2) ему трудно сосредоточиться на чем-то;
- 3) любое задание вызывает у него излишнее беспокойство;
- 4) во время выполнения заданий ребенок очень напряжен, скован;
- 5) смущается чаще других;
- 6) часто говорит о напряженных ситуациях;
- 7) как правило, краснеет в незнакомой обстановке;
- 8) жалуется, что ему снятся страшные сны;
- 9) руки у него обычно холодные и влажные;
- 10) нередко он страдает расстройством стула;
- 11) сильно потеет, когда волнуется;
- 12) не обладает хорошим аппетитом;
- 13) спит беспокойно, засыпает с трудом;
- 14) пуглив, многое вызывает у него страх;
- 15) обычно беспокоен, легко расстраивается;
- 16) часто не может сдержать слезы;
- 17) плохо переносит ожидание;
- 18) не любит братьсяся за новое дело;
- 19) не уверен в себе, в своих силах;
- 20) боится сталкиваться с трудностями.

Да, если у вас от 15 до 20 ответов «да», то, с большой вероятностью, мы имеем дело с тревожным ребенком.

Тревожный — не обязательно «плохой и отстающий».
Часто тревожные дети рано учатся говорить, анализировать, формулировать. Ведь им очень надо высказать свои страхи и избегать их. Но легче ли вам от этого?

Когда я отворачивалась и мой ребенок рыдал: «Я не узнаю тебя со спины!» — это было не легче (но понятнее), чем когда он просто рыдал.

Потом я долго (несколько лет) не могла сообразить, почему, если в доме есть кто-то третий, если я беседую с подругой на кухне, мой ребенок может спокойно побывать один в комнате и позаниматься своими делами, а если дома только я, он ходит за мной, как привязанный, и дико боится оставаться в помещении один, крича, чтобы я немедленно подошла. Пока он сам не объяснил: если я с кем-то общаюсь, он слышит голоса, слышит мой голос, ему не страшно. А когда я дома с ним одна, я и помолчать могу, и тогда он пугается, что остался один.

Легче ли вам стало, когда вы назвали вещи своими именами?
Да. Немножко. Потому что сейчас вы нашупали кочки в тумане неизвестности. Давайте пощупаем еще.

Расстройства аутистического спектра

Теперь я хочу шагнуть в сторону и посмотреть на детей другого типа и с другими особенностями — и вместе с вами понять, насколько они другие. Давайте познакомимся с расстройствами аутистического спектра. К ним относят пять первазивных (обширных) расстройств (*Pervasive Developmental Disorders, PDD*): 1) аутизм; 2) синдром Аспергера; 3) синдром Рettта; 4) детское дезинтегративное расстройство; а также 5) первазивное расстройство развития — диагноз, который при несовпадении симптомов с критериями определенного

заболевания ставится без дополнительных уточнений. Все они имеют с аутизмом общие признаки (заметные отклонения в социальном взаимодействии и коммуникации, узость интересов, явно повторяющееся поведение), однако их причины различны. Во избежание путаницы с 2013 года в классификаторе DSM-5 все пять видов расстройств официально объединены в одно — расстройство аутистического спектра. Но давайте посмотрим на два главных типа нарушений: аутизм и синдром Аспергера.

Аутизм

Аутиста представить легко — достаточно, скажем, вспомнить Амели из одноименного фильма. Ее погруженность во внутренний мир, неумение общаться с другими людьми, странные привычки. Конечно, это выдуманный персонаж (и можно спорить, какой ярлык повесить на Амели), но признаки аутизма у нее самые настоящие.

Впервые термин «аутизм» был использован немецким психиатром Эйгеном Блейлером в 1911 году для обозначения симптома, который проявляется в виде ухода психически больного взрослого человека от внешней реальности в мир собственных фантазий. И хотя термин применяется до сих пор, с тех пор он стал означать несколько другое, со временем расширяясь и уточняясь. Напоминаю, что слово «аутизм» сейчас — это и конкретный диагноз, и общий термин, обозначающий все расстройства, связанные с аутизмом.

В зарубежной психиатрии аутизм описывают как уход от действительности в мир внутренних переживаний, как сознательное или бессознательное приспособление, защищающее от душевной боли и дающее человеку возможность избежать непосильных для него требований окружающей среды.

Отечественные психиатры предлагали такие формулировки, как: «разобщенность больных с внешним миром», «своебразное нарушение сознания самого “я” и всей личности»,

«нарушение адекватных установок к окружающему миру», «отсутствие у человека потребности в совместной деятельности», «замкнутый образ жизни и болезненное погружение в свои мысли», «нарушения самосознания и способа психологической защиты».

Сейчас аутизм рассматривается как отклонение в психическом развитии личности, главные проявления которого — нарушение процесса общения с внешним миром и трудности в формировании эмоциональных контактов с другими людьми.

В 1979 году Лорна Уинг и Джудит Гулд из Англии выделили так называемую **«аутистическую триаду»**. Они впервые попытались выявить базовые признаки аутизма и определили три ключевые области нарушений. «Аутистическая триада» — это три симптома: нарушение речи; нарушение социального взаимодействия и ограниченность интересов. Во многих публикациях упоминается и еще один важный признак — «интерес к стереотипному и повторяющемуся поведению» или «нехватка социального воображения».

В классификации DSM триада описана более полно:

- 1) качественные нарушения социального взаимодействия (отсутствие способности делиться, поддерживать дружеские отношения);
- 2) качественные нарушения коммуникации;
- 3) ограниченные, повторяющиеся или стереотипные шаблоны поведения, интересы и занятия.

Если мы видим только один симптом, это вовсе не значит, что у ребенка расстройство аутистического спектра. А если все три? Тогда вероятность высокая.

Статистика говорит, что в последние годы число детей, у которых был диагностирован аутизм, резко возросло. Когда медицинская общественность всполошилась и начала выяснять причины, обнаружилось интересное. Дело не в прививках (как говорилось в нашумевшей теории доктора Эндрю Уэйкфилда, который, как впоследствии выяснилось, подтасовал факты) или в ухудшении экологии — дело в том, что специалисты научились раньше распознавать аутизм у детей, используя более совершенные диагностические методы. Это хорошая новость: ранняя диагностика позволяет раньше начать терапию.

Причины

Долгое время считалось, что характерная для аутизма триада симптомов вызывается некоей общей причиной, действующей на генетическом, когнитивном и нейрональном уровнях. Сейчас считают, что аутизм, напротив, представляет собой сложное расстройство, ключевые аспекты которого порождаются отдельными причинами, часто действующими одновременно. Коротко говоря, «виновник» точно не известен. Имеющиеся данные указывают на роль генов, возможно, в сочетании с факторами, влияющими на внутриутробное развитие. В 2013 году психиатрический генетический консорциум констатировал, что и шизофрения, и СДВГ, и расстройства аутистического спектра обусловлены схожей мутацией двух генов, отвечающих за обработку ионов кальция в нейронах.

Одна из вполне жизнеспособных теорий гласит, что расстройства аутистического спектра могут быть вызваны дисфункцией зеркальных нейронов. Эти нейроны возбуждаются, когда человек наблюдает за действиями, которые совершает кто-то другой. Они определяют способность к подражанию и к сопереживанию: благодаря им мы понимаем по мимике, что собеседнику грустно, можем повторить слово за другим человеком или зевнуть, когда зевает герой фильма.

Есть теория эмоционального ландшафта. Она говорит о том, что в нейронной сети головного мозга существует карта эмоциональных реакций на различные стимулы. Если на карте есть нарушения, реакция человека может быть неадекватной и непредсказуемой.

Теория социального познания оперирует понятием «память о взаимодействиях с другими людьми», которая у аутистов нарушена.

Нет и четкой модели описания аутизма. Четкой модели нет, но описания есть. Одна из самых известных теорий заключается в том, что у аутичных людей плохо развита «теория разума» или «теория психического» — понимание того, что мысли других людей могут отличаться от твоих собственных или от реальности. Им часто трудно понять, что думают, чувствуют или знают окружающие.

Обратимся к публикациям Фонда содействия решению проблем аутизма в России и к данным Национального центра профессиональной подготовки по заболеваниям аутистического спектра в США (National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorder, NPDC).

NPDC был создан в рамках программы Департамента образования США с участием трех университета: Университета Северной Каролины в Чапел-Хилле, Висконсинского университета в Мэдисоне и Калифорнийского университета в Дэвисе. Что они пишут по поводу особенностей аутизма?

Особенности

Обработка сенсорной информации

Анализируя рассказы самих пациентов, страдающих аутизмом, психологи, в частности Марджори Олни в 2000 году, выделили общие признаки в сфере обработки аутистами сенсорной информации.

Ощущения. Измененная чувствительность к звукам, прикосновениям, зрительным образам, вкусам, запахам

и движениям. В детстве они могут видеть не людей целиком, а разрозненные части тела (один мой знакомый аутичный мальчик в полтора года почти не подходил к людям, но иногда пытался вынуть у них глаз — не агрессивно, а просто потому, что человека он не видел, только набор деталей, и вот, например, глаз); не могут отфильтровать посторонние шумы при разговоре; гиперчувствительны к свету. Многие обычные ощущения для них болезненны. С другой стороны, они способны получать огромное наслаждение от своих измененных ощущений. Они часто ощущают удовольствие от ситуаций и предметов, которых другие люди даже не замечают (вспомним Амели и ее радости — погрузить руки в фасоль, сломать сахарную корочку чайной ложкой и увидеть таранка на стене в трогательном эпизоде фильма).

В 2007 году Камила Маркрам, Генри Маркрам и Таня Ринальди из Швейцарского федерального института технологии в Лозанне выдвинули теорию аутизма как «синдрома интенсивного мира». Согласно этой теории, причина аутизма — гиперактивный мозг, который делает повседневный сенсорный опыт чрезмерно сильным. Говоря человеческим языком, это люди, живущие без кожи.

Внимание. Многие люди с аутизмом говорят, что им трудно уделять внимание более чем одному ощущению в один момент времени. Они или слышат — или видят.

Восприятие времени и пространства. Аутисты испытывают трудности в ориентации во времени и пространстве; восприятие может быть сниженным или фрагментированным; они с трудом понимают, что сейчас, а что потом. Именно поэтому они испытывают сильнейшую тревожность в случае ожидания, изменения планов или смены занятия.

Саморегуляция. Большинство людей с аутизмом сообщали, что у них есть способы справляться со своими симптомами — это в первую очередь ритуалы, ритмичные занятия или повторяющееся поведение (раскачивание, потряхивание руками). Привычный круг предметов и четкий распорядок дня, четко