

# Одаренность у детей и ассоциированные проблемы. Феномен двойной исключительности. Одаренность и трудности обучения. Одаренность и синдром дефицита внимания и гиперактивности (обзор литературы). Часть I

О.А. Пылаева

ООО «Институт детской неврологии и эпилепсии им. Святителя Луки»;  
Россия, 143396, Москва, Троицк, пос. Пучково, ул. Светлая, 6

Контакты: Ольга Анатольевна Пылаева [olgapylaeva@yandex.ru](mailto:olgapylaeva@yandex.ru)

По современным представлениям, одаренность рассматривается как системное, развивающееся в течение жизни качество психики, которое определяет возможность достижения человеком более высоких (необычных, незаурядных) результатов в одном или нескольких видах деятельности по сравнению с другими людьми. Людей, наделенных неординарными способностями, нечасто можно назвать абсолютно здоровыми в соматическом и психологическом отношении. Существуют данные о том, что одаренность в детском возрасте часто сочетается как с соматическими заболеваниями, так и с различными неврологическими нарушениями. У многих одаренных детей диагностированы левшество, речевые нарушения и аутоиммунные заболевания. Существуют научные работы, посвященные сочетанию одаренности с неврологическими и психическими расстройствами, включая синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), трудности обучения (особенно дислексию), аутизм (в том числе синдром Аспергера), биполярное расстройство и мигрень. По существующим данным, приблизительно 3–5 % детей попадают в категорию «интеллектуально одаренных»; у некоторых детей (по разным данным, от 2–5 до 20 % и более всех одаренных детей) могут диагностироваться проблемы обучения. Для детей, у которых одаренность сочетается с трудностями обучения, нарушением внимания (включая СДВГ) или другими нарушениями когнитивных функций и поведения (в том числе вызывающее оппозиционное и обсессивно-компульсивное расстройства), предлагаются термины: «двойной дар» (“twice gifted”) или «двойная исключительность» (“twice exceptional”). Такие дети требуют больше внимания со стороны педагогов и создания иных коррекционных подходов и методов адаптации по сравнению с одаренными детьми, с одной стороны, и детьми с проблемами обучения, нарушением поведения и внимания — с другой. Необходимо развитие и дальнейшее усиление сильных сторон (таланта) и коррекция, адаптация недостатков у детей с двойной исключительностью. В обзоре представлены история изучения феномена «двойной исключительности», причины возникновения, подходы к дифференциальному диагнозу и особенности методов коррекции.

**Ключевые слова:** одаренность, трудности обучения, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, история изучения, причины возникновения, дифференциальный диагноз

DOI: 10.17650/2073-8803-2015-10-3-15-36

## CHILDREN’S GIFTEDNESS AND ASSOCIATED PROBLEMS. THE TWICE EXCEPTIONALITY PHENOMENON. GIFTEDNESS AND LEARNING PROBLEMS. GIFTEDNESS AND ATTENTION DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER (A REVIEW OF LITERATURE). PART I

O.A. Pylaeva

Svt. Luka’s Institute of Child Neurology and Epilepsy; 6 Svetlaya St., Puchkovo Settlement, Troitsk, Moscow, 143396, Russia

In accordance with current views, giftedness are considered as the systemic psychic property developing throughout a lifetime, which determines the human possibility of achieving higher (unusual, outstanding) results in one or several kinds of activities as compared to other people. People who are endowed with extraordinary abilities may be infrequently called absolutely somatically and mentally healthy. There are data that giftedness in childhood are frequently concurrent with both somatic diseases and different neurological disorders. Many gifted children are diagnosed as having left-handedness, speech disorders, and autoimmune diseases. There are scientific works on the association of giftedness with neurological and psychiatric disorders, including attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD), learning problems (dyslexia in particular), autism (including Asperger’s syndrome), bipolar disorder, and migraine. According to the available data, approximately 3–5 % of children fall into a category of intellectually gifted ones; some children (2–5 to 20 % or more of all gifted children according to different findings) may have learning problems. The terms “twice-gifted” or “twice-exceptional” are proposed to characterize children with giftedness concurrent with learning problems, attention deficit (including ADHD), or other impairments of cognitive functions and behavior (including oppositional disorder and obsessive-compulsive disorder). These children need the more attention of teachers and other correction approaches and adaptation methods to be elaborated as compared to the procedures used for gifted children, on the one

*hand, and for those with learning problems, behavioral and attention disorders, on the other hand. There is a need for the development and further strengthening of strong suits (gift) and correction, adaptation of deficits in children with "twice exceptionality". The review presents the history of studying the "twice exceptionality" phenomenon, ideas on its causes, approaches to differential diagnosis, and the specific features of correction methods.*

**Key words:** *giftedness, learning problems, attention deficit/hyperactivity disorder, history of study, causes of occurrence, differential diagnosis*

Для многих талантливых учеников школа — это неограниченные возможности для тренировки ума и демонстрации своих достижений, позволяющих им почувствовать уверенность в себе. Учителя часто считают, что одаренные дети всегда проявляют успехи в процессе школьного обучения, и ожидают увидеть таких учеников среди отличников. Однако не все одаренные люди (даже те, которые впоследствии стали знаменитыми, вошли в историю) были успешными учениками. Например, одаренные дети с трудностями обучения обычно не чувствуют себя комфортно в школе. Такие ученики далеко перегнали своих ровесников, например в математике, однако читают хуже, чем другие ученики в классе и не справляются с требованиями, предъявляемыми к учащимся этой возрастной группы.

За пределами школы поражают их творческий подход, способность к решению задач и аналитическое мышление; с необыкновенным упорством и увлеченностью они направляют все силы и внимание на изучение проблемы, которая их интересует; в школе же они разочарованы и угнетены своей несостоятельностью и невозможностью добиться успеха в учебе, соответствующего их способностям [18].

За неординарными способностями ребенка нередко бывает скрыто множество проблем, которые могут препятствовать гармоничному развитию и не позволить в полной мере реализовать заложенные в нем таланты. Известно, что одаренным детям, ставшим «великими взрослыми», нередко суждено было не «купаться в лучах славы», пользуясь любовью и уважением сверстников, а прожить тяжелую и даже трагичную, полную лишений и страданий жизнь. Возможно, хотя бы отчасти это можно объяснить особенностями личности одаренных людей и ассоциированными проблемами, в том числе составляющими основу феномена «двойная исключительность».

Многочисленные факторы могут способствовать будущей реализации таланта ребенка или препятствовать этому; к ним относятся как внутренние (особенности личности, ассоциированные проблемы, соматическое и психологическое здоровье ребенка), так и внешние (обстановка в семье, школьная среда, возможность общения с другими одаренными детьми, доступность дополнительного образования, возможность изучения интересующего предмета на более высоком уровне, психологическая и материальная под-

держка со стороны окружающих, вера близких людей в способности ребенка и его будущую победу) факторы. Невозможно предсказать, какие из факторов будут играть решающую роль в определении судьбы одаренного ребенка, однако создание условий, необходимых для развития таланта, — важная социальная задача, так как именно одаренные дети, вырастая и достигая творческой и научной зрелости, становятся двигателями научно-технического прогресса, составляют творческое и научное наследие нации, служат генераторами идей, которые способствуют переходу общества на более высокий уровень, и таким образом являются неотъемлемым условием для развития общества.

#### Определение феномена «двойная исключительность»

Людей, наделенных неординарными способностями, нечасто можно назвать абсолютно здоровыми в соматическом и психологическом отношении. Обладая в какой-либо сфере способностями, далеко выходящими за пределы среднего, эти люди часто не вписываются и в стандартное определение «здорового человека». Кроме того, концепция «происхождения интеллекта в травме» предполагает возможность сочетания одаренности с заболеваниями, развившимися вследствие перенесенного стресса на ранних этапах жизни. Существуют данные о том, что одаренность в детском возрасте часто сочетается как с соматическими заболеваниями, так и с различными неврологическими нарушениями. По данным Е. Winner (2000), у многих одаренных детей диагностированы левшество, речевые нарушения и аутоиммунные заболевания [37, 70, 71]. Существуют научные работы, посвященные сочетанию одаренности с неврологическими и психическими расстройствами, включая синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), трудности обучения (особенно дислексию), аутизм (в том числе синдром Аспергера), биполярное расстройство и мигрень [39, 40, 45–48].

По существующим данным, приблизительно 3–5 % детей попадают в категорию «интеллектуально одаренных», у некоторых из них (по разным данным, от 2–5 до 20 % и более всех одаренных детей) могут диагностироваться проблемы обучения. Для детей, у которых одаренность сочетается с трудностями обучения, нарушением внимания (включая СДВГ) или другими нарушениями когнитивных функций и поведения (в том

числе вызывающее оппозиционное расстройство и обсессивно-компульсивное расстройство), предлагается термин «двойной дар» (“twice gifted”) или «двойная исключительность» (“twice exceptional”). «Исключительность» этих детей обусловлена, с одной стороны, их одаренностью, с другой — проблемами обучения, внимания и поведения, т.е. она заключается, с одной стороны, в их преимуществах, а с другой — в их слабых сторонах. Такие дети требуют больше внимания со стороны педагогов и создания иных коррекционных подходов и методов адаптации по сравнению с одаренными детьми, с одной стороны, и детьми с проблемами обучения, нарушением поведения и внимания — с другой. Необходимо развитие и дальнейшее усиление сильных сторон (таланта) и коррекция, адаптация недостатков детей с двойной исключительностью.

По современным представлениям, одаренность рассматривается как системное, развивающееся в течение жизни качество психики, которое определяет возможность достижения человеком более высоких (необычных, незаурядных) результатов в одном или нескольких видах деятельности по сравнению с другими людьми. Данное определение расширяет границы распространенного представления об одаренности как количественной степени выраженности способностей и позволяет перейти к пониманию одаренности как системного качества (при этом «система» подразумевает не сумму компонентов, а процесс интеграции, когда целое обладает новым свойством по сравнению со свойствами его компонентов).

В соответствии с происхождением слова, «одаренный» — от природы «наделенный даром» (необычными способностями в области науки и искусства, более высоким интеллектом). Одаренность — внутреннее качество личности, потенциальная возможность, существующая с рождения, а не приобретаемая в процессе упорных тренировок и обучения. Однако одаренность — лишь потенциальная возможность развития личности на качественно ином, более высоком уровне — развития, которое может завершиться созданием «качественного продукта» в сфере науки и искусства, но может и не реализоваться в процессе жизни, и тогда «дар остается бесплодным». В литературе выделяют несколько категорий одаренных детей:

- дети с высокими показателями по специальным тестам интеллекта (интеллектуальная одаренность);
- дети с высоким уровнем творческих способностей (творческая одаренность);
- дети, достигшие успехов в каких-либо областях деятельности (юные музыканты, художники, математики, шахматисты и др.). Эту категорию детей чаще называют талантливыми;
- дети, хорошо обучающиеся в школе (т.е. обладающие ярко выраженной способностью к обучению — академическая одаренность).

Различают понятия «одаренность» и «талант». Одаренность — это общая способность, раскрывающаяся в более высоких результатах при выполнении заданий, а также в различных областях. Талант — это скорее необычная способность в какой-либо узкой, специфической области. Безусловно, часто одаренные дети могут быть и талантливыми одновременно.

Несмотря на более широкое понятие одаренности, большинство исследований концентрируется на изучении интеллектуальных способностей, значительно превышающих средний уровень (людей с высоким уровнем интеллекта), или на наблюдении за людьми с выдающимися способностями в сфере творчества. В практическом отношении одаренностью называют очень высокий общий интеллектуальный уровень, выдающиеся способности и достижения (или потенциал таких достижений) в определенных областях знаний или в творчестве [32]. Таким образом, одаренность может быть диагностирована при проведении специальных тестов. Если ориентироваться на наиболее широко применяемые методики оценки коэффициента интеллекта (IQ), интеллектуальной одаренностью называют значение  $IQ \geq 130$  (при среднем значении  $IQ = 100$ ). Одаренные люди с  $IQ \geq 145$  попадают в категорию высокоодаренных (“highly gifted”), показатель  $IQ \geq 160$  имеют исключительно, или особо, одаренные (“exceptionally gifted”), а  $IQ \geq 175$  — «глубоко» одаренные люди (“profoundly gifted”).

Трудности обучения определяются как несоответствие между потенциалом и реальными результатами выполнения школьных заданий [3, 6, 8]. У детей имеется несоответствие между способностями и уровнем достижений в одной или нескольких сферах. Ученики с трудностями обучения, как правило, имеют проблемы в области когнитивных процессов переработки зрительной или слуховой информации, а не проблемы, касающиеся общих способностей и интеллекта. Трудности обучения включают нарушения письменной речи (дислексию, дисграфию), устной речи (дисфазию), счета (дискалькулию) и др.

Дислексией называют частичное специфическое нарушение процесса чтения и одну из форм недоразвития письменной речи, проявляющуюся в повторяющихся ошибках стойкого характера. Дети с дислексией испытывают значительные трудности в освоении навыка чтения и, как правило, письма, несмотря на нормальный уровень интеллектуального развития, отсутствие нарушений со стороны зрительного, слухового анализаторов и педагогической запущенности. Дислексия у детей характеризуется неспособностью достигать такого уровня развития навыков чтения, а также письма и орфографии, которые соответствовали бы их умственным способностям.

Дисграфией называют нарушение становления процессов письма и одну из форм недоразвития пись-

менной речи, проявляющуюся в повторяющихся ошибках стойкого характера при письме.

Дискалькулией называют разные формы недоразвития способностей к вычислительным операциям (арифметическому счету) разной степени выраженности.

Таким образом, ребенок с трудностями обучения, имеющий нормальный или даже высокий уровень интеллекта, не может научиться хорошо читать, писать или считать и значительно отстает от своих одноклассников по предметам, для изучения которых необходимо овладеть этими навыками. Трудности обучения, как и одаренность, могут быть диагностированы при помощи специальных тестов. К категории одаренных учеников с трудностями обучения не относятся дети, учебные проблемы которых преимущественно являются результатом нарушения зрения, слуха или двигательных нарушений, умственной отсталости, эмоциональных нарушений или сформированы в результате негативных влияний внешней среды, культуры или экономической ситуации.

В современной литературе часто обсуждается вопрос о возможном сочетании в детском возрасте одаренности и СДВГ. СДВГ — самая распространенная причина нарушений поведения и трудностей обучения в дошкольном и школьном возрасте [11, 16, 68]. СДВГ наиболее часто встречается в школьном возрасте, однако нередко симптомы заболевания сохраняются в подростковом и взрослом возрасте. В России около 2 млн детей могут страдать этим расстройством. СДВГ встречается у 3–7 % детей в возрасте 6–11 лет и у 2–4 % взрослых. Чаще им страдают мальчики: соотношение по полу варьирует от 2:1 до 9:1 [11, 16, 68]. В соответствии с диагностическими критериями Международной классификации болезней 1-го пересмотра и Руководства по диагностике и статистике психических расстройств (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV, DSM-IV), диагноз СДВГ требует выявления у пациента симптомов гиперактивности и/или импульсивности, а также невнимательности, которые значительно выражены, носят постоянный (стойкий) характер и не соответствуют возрасту и уровню развития ребенка. Синдром дефицита внимания без гиперактивности (СДВ) является вариантом СДВГ, при котором преобладает нарушение внимания при слабо выраженных симптомах гиперактивности и импульсивности [21]. Для диагностики и оценки клинических проявлений СДВГ у детей и взрослых разработано множество диагностических шкал. У пациентов с СДВГ часто выявляются сопутствующие психические расстройства, наиболее распространенные из них — аффективные нарушения (расстройства настроения), включая тревожные расстройства, расстройства поведения и вызывающее оппозиционное расстройство [33]. Взрослые с СДВГ

также склонны к злоупотреблению алкоголем и наркотическими средствами и развитию лекарственной зависимости [14, 15, 69]. У людей с СДВГ более высока вероятность низкого уровня академической успеваемости, более низкого профессионального статуса [13, 41], суицидальных попыток [56, 68], заболеваний, передающихся половым путем [11], несчастных случаев, дорожно-транспортных происшествий [42] и правонарушений [19, 23, 54, 55, 57, 64] по сравнению с общей популяцией. Симптомы СДВГ оказывают огромное негативное влияние на жизнь пациентов и членов их семей. Результаты исследований показали, что СДВГ оказывает отрицательное влияние на все аспекты функционирования ребенка и членов семьи по сравнению с общей популяцией. Показатели качества жизни у людей с СДВГ ниже популяционной нормы [22].

### Сочетание одаренности и синдрома дефицита внимания с гиперактивностью

Представления о возможном сочетании одаренности и СДВГ противоречивы. Существуют 3 основные точки зрения: 1) одаренность может сочетаться с проявлениями СДВГ; 2) симптомы СДВГ могут быть похожи на особенности поведения одаренных детей, однако их следует дифференцировать и избегать ошибочной диагностики СДВГ у одаренного ребенка; 3) дети с СДВГ — это одаренные дети («дети-индиго»).

Многих исследователей интересует вопрос, возможно ли сочетание СДВГ и одаренности и не будет ли ошибочным диагноз СДВГ у одаренных детей? Целью исследования К.М. Antshel и соавт. (2007), проведенного в США, явилась оценка правомерности диагноза СДВГ у детей с высоким интеллектом и дальнейшее изучение клинических характеристик, ассоциированных с СДВГ [9]. Авторы отнесли в группу одаренных детей с общим баллом IQ  $\geq 120$ . В исследовании участвовали 92 ребенка с высоким IQ без СДВГ и 49 детей с высоким IQ, которые отвечали диагностическим критериям СДВГ и принимали участие в одном из исследований пациентов с СДВГ (Massachusetts General Hospital Longitudinal Family Studies of ADHD). В группе детей с СДВГ и высоким IQ большинство детей ( $n = 35$ ) отвечали критериям смешанного типа СДВГ. По сравнению с детьми из контрольной группы у пациентов с СДВГ и высоким IQ была отмечена более высокая распространенность данного заболевания в семейном анамнезе у родственников первой степени родства, они чаще оставались на второй год в школе, у них были получены менее хорошие результаты теста WISC-III Block Design, они имели больше сопутствующих психопатологических расстройств и более выраженные психофункциональные нарушения по множеству параметров. Таким образом, у детей с высоким IQ и СДВГ было выявлено указание на симптомы



СДВГ в семейном анамнезе в сочетании с когнитивными, психиатрическими и поведенческими признаками, соответствующими диагнозу СДВГ у детей с обычным (нормальным) IQ. Результаты исследования показали, что дети с высоким интеллектом могут страдать СДВГ, и данный диагноз можно считать правомерным в этой популяции детей.

Исследование S. Tordjman (2006) включало одаренных детей (детей с высоким IQ), обратившихся в отделения амбулаторного лечения в связи с такими проблемами, как СДВГ, трудности в школе, симптомы депрессии. По данным авторов исследования, симптомы СДВГ наблюдаются у некоторой части детей с высоким интеллектом и могут маскироваться симптомами депрессии и приводить к проблемам школьного обучения (снижению успеваемости и трудностям обучения).

Как можно интерпретировать СДВГ у одаренных детей? Основываясь на опыте, полученном в клинической практике, и данных литературы, автор считает, что это расстройство формируется в результате повышенной потребности одаренных детей во внутренней и внешней стимуляции [60].

#### **Одаренность, синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства**

СДВГ часто (до 2/3 всех случаев) сочетается с так называемыми сопутствующими психическими расстройствами, включая аффективные нарушения, тревожные расстройства, расстройства поведения, трудности обучения и вызывающее оппозиционное расстройство. В то же время СДВГ нередко сочетается с такими заболеваниями, как мигрень и эпилепсия [10, 28, 61]. В исследовании В. Hermann (2007) частота СДВГ у детей с недавно диагностированной эпилепсией достигала 31 % по сравнению с 6 % у детей контрольной группы [28].

У пациентов с СДВГ на фоне ярких проявлений гиперактивности, импульсивности и невнимательности нередко можно выявить целый комплекс других патологических проявлений, и во многих случаях существует необходимость в проведении сложной дифференциальной диагностики. Важно учесть, что СДВГ может продолжаться и во взрослом возрасте; при этом у этих пациентов симптомы гиперактивности могут стать менее выраженными, а на первый план выходят симптомы невнимательности и сопутствующих психических нарушений. В случае сочетания одаренности, СДВГ и сопутствующих заболеваний формируется яркая и неординарная творческая личность, имеющая в то же время целый «букет» нарушений и проблем в разных сферах, что значительно снижает качество жизни как одаренного ребенка, так и его близких и создает значительные диагностические затруднения для врача.

#### **История изучения феномена двойной исключительности**

Более 30 лет назад психологи впервые описали одаренных учеников с трудностями обучения. В 1971 г. L.J. Thompson в статье «Речевые нарушения выдающихся людей» (“Language Disabilities in Men of Emipence”) привлек внимание к высокоспецифичной группе одаренных людей, выдающиеся способности которых сочетались с умеренным или выраженным дефицитом в каких-либо областях. Он был одним из первых исследователей, описавших людей с подобными «двойственными проявлениями». В статье он приводит истории великих людей, которые плохо учились в школе, — американского нейрохирурга Харви Уильямса Кушинга, французского скульптора Рене Франсуа Огюста Родена, немецкого врача и бактериолога Пауля Эрлиха и др.

Считается, что понятие «учащиеся с двойной исключительностью» впервые ввел J. Elkind в 1983 г., хотя о существовании данной проблемы говорилось и в более ранних работах других авторов. Ученый поднял вопрос о методах идентификации явления, призывая к индивидуальному, а не групповому подходу при тестировании и оценке таких детей, и подверг критике существующие стандартные тесты, так как они не отражают истинный потенциал одаренного ребенка, а также определил принципы тестирования и представил рекомендации для обучения детей с феноменом двойной исключительности. Он первым представил модификации образовательных программ, помогающие компенсировать дефекты одаренных детей [17, 18]. J. Elkind одним из первых рекомендовал создавать программы обучения с акцентом на сильные стороны одаренных детей, уделяя одновременно необходимое внимание существующим недостаткам, и предполагал, что программа обучения детей с двойной исключительностью должна строиться по индивидуальному принципу и стандартные программы обучения требуют значительных изменений при их адаптации к этому контингенту детей.

J. Richards (1981) предложил переход от учебных программ, нацеленных на компенсацию дефицита, к методам адаптации, направленным на то, чтобы «обойти стороной» существующий дефицит (трудности обучения) и найти для учащегося новые методы успешного обучения взамен существующих. L. Fox, D. Tobin и M. Schiffman (1983) акцентировали внимание на важности адаптации и расширении ее возможностей при обсуждении модификации методов, которая помогла бы ученикам справиться с трудностями обучения. P. Daniels (1983) указывал, что учителя должны изменять учебные программы, чтобы помочь ученикам достичь успеха; B. Moller (1984) акцентировал внимание на необходимости создания и применения программ повышенной сложности (опережающе-

го обучения), адаптированных к способностям и потребностям одаренных детей [18].

Ряд авторов указывали на необходимость помощи детям в формировании позитивных стратегий адаптации (копинг-стратегий или методов совладания; от англ. coping-strategy), акцентируя внимания на важной роли в этом процессе школьного обучения (J. Elkind, 1983; J. Gallagher, 1983; M. Schiff, A. Kaufman, N. Kaufman, 1981). L. Duncan (1983) обращает внимание на то, что учителя часто по ошибке считают одаренных детей с трудностями обучения ленивыми, безразличными (ничем не интересующимися) и недисциплинированными, тем самым повышая степень фрустрации и снижая их самооценку. J. Whitmore и C. Maker (1985) изучали роль творческого подхода к решению проблем в жизни одаренных людей с трудностями обучения. Авторы сделали вывод, что развитие творческого подхода к решению проблем и формирование креативных стратегий адаптации должно стимулироваться в школьной среде. S.M. Baum (1984, 1988, 1989), S.M. Baum и S.V. Owen (1988) призывали к применению программ, сочетающих требования обычной школы и углубленное изучение отдельных предметов. M. Coleman далее развивает эти идеи, предлагая включить в школьную программу обучение стратегиям адаптации, навыкам успешного обучения, самостоятельной работы и самозащиты, а также применять техники модификации учебной программы [17, 18].

Весной 1994 г. один из выпусков Journal of Secondary Gifted Education был полностью посвящен одаренным ученикам с трудностями обучения. В рамках специального издания авторы предлагали стратегии помощи одаренным детям с трудностями обучения в школьной среде, методики проведения урока (G. Howard, 1994); обсуждали проблемы, связанные с переходом в колледж (M. Coleman, 1994; S.M. Reis и T.W. Neu, 1994); давали рекомендации по воспитанию детей для родителей (M.L. Hayes, 1994) и описывали комплексные программы обучения (M.E. Nielsen, L.D. Higgins, S.C. Wilkinson, K.W. Webb, 1994) [18].

### Теории происхождения феномена двойной исключительности

Е. Winner (2000) критикует гипотезу о том, что одаренность всецело является продуктом обучения и тренировки [70, 71]. Автор также опровергает точку зрения о том, что одаренным детям всегда свойственна высокая мотивация. С другой стороны, существуют не прямые доказательства атипичной организации головного мозга и «врожденного» происхождения таланта у одаренных детей. Имеются доказательства неравномерного формирования когнитивных функций у детей, относящихся к этой категории. При нейропсихологическом обследовании выявляется неровный профиль когнитивных функций — чрезмерная выраженность одних функций при дефиците других.

Проводились исследования, нацеленные на выявление нейрональных коррелятов одаренности. Исследования с применением методов нейровизуализации у взрослых позволяют предположить, что определенные зоны коры (латеральная префронтальная и теменная) играют важную роль в активации когнитивных процессов, включая гибкость и скорость мыслительных процессов, контроль внимания и рабочую память. К.Н. Lee и соавт. (2006) применяли функциональную магнитно-резонансную томографию при изучении нейрофизиологических основ одаренности. В исследовании участвовали 18 одаренных подростков (из Национальной академии одаренных подростков) и 18 подростков контрольной группы (из местной школы в Корее). Данные функциональной магнитно-резонансной томографии были получены в процессе выполнения участниками исследования ряда интеллектуальных тестов простого и повышенного уровня сложности. В обеих исследуемых группах выполнение тестов повышенной сложности сопровождалось специфическим повышением региональной активности во фронто-теменных отделах с двух сторон, включая латеральную префронтальную, переднюю поясную и заднюю теменную кору. Регрессионный анализ выявил, что активность верхней и интрапариетальной коры варьировала в зависимости от индивидуальных различий по уровню интеллекта; корреляционный векторный анализ предполагал участие задних теменных областей с двух сторон в формировании общего уровня интеллекта. Полученные результаты позволяют предположить, что высокий интеллект может быть связан не с вовлечением в мыслительный процесс дополнительных областей мозга, а с индивидуальными различиями функционирования его определенных областей (функциональной активности в лобно-теменной сети, особенно при активации задней теменной коры) [38].

Факторы, оказывающие влияние на высокий интеллектуальный потенциал и талант, а также физиологические и психологические характеристики, ассоциированные с одаренностью, в настоящее время недостаточно изучены. Однако знание основных предикторов одаренности способствовало бы улучшению диагностики и своевременному выявлению одаренных детей для подбора индивидуальных учебных программ. Во Франции проводилось исследование, направленное на выявление факторов, которые были предшественниками одаренности [39]. Применялись анонимные опросники, на вопросы которых отвечали родители одаренных детей и детей контрольной группы. В исследовании приняли участие 412 детей в возрасте от 8 до 11 лет, проживающих в Лионе (Франция). В контрольную группу вошли 217 детей, которые были набраны в случайной последовательности из школ города. В исследование после проведения диагностиче-

ского тестирования в медицинском отделении были включены 195 детей, составивших группу одаренных ( $IQ > 130$ , тест Векслера). Регрессионный анализ выявил существование связи между одаренностью и рядом факторов: патология беременности у матери ( $CR = 3,205$ ;  $p = 0,009$ ), перинатальный стресс ( $CR = 2,166$ ;  $p = 0,003$ ), мигренозное расстройство ( $CR = 3,169$ ;  $p = 0,001$ ). Совместное проживание родителей (независимо от того, состояли они в браке или нет) ( $CR = 2,100$ ;  $p = 0,080$ ) в сочетании с хорошим или высоким уровнем их образования ( $CR = 5,464$ ;  $p = 0,0002$ ) также оказалось связано с одаренностью у детей. Результаты исследования показали многофакторную природу ранних предшественников одаренности и подтвердили корреляцию некоторых социально-демографических и медико-психологических признаков с одаренностью, а также роль психологических факторов в происхождении высокого интеллекта. Авторы акцентируют внимание на теории, в соответствии с которой стрессовое воздействие на ранних этапах жизни может оказывать влияние на более раннее (преждевременное) созревание центральной нервной системы у одаренных детей.

Гипотеза о роли стрессового (травматического) воздействия на ранних этапах жизни также нашла отражение в психоаналитических концепциях происхождения одаренности, наиболее важное место среди которых занимает концепция венгерского врача S. Ferenczi. Он был близким другом Зигмунда Фрейда (S. Freud) и выдающимся представителем направления психоанализа. В 1923 г. S. Ferenczi опубликовал статью под названием «Сон умного младенца» (“The dream of the clever baby”), в которой рассматривается феномен, изучаемый автором в клинической практике. Он заметил, что маленькие дети, перенесшие травматическое стрессовое воздействие в раннем возрасте, часто отличаются ускоренным развитием, что приводит к формированию чрезвычайно высокой чувствительности и интуиции, — эти дети становятся развитыми «не по годам», слишком мудрыми для своего возраста. S. Ferenczi представил концепцию «источника интеллекта в травме». Он назвал описанный феномен «мудрый ребенок» (“wise baby”) [25]. К похожим выводам пришел и C.G. Jung, который совместно с K. Kerenyi в 1949 г. разработал концепцию «чудо-ребенка» (“divine child”), определяемого как архетип, который активизирует интуитивное понимание у детей и взрослых. В своей работе C.G. Jung и K. Kerenyi изучали архетип “divine child” с мифологической и психологической точки зрения.

В работе J.E. Vida (2005) рассматривается спорная концепция о том, что очень высокий интеллект является патологическим, если он слишком ранний, т.е. «преждевременный» [65]. Автор считает, что концепция S. Ferenczi о происхождении интеллекта может служить

ключом к формированию эффективных методов «лечения» для тех, кто «страдает» от одаренности [25].

На возможность сочетания одаренности и трудностей обучения, особенно дислексии, указывают многие авторы. Возможно, одна из причин высокой распространенности подобных психоневрологических нарушений у одаренных детей — неравномерность развития. E. Winner (2000) указывает на «неровный профиль» когнитивных функций у одаренных детей — чрезмерную выраженность одних функций при дефиците других [70, 71]. Таким образом, дети, талантливые в сфере точных наук, могут страдать дислексией и дисграфией, а «гуманитарии» — испытывать трудности при изучении математики. Однако в отдельных (возможно, редких, казуистических) случаях некоторый дефицит и неординарные способности (талант) могут выявляться и в той же самой сфере. Примером может служить биография Г.Х. Андерсена. Несмотря на спорность вопроса, многие исследователи считают, что великий датский сказочник страдал дислексией. Таким образом, и «дефект», и талант в данном случае выявлены в одной сфере [36]. Однако это не помешало литературным произведениям датского сказочника на века войти в историю, и для многих поколений детей из разных стран сказки Г.Х. Андерсена останутся одним из самых ярких детских впечатлений.

#### **Характеристики учеников с феноменом двойной исключительности**

По данным некоторых авторов, 2–5 % учащихся составляют дети с феноменом двойной исключительности [20]. Эти дети «демонстрируют выдающиеся достижения в некоторых областях, имея значительное ограничение возможностей в других сферах» [24, 26, 27, 31, 58, 59, 62, 63, 67].

#### **Одаренные дети с трудностями обучения**

По данным С. Johnson (1981), 45 % одаренных детей,  $IQ$  которых превышает 130 баллов, плохо учатся в школе (их оценки по разным школьным дисциплинам попадают в разряд «ниже среднего»). Дети с двойной исключительностью часто сталкиваются с серьезными проблемами в школе. С одной стороны, они привыкли, что изучение материала дается им легко (это касается сфер распределения таланта). Однако при выполнении заданий в «сфере дефицита» они испытывают фрустрацию, беспомощность и даже агрессию по отношению к ровесникам и взрослым. Это приводит к целенаправленному избеганию школы, а также заданий и других видов деятельности, связанных со школьным обучением. Эти ученики не могут понять, почему они, способные к решению сложных проблем, успешно справляющиеся с логическими задачами повышенной сложности, не могут сосредоточиться на успешном выполнении обычной домашней работы. Их часто характеризуют как «способных,

Таблица 1. Характеристики детей с двойной исключительностью (преимущества и недостатки) [30]

Сильные стороны (преимущества)	Слабые стороны (недостатки)
Большой словарный запас, правильная, хорошо развитая речь	Слабо развитые социальные навыки
Идеи, мнения и представления, опережающие возраст ребенка	Повышенная чувствительность к критике
Развитое творческое мышление и выдающиеся способности к решению проблем	Недостаток организации и навыков обучения
Повышенная любознательность и познавательная инициатива: выраженное желание узнавать новое, получать новую информацию, стремление задавать вопросы; развитое воображение	Диспропорциональное развитие вербальных и невербальных навыков
Широкий круг интересов, не связанных со школьными занятиями	Плохая успеваемость по одному или нескольким предметам в школе
Стремление проникнуть в суть сложных вопросов	Трудности с письменным выражением своих мыслей
Особые таланты или области интересов, поглощающие все внимание ребенка	Упрямство, самоуверенное поведение
Утонченное, развитое чувство юмора	Выраженная импульсивность

но крайне трудных учеников». Для многих учителей присутствие такого ученика в классе превращается в кошмар. М.Е. Neilsen, А.Е. Hammond и L.D. Higgins показали, что дети с двойной исключительностью нуждаются как в применении педагогических подходов, используемых для одаренных детей, так и «в специальных методах обучения, применении адаптационных и коррекционных методик, используемых для детей с трудностями обучения» [67].

Как по внешним характеристикам выявить ребенка с двойной исключительностью в школьной среде? Безусловно, картина будет в каждом случае индивидуальной, однако выделены общие признаки, наиболее часто встречающиеся у детей с двойной исключительностью.

В табл. 1 представлены типичные признаки, характеризующие детей с двойной исключительностью [30].

Некоторые характеристики одаренных детей могут в определенных условиях играть роль сильных сторон, или преимуществ, ребенка (так как на самом деле таковыми и являются) или превращаться в «недостатки», которые становятся причиной многих проблем, особенно выраженных в школьной среде (преимущественно проблем общения с учителями и одноклассниками и снижения школьной успеваемости). Роль опытных и талантливых педагогов состоит в том, чтобы «сгладить острые углы» и превратить особенности склада характера, мышления и поведения одаренного ребенка в средства для достижения успеха. В табл. 2 представлены особенности мышления и поведения одаренных учеников и проблемы, к которым они могут привести, по мнению бельгийского исследователя F. Heylighen [29].

Многие авторы считают, что одаренного ребенка отличают ярко выраженный интерес к тем или иным сферам деятельности, чрезвычайная увлеченность, подкрепленная повышенной восприимчивостью

к определенным сторонам предметной действительности, повышенная познавательная потребность, проявляющаяся в ненасытной любознательности, а также познавательная инициатива, высокая критичность к собственным результатам, стремление к совершенству и ряд других характеристик. Помимо того, что даже «типичные» особенности одаренного ребенка могут стать причиной серьезных сложностей в процессе учебы и общения с ровесниками и педагогами, трудности обучения и связанные с ними постоянные неудачи ребенка искажают «типичную картину» одаренности и еще более усугубляют возможные проблемы. В этих ситуациях талант ребенка может остаться незамеченным, будучи скрыт за многочисленными недостатками и проблемами ребенка, особенностями поведения и трудностями социализации. В табл. 3 приведено сравнение характеристик одаренных учеников с трудностями обучения и без них.

#### Одаренные дети с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

Хотя точные статистические данные отсутствуют, К. Dabrowski предполагает, что до 50 % всех одаренных детей могут отвечать диагностическим критериям DSM-IV для СДВГ [27]. В соответствии с одной распространенной точкой зрения, особенности поведения, свойственные одаренным детям, могут напоминать симптомы СДВГ [11, 29, 31, 66]. Однако между одаренностью и СДВГ существуют различия, которые нередко сложно понять и правильно интерпретировать. Таким образом, грань между двумя состояниями (одаренностью и СДВГ) представляется размытой; общность клинических признаков вызывает диагностические ошибки, которые могут негативно отразиться на судьбе талантливого ребенка. И если СДВГ рас-



Таблица 2. Характеристики одаренных детей и возможные проблемы, связанные с ними [29]

Отличительные (позитивные) характеристики одаренных детей	Возможные проблемы
Большой запас знаний, отличная долговременная память	На уроке такому ученику скучно и неинтересно, он проявляет нетерпение
Думает очень быстро (высокая скорость мыслительных процессов)	Другие учащиеся, которые думают медленно по сравнению с ним, могут вызывать у него раздражение
Очень широкий кругозор, глубокое понимание, осмысление проблемы	Не примет обучение методом «заучивания наизусть»; уровень школьных требований, цели, поставленные перед учениками в школе, вызывают у него разочарование
Творческое мышление, креативность	Эти качества могут восприниматься как негативизм, нежелание соответствовать принятым стандартам, проявления деструктивного мышления и поведения (опасного и вредного для окружающих)
Длительная концентрация внимания на интересующей его деятельности	Не хочет отвлекаться от интересных для него занятий, переключаться на другие, менее интересные виды деятельности; полностью поглощен своими занятиями и может не реагировать на окружающих, не хочет слушать и не слышит их
Развитое любопытство, стремление узнавать что-то новое, очень много интересов	Начинает много проектов и может не завершать их, если проблема кажется ему исчерпанной и работа становится скучной. Нередко не способен хорошо работать в группе (в команде)
Стремление ориентироваться на высокие стандарты. Часто сравнивает себя с другими	Может стать самонадеянным, надменным, склонен причислить себя к «избранным» («высшему обществу», элите) в сравнении с окружающими детьми, если только не находится в среде одаренных ровесников и не имеет возможности общаться с детьми с равноценными способностями и высоким интеллектом. Очень высоко оценивает свои знания и способности (завышенная самооценка). Может проявлять нетерпение по отношению к другим детям и считать их глупыми. Возможен и альтернативный вариант — когда одаренный ребенок старается учиться хуже и скрыть свои способности, чтобы не выделяться из коллектива одноклассников, не быть слишком заметным
Хорошо развитая, правильная речь, умение красиво и логично говорить	Часто становится инициатором дискуссий, споров и играет доминирующую роль. Использует этот навык, чтобы избежать выполнения сложных заданий. Правильная («взрослая») речь отличает его от ровесников и становится одним из «барьеров» в общении с ними
Генерирует оригинальные идеи	Может быть склонен к спорам, активно высказывает свое мнение, противоположное мнению и образу мыслей окружающих; не желает приспосабливаться к существующим правилам, подчиняться, адаптироваться к окружающей среде
Принимает необычные (непривычные для окружающих) решения, высказывает странные (необычные) мнения и представления	Разочарован, расстроен (возможно, даже подавлен) в связи с тем, что окружающие не понимают его. Другим детям этот ребенок кажется слишком странным («чужаком»)
Упорство, настойчивость, направленные на достижение цели	Другим детям он может казаться упрямым и необщительным (замкнутым, отстраненным, не склонным к совместной работе)
Абстрактное мышление формируется в раннем возрасте	Может быть поглощен размышлениями о смерти и поиском смысла жизни. Может отказываться от обсуждения распространенных концепций и представлений (т.е. не хочет обсуждать темы, кажущиеся ему слишком банальными), что может трактоваться как неуважение по отношению к окружающим
Философ, мыслитель, склонен к глубокому пониманию, проникновению в суть вещей	Не примет ограничения и поэтому может отказаться от работы, предпочитая совсем не выполнять ее, нежели «сделать дело лишь наполовину»

считается как заболевание, требующее лечения (в том числе медикаментозного), то подход к одаренным детям с подобными симптомами должен быть принципиально иным. Этот вопрос по-прежнему остается спорным, и в настоящее время методики коррекции поведенческих нарушений у одаренных детей недостаточно разработаны.

По мнению многих исследователей, не следует путать симптомы СДВГ и некоторые особенности поведения, часто встречающиеся у одаренных детей

и не требующие лечения (особенно медикаментозной терапии психостимуляторами, широко распространенной во многих странах).

Как могут родители или учителя различать СДВГ и одаренность?

J. T. Webb (1993) считает, что увидеть различия между поведением, которое иногда ассоциируется с одаренностью, однако характерно и для СДВГ, нелегко, так как существует значительное сходство между поведением одаренных детей и детей с СДВГ [66].

Таблица 3. Характеристики одаренных детей с трудностями обучения и без [29, 30]

Одаренность без трудностей обучения	Сочетание одаренности и трудностей обучения
Основные учебные навыки усваиваются быстро и легко. Информация запоминается после меньшего числа повторений	Часто испытывает трудности при изучении основного учебного материала. Должен овладеть компенсаторными стратегиями для более эффективного обучения (чтобы получить основные учебные навыки, усвоить необходимую информацию)
Развитая, хорошо сформированная речь, большой словарный запас	Сформированная высокоразвитая устная речь в сочетании с выраженными нарушениями письменной речи, ребенок может использовать речь в неподходящее время с неподходящей целью
Раннее овладение навыками чтения	Часто встречается нарушение способности к чтению в связи с дефицитом когнитивных процессов переработки информации
Хорошая наблюдательность	Хорошая наблюдательность, которая, однако, часто сочетается с нарушением памяти
Критическое мышление, сформированные навыки решения задач и принятия решений	Хорошо решает задачи «в реальной жизни»: выдающееся критическое мышление и навыки принятия решений; часто самостоятельно развивает компенсаторные навыки
Способность к длительной и стойкой концентрации внимания	Часто испытывает трудности концентрации внимания, однако длительно концентрирует внимание, когда увлечен интересным делом (когда занимается тем, что его интересует)
Креативность; творческий подход к формированию мыслей, идей, действий; новаторский, рационализаторский подход	Необычное воображение; часто генерирует оригинальные идеи, которые могут казаться окружающим очень странными, эксцентричными; мышление очень разноплановое, мысли быстро сменяют друг друга; может выглядеть рассеянным, мечтательным (как будто грезит наяву), когда думает
Склонность к риску	Часто проявляется нежелание рисковать в сфере школьной успеваемости, однако рискует в других сферах (не связанных со школой), не задумываясь о последствиях
Необычное, часто высокоразвитое чувство юмора	Может использовать чувство юмора, чтобы отвлечь внимание от своих неудач в школе, рассмешить одноклассников или избежать проблем
Большая зрелость в суждениях и оценках по сравнению с ровесниками	Иногда демонстрирует «незрелость» поведения (гнев, плач, отчужденность) при выражении своих чувств и при необходимости справляться с трудностями
Чувство независимости от окружающих, самодостаточность	Нуждается в частой поддержке учителей, получении обратной связи и помощи в тех сферах, где имеется дефицит, при сохранении независимости в остальных сферах; нередко проявляет упрямство и отсутствие гибкости (непреклонность в решениях, нежелание изменить мнение)
Повышенная чувствительность	Повышенная чувствительность к своим недостаткам; критическое отношение к себе и другим, в том числе к учителям; может испытывать и выражать переживания по поводу чувств других людей, даже при вовлечении в антисоциальную деятельность
Может чувствовать, что другие дети не принимают (отвергают) его, и ощущать свое одиночество	Может чувствовать, что другие дети не принимают (отвергают) его, и ощущать свое одиночество. Одиночество может быть обусловлено тем, что ребенок не вписывается ни в среду одаренных детей, ни в среду детей с проблемами обучения. Отсутствие контакта с детьми может быть обусловлено также слабым формированием социальных навыков
Выражены лидерские качества	Выражены лидерские качества; часто играет роль лидера среди наиболее «нетрадиционных» учеников, играет роль опытного человека (знающего, как выжить или преуспеть в трудных или опасных ситуациях); существующий дефект может препятствовать проявлению лидерских качеств
Широкий круг интересов	Широкий круг интересов, однако ребенок не может реализовать свои желания, добиться поставленных целей в связи с трудностями обучения
Интересы, сфокусированные на очень узкой проблеме (например, может страстно интересоваться каким-то частным, очень узким вопросом, не испытывая интереса к другим проблемам)	Интересы, сфокусированные на очень узкой проблеме (например, может страстно интересоваться каким-то частным, очень узким вопросом, не испытывая интереса к другим проблемам), как правило, это интересы, не имеющие отношения к школьному обучению

*Особенности поведения детей с СДВГ [11]:*

- плохо удерживают внимание практически во всех ситуациях;
- не заинтересованы и не прилагают усилий при выполнении заданий, которые не предполагают немедленного получения результата (и таких

положительных последствий, как вознаграждение);

- импульсивны (не могут долго ждать), требуют немедленного вознаграждения за приложенные усилия;
- не способны следовать правилам и указаниям, регулировать, контролировать свое поведение

или подавлять импульсивность, находясь в обществе;

- более активны, беспокойны, чем обычные (здоровые) дети;
- испытывают трудности, связанные с соблюдением правил и законов.

*Особенности поведения, ассоциирующиеся с одаренностью у детей [66]:*

- снижение внимания, скучающий вид, рассеянность в определенных ситуациях;
- не заинтересованы и не прилагают усилий при выполнении заданий, которые кажутся им ненужными и неинтересными;
- суждения отстают от развития интеллекта: главным образом представления и высказывания о социальных явлениях, взаимоотношениях в обществе, общественных нормах могут казаться «незрелыми», не соответствуя высокому уровню интеллекта (имеется в виду некоторая «социальная незрелость» (дезадаптация) одаренных детей, не соответствующая высокому интеллекту);
- мнение, оценка, высказывания (преимущественно) о социальных явлениях, межличностных отношениях, общественных нормах и др. могут казаться «незрелыми» (недостаточно развитыми, сформированными, что кажется неожиданным для такого умного и развитого ребенка). Может демонстрировать также «незрелость» поведения (гнев, плач, отчужденность) при выражении своих чувств и при необходимости справляться с трудностями;
- повышенная активность и напряженность могут приводить к конфликтам со взрослыми (родителями, учителями и др.);
- высокий уровень активности, возможно снижение потребности во сне;
- не принимают на веру и подвергают сомнению общепринятые правила, общественные нормы, обычаи и традиции.

Важно понять, в каких ситуациях поведение ребенка становится проблематичным. У одаренных детей поведенческие нарушения, как правило, встречаются не во всех ситуациях. Например, одному учителю может казаться, что у ребенка выражены симптомы СДВГ, в то время как на других уроках СДВГ-подобное поведение не проявляется; у некоторых детей симптомы СДВГ могут быть выражены в школе, однако они отсутствуют при общении ребенка с руководителем кружка или в музыкальной школе. Внимательное изучение проблемных ситуаций обычно позволяет выявить факторы, провоцирующие проблемное поведение. Напротив, у детей с СДВГ поведенческие нарушения в типичных случаях выявляются практически во всех ситуациях, в том числе в школе и дома, однако выраженность и степень тяжести проблематичного поведения может значительно варьировать в раз-

ных ситуациях [11], что зависит в большей степени от особенности и структуры ситуации.

Снижение мотивации, колебания работоспособности и невозможность сконцентрировать внимание на выполнении заданий в школе у одаренных детей могут быть обусловлены целым рядом факторов: ребенку скучно, так как предложенные задания слишком просты для него и их выполнение занимает значительно меньше времени, чем у сверстников (в результате до половины времени на уроке одаренный ребенок может скучать и пытаться как-то занять и развлечь себя, нередко мешая при этом другим ученикам и учителю); несоответствие школьной программы интересам и уровню учащегося; несоответствие стиля обучения, практикуемого учителем, образовательным потребностям ребенка и др. Избыток свободного времени, вызванный несоответствием между интеллектуальным уровнем одаренного ребенка и уровнем сложности школьных заданий (иногда различия достигают 2–4 классов средней школы), в сочетании с повышенной активностью нередко становится причиной конфликтного поведения (так как ребенок мешает другим) и влечет за собой требования учителей обследовать ребенка на предмет СДВГ [66].

*Характеристики одаренных учеников, которым скучно на уроках [66]:*

- плохое внимание и рассеянность (задумчивость, мечтательность) в те периоды, когда ребенок скучает на уроке;
- не прилагает усилий (не проявляет усердия) при выполнении заданий, которые не имеют значения для него (кажутся ему неважными, несущественными, неинтересными);
- берется за много дел и часто не завершает их;
- развитие суждений отстает от развития интеллекта (главным образом, представления и высказывания о социальных явлениях, взаимоотношениях в обществе, общественных нормах могут казаться «незрелыми», не соответствуя высокому уровню интеллекта);
- упрямство и напряженность могут приводить к конфликтам со взрослыми;
- высокий уровень активности, возможно снижение потребности во сне;
- трудно удержаться от желания говорить, в связи с чем поведение может быть неадекватным, деструктивным (отвечает, когда спрашивают другого ученика, вмешивается в разговоры других людей, мешает другим);
- оспаривает правила, обычаи и традиции;
- теряет или забывает домашнюю работу, неорганизованный;
- может выглядеть небрежным, беззаботным, рассеянным;
- очень чувствителен к критике;

• проблемы, связанные с поведением, возникают не во всех ситуациях;

• показывает постоянный уровень работоспособности в определенных (не меняющихся) ситуациях (т.е. работоспособность ученика в определенной степени зависит от особенностей внешней среды и может быть постоянно высокой на уроках одного учителя и низкой на уроках другого).

*Характеристики учеников с СДВГ [11, 66]:*

- плохо удерживает внимание;
- не прилагает усилий (не проявляет усердие, не старается) при выполнении заданий, которые не предполагают немедленное получение результата;
- часто, не доделав одно дело, переходит к другому;
- импульсивен, не может ждать вознаграждения за затраченные усилия;
- не может следовать указаниям, регулировать свое поведение или подавлять импульсивность, находясь в обществе;
- более активный, беспокойный, чем другие дети;
- часто слишком много говорит;
- часто прерывает, перебивает, мешает другим (например, вмешивается в игры других детей);
- испытывает трудности, связанные с соблюдением правил и законов;
- часто теряет вещи, необходимые для выполнения школьных заданий или другой деятельности, дома или в школе;
- может проявлять невнимательность к деталям;
- очень чувствителен к критике;
- проблемное поведение наблюдается во всех ситуациях, однако в некоторых случаях оно наиболее выражено;
- работоспособность и время, необходимое для завершения задания, значительно варьируют (даже в одной и той же ситуации).

Термин «гиперактивный» нередко используют для описания как одаренных детей, так и детей с СДВГ [11]. Для последних характерен очень высокий уровень энергии [20]. Повышенный уровень активности наблюдается и у многих одаренных детей. Примерно в 1/4 случаев возможно снижение потребности во сне. Однако активность одаренных детей обычно сфокусирована и целенаправлена [66] в отличие от поведения детей с СДВГ. Интенсивность концентрации одаренных детей часто приводит к тому, что они проводят очень много времени и расходуют очень много энергии, фокусируя внимание на занятиях, которые действительно их интересуют. При этом они не требуют немедленного завершения этих заданий и не ждут немедленного получения результата. Однако их специфические интересы могут не соответствовать желаниям и ожиданиям учителей или родителей [66].

Дети с СДВГ, как правило, могут фокусировать внимание лишь кратковременно практически в любой

ситуации (обычно исключение составляет просмотр телепередач или компьютерные игры). Активность детей с СДВГ постоянна и ненаправлена (случайна); активность одаренных детей обычно носит эпизодический характер и направлена на достижение определенных специфических целей [66].

Неспособность следовать правилам и указаниям недавно стала рассматриваться как симптом СДВГ [11]. В то же время одаренные дети могут активно оспаривать, подвергать сомнению и отвергать правила, общественные нормы и традиции. Иногда они формулируют свои правила и ждут, что другие будут следовать им. Некоторые дети могут открыто конфликтовать и даже стать инициаторами споров и драк, отстаивая свою точку зрения. Безусловно, подобное поведение неприятно родителям, учителям и ровесникам [66].

Один из характерных признаков СДВГ, не имеющий аналогов среди характеристик одаренных детей, — колебания работоспособности в процессе выполнения задания. Практически в любой ситуации дети с СДВГ имеют тенденцию к значительному непостоянству в отношении качества выполняемой работы (на что указывают, например, разные оценки за однотипные задания) и времени, необходимого для завершения задания [11]. Одаренных детей обычно отличает высокая работоспособность: они затрачивают много усилий, стараясь выполнить задание хорошо, и получают хорошие оценки регулярно, при условии, что им нравится учитель, методика преподавания соответствует их потребностям, а задания — их интеллектуальному уровню (и поэтому интересны для них). Однако они могут категорически отказываться от выполнения некоторых заданий, особенно повторяющихся, которые кажутся им скучными. Некоторые одаренные дети могут концентрировать все силы и внимание и проявлять невероятное упорство и настойчивость для получения результата, соответствующего их собственным стандартам.

Быстрое переключение внимания может быть признаком креативного мышления, однако возможно также формирование «гиперфокуса» (полная чрезмерная концентрация внимания на одном объекте; ребенок бывает полностью поглощен интересным для него делом до такой степени, что он не слышит и не реагирует, когда к нему обращаются), сходные проявления нередко наблюдаются у детей с СДВГ. Невозможно установить различия между детьми с СДВГ и без, наблюдая за их поведением во время занятий интересными и приятными для них видами деятельности: просмотром видеофильмов, компьютерными играми или чтением интересной художественной литературы. Ключевой симптом — способность затрачивать усилия, т.е. поведение ребенка в процессе занятий, которые требуют усилий, но не обязательно



интересны для ребенка, помогает установить различия между двумя категориями детей.

Представление о том, что ребенок с СДВГ совершенно не может концентрировать внимание в течение длительного времени, ошибочно. СДВГ характеризуется не полной неспособностью ребенка концентрировать внимание, а невозможностью для него контролировать свое внимание. Ребенку с СДВГ трудно концентрировать внимание на выполнении заданий, не связанных с немедленным получением вознаграждения и требующих усилий. Чрезмерная концентрация внимания («гиперфокус») может быть положительным качеством, указывающим на высокую мотивацию и способствующим успешному выполнению поставленной задачи, однако это превращается в проблему, когда одаренного ребенка просят переключиться с одного вида деятельности на другой. Другими словами, в то время как чрезмерная концентрации может иметь положительное значение для развития мышления ребенка, она может также вызывать серьезные проблемы, связанные с его поведением.

Истинный дефицит внимания трудно дифференцировать от многочисленных особенностей темперамента и поведения, свойственных одаренным детям. В соответствии с одной из точек зрения, представленных в литературе, клиницисты склонны рассматривать как патологию многие направления нормального поведения одаренных детей. Характерные особенности одаренных детей могут ошибочно интерпретироваться как патологические симптомы, если наблюдатель не знаком с отличиями в развитии одаренных детей. Эти диагностические трудности могут еще более усугубляться, если одаренный ребенок, имеющий данную проблему, проводит много времени в классе, где он не получает необходимой ему педагогической помощи. Упорство, увлеченность, высокая мотивация, высокая активность, стремление к совершенству, любопытство и нетерпение — признаки, которые часто встречаются у одаренных детей и могут при определенных обстоятельствах ошибочно интерпретироваться как признаки СДВГ. Творчески одаренный ребенок может казаться своенравным, гиперактивным, склонным к спорам и противоречиям. Одаренные дети с некоторыми типами недиагностированных трудностей обучения могут быть очень неорганизованными, суетливыми и испытывают трудности в общении (у них затруднено формирование социальных связей, нарушен процесс социализации) (М. Neihart, 2004).

В соответствии со второй распространенной точкой зрения, одаренность и СДВГ могут сочетаться. В работе М. Neihart (2002) рассматриваются различия между одаренными и неодаренными (обычными) детьми с СДВГ. В целом дети с СДВГ имеют тенденцию отставать на 2–3 года от своих ровесников по критериям социальной и эмоциональной зрелости. Одаренные

дети с СДВГ не являются исключением в этом отношении. С другой стороны, одаренные дети, не страдающие СДВГ, более похожи по особенностям когнитивного, социального и эмоционального развития на детей, которые на 2–3 года старше своих ровесников. Если объединить одаренных детей с СДВГ и без в один класс, между ними будет заметно резкое несоответствие: дети с СДВГ будут казаться менее зрелыми, подготовленными и успешными по сравнению со своими одноклассниками; одаренные дети без СДВГ могут проявлять нетерпение по отношению к менее зрелым в социальном и эмоциональном отношении одноклассникам. Это не значит, что одаренные дети с СДВГ не должны учиться вместе с другими одаренными детьми. Результаты исследований ясно показывают, что отсутствие интеллектуального «вызова» и возможности общения с другими детьми со сходными интересами, способностями и увлеченностью (высокой мотивацией) часто служат важным фактором риска для одаренных детей, вносящим вклад в формирование социальных или эмоциональных проблем [44].

По мнению К. Nadeau, родители, пытающиеся найти в сети Интернет информацию об одаренных детях с СДВГ, сталкиваются с тем, что данные разных источников часто содержат неопределенную и противоречивую информацию. В соответствии с распространенным в обществе стереотипным представлением, ребенок с СДВГ плохо учится в школе, импульсивный, легко отвлекающийся, у него часто возникает проблемное поведение в школе и дома. Если принимать во внимание этот негативный образ СДВГ, неудивительно, что во многих статьях высказывается мнение о неправомерности использования этого термина (навешивание ярлыка — диагноза СДВГ) в отношении одаренных детей. Характеристики детей с СДВГ, представленные в литературе, включают плохое внимание «практически во всех ситуациях», нежелание стараться (прилагать усилия, проявлять усердие) при выполнении учебных и других заданий, импульсивность, беспокойство и трудности с соблюдением правил и законов — т.е. характеристики ребенка с СДВГ соответствуют описанию «трудного ученика» [43].

Однако многие родители и даже специалисты могут не знать, что представления о СДВГ в последние 10–15 лет значительно расширились. В то время как среди детей с СДВГ действительно существует подгруппа «трудных» с выраженным нарушением функционирования в школе и дома, многие дети с СДВГ очень мало соответствуют представленному выше описанию «трудного ребенка» с деструктивным поведением.

Как выглядят одаренные ученики с типом СДВГ с преобладанием невнимательности? У детей с высоким интеллектуальным уровнем при слабой выражен-

ности симптомов гиперактивности/импульсивности в типичных случаях поведенческие проблемы в классе отсутствуют, и нередко ребенок прилагает большие усилия, чтобы скрыть свои проблемы, связанные с СДВГ, особенно это касается девочек. Эти дети часто хорошо учатся в начальной школе, так как их очень высокий интеллектуальный уровень компенсирует проблемы, связанные с СДВГ.

У некоторых таких талантливых детей проблемы впервые появляются в средней школе, когда резко повышаются требования к организации своей деятельности, способности к самостоятельной работе и продуктивности труда. В этот период резко повышаются требования к «исполнительным функциям» головного мозга. В связи с тем, что большинство исследований СДВГ проводилось с участием учеников начальной школы, не уделялось достаточно внимания нарушениям исполнительных функций, ассоциированным с СДВГ. В начальной школе к детям еще не предъявляются такие требования, как планирование, организация своей работы, выделение главного и второстепенного. От детей еще не ждут, что они будут осуществлять контроль над своей работой, точно следить за временем, своевременной поэтапной реализацией индивидуальной учебной программы и т. д. На этом этапе за большинство этих функций еще несут ответственность родители или учителя. Когда ребенок переходит в среднюю школу, он сталкивается с такими новыми трудностями, как сложное расписание учебных занятий, уроки ведет не один учитель и значительно возрастают требования к организации своей работы (учебной деятельности) [43]. К. Nadeau приводит в пример одного одаренного ученика с СДВГ, которого она наблюдала много лет назад. Он поступил в престижный колледж, успешно сдав сложные экзамены, однако был совершенно неспособен правильно собрать портфель и взять все необходимые книги и тетради, поэтому он часто приходил в класс без необходимых учебных принадлежностей. В конце концов он нашел свое решение этой проблемы: каждый день он носил все книги и тетради в огромном портфеле, который с трудом поднимал. Учителя ругали его за то, что он носит такой тяжелый портфель по тесным школьным коридорам. В этой ситуации «груз проблем» СДВГ имел буквальное значение — тяжелый портфель, который ученик с трудом мог нести, в сочетании с критикой и непониманием со стороны окружающих в ответ на его усиленные попытки адаптироваться к сложной ситуации.

В отличие от существующих стереотипных представлений, одаренные дети с СДВГ могут хорошо учиться в школе (по крайней мере, если судить об их успеваемости по оценкам), даже в старших классах. Однако они страдают от хронической тревоги, не способны правильно планировать подготовку к экзаменам и обычно «зубрят» всю ночь накануне экза-

мена; выполнение домашних заданий занимает у них значительно больше времени, чем у одаренных детей того же возраста, не страдающих СДВГ, эти ученики склонны откладывать намеченное дело на потом, завершают и сдают плановые работы и проекты в самый последний момент. Несмотря на то, что дети могут хорошо учиться, выраженность симптомов СДВГ возрастает по мере увеличения требований.

Многие ученики с СДВГ могут не сталкиваться с серьезными проблемами до тех пор, пока они не уезжают учиться в колледж вдали от дома. При этом внезапно меняется окружающая обстановка, повседневный быт и отсутствует поддержка родителей и других близких людей в решении бытовых и организационных вопросов. Некоторые родители, не надеясь, что их достаточно взрослый ребенок способен быть самостоятельным, пытаются разными способами оказать ему поддержку на расстоянии: звонят утром, чтобы разбудить его, всегда держат в памяти расписание занятий и даты экзаменов, постоянно напоминают ребенку о запланированных событиях и дают советы по решению повседневных проблем. Чем выше уровень интеллекта и успехи в учебе ребенка с СДВГ, тем позднее он сталкивается с серьезными проблемами, связанными с симптомами своего заболевания. Например, некоторые учащиеся с СДВГ оканчивают институт, но не могут защитить дипломную работу, другие проходят все этапы, необходимые для защиты диссертации, но не могут завершить работу на соискание ученой степени. Не следует отвергать возможность диагноза СДВГ на основании того, что ребенок хорошо учится. Даже при хороших успехах в учебе недиагностированный СДВГ может привести к неблагоприятным отдаленным последствиям. Одаренные ученики с СДВГ часто страдают от симптомов тревожного расстройства. Если они вынуждены регулярно выполнять работу, которая кажется им неинтересной и ненужной, они очень страдают, испытывая фрустрацию, в то время как менее одаренные ученики успешно справляются с такой работой.

СДВГ часто не диагностируется у одаренных детей, так как одаренность и СДВГ «маскируют» друг друга. К. Nadeau описывает в качестве примера один клинический случай. Мать девочки обратилась к специалисту, предполагая, что ее дочь — пример одаренного ребенка с СДВГ. Она мотивировала свое предположение тем, что, поступив в колледж вдали от дома, первое время девочка не могла справиться с требованиями по организации своей повседневной жизни в новом учебном заведении, испытывала стресс и очень переживала из-за своей несостоятельности в организационных и бытовых вопросах. Однако сама девочка отрицала как свою одаренность, так и СДВГ. Она говорила, что знает много одаренных учеников, и им не нужно тратить на подготовку к урокам так много времени, как ей, им все дается

легко, и они получают более высокие оценки, чем она. С другой стороны, девочка считала, что она совсем не похожа на детей с СДВГ, которых она встречала в школе. Они не любили читать и учиться, ненавидели школу и отличались гиперактивным поведением. Она не похожа на них, она любит читать и старается хорошо учиться, и она не гиперактивна. В таких случаях ни одаренность, ни СДВГ не диагностируются своевременно, так как ребенок не соответствует стереотипным представлениям об одаренности и СДВГ. В этих случаях человек не подозревает о своей одаренности и страдает от своей несостоятельности, низкой самооценки, не может в полной мере реализовать свои способности и добиться успеха, испытывает чувство неудовлетворенности из-за недиагностированного СДВГ.

### Диагностика двойной исключительности

#### Одаренные дети с трудностями обучения

К сожалению, в настоящее время не существует единого мнения по поводу методов и инструментов диагностики, которые должны применяться для идентификации детей с двойной исключительностью. Эксперты пришли к соглашению о том, что в эту диагностическую категорию попадают ученики, которые одновременно отвечают критериям для одаренных и для детей с трудностями обучения. Ученики оцениваются как одаренные в связи с их неординарными интеллектуальными способностями или высоким потенциалом, а не на основании их реальных достижений. Для них, как правило, характерна опережающая возраст сформированность мыслительных процессов, способностей к решению задач и навыков восприятия. Тест для определения IQ и другие тесты для оценки интеллекта позволяют получить информацию о сильных и слабых сторонах учащегося. Результат, полученный у большинства одаренных детей, выходит за пределы 2 стандартных отклонений от среднего значения. Большинство исследователей придерживаются мнения о том, что тест, определяющий IQ, не должен рассматриваться как единственный метод идентификации одаренных детей. Стандартизированный тест достижений, основанный на учебном материале, оценивает качество работы учащегося (уровень овладения учебными знаниями и навыками) и предоставляет информацию о неординарных способностях ученика в определенных областях знаний.

Во многих школах диагностика трудностей обучения проводится по Шкалам для измерения интеллекта Д. Векслера для детей (Wechsler Intelligence Scales for Children). Этот тест помогает исследователям зарегистрировать несоответствие между способностями и уровнем достижений.

Важно учитывать, что к категории одаренных учеников с трудностями обучения не относятся дети,

учебные проблемы которых являются результатом нарушений зрения, слуха или двигательных и эмоциональных нарушений, умственной отсталости или негативных влияний внешней среды, культуры и экономической ситуации.

Диагностика детей с двойной исключительностью должна включать применение специализированных тестов 2 типов: для выявления одаренности и трудностей обучения.

Сложность диагностики двойной исключительности состоит в том, что одаренность и трудности обучения «маскируют» друг друга, и поэтому учителя (и родители) не замечают признаков одаренности и/или трудностей обучения, в результате обследование (и лечение) не проводится.

#### Одаренные дети с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

Диагностика одаренных детей с СДВГ требует выявления признаков одаренности и СДВГ при помощи специализированных тестов. Клиническая диагностика СДВГ у детей должна включать 6 этапов [17, 18]:

- 1) подробную беседу (клиническое интервью, сбор данных анамнеза) с родителями ребенка;
- 2) исследование психического статуса ребенка;
- 3) исследование соматического и неврологического статуса;
- 4) исследование когнитивных функций (способностей и навыков);
- 5) применение рейтинговых шкал для оценки симптомов учителями и родителями;
- 6) школьные отчеты (о поведении и успеваемости) и другие дополнительные методы (при необходимости).

Рейтинговые (оценочные) шкалы, основанные на диагностических критериях DSM-IV, часто применяются для диагностики СДВГ, а также для оценки эффективности терапии. Они включают шкалу Коннерса для родителей, шкалу Коннерса для учителей и шкалу для оценки симптомов СДВГ (ADHD-IV Rating Scale). Эти шкалы — надежные диагностические инструменты с высоким уровнем чувствительности и специфичности для установления различий между детьми с СДВГ и без (M. Green et al., 1999; C.K. Conners, 1999; G.J. DuPaul et al., 1998). Однако диагностические шкалы всегда должны применяться в комбинации с другими элементами 6-этапного диагностического алгоритма. К сожалению, диагностику этого расстройства нельзя назвать абсолютно точной. Объективный тест, который может точно определить, страдает ли ребенок этим расстройством, не разработан; напротив, в диагностике используется целый ряд тестов и опросников, а также учитываются жалобы, данные анамнеза и картина поведения ребенка, представленные родителями.

Практически все внешние проявления, характеризующие особенности поведения ребенка с СДВГ, могут быть обнаружены у детей с очень высоким ин-

теллектом, талантливых и творчески одаренных детей. Тем не менее до настоящего времени проблеме сходства и различия между 2 группами (дети с СДВГ и одаренные дети) уделяется мало внимания, что создает потенциал для ошибочной диагностики в обеих областях — одаренности и СДВГ.

Иногда врачи ставят диагноз СДВГ только на основании описания поведения ребенка родителями и учителями и кратковременного наблюдения за ним. В других случаях применяются короткие скрининговые опросники, хотя они осуществляют только количественную оценку жалоб на поведение ребенка, предъявляемых родителями или учителями.

Напротив, обследование ребенка с предполагаемым СДВГ всегда должно быть комплексным, чтобы не пропустить соматические и неврологические причины гиперактивного поведения.

Безусловно, наиболее важную роль в воспитании ребенка играют родители. Именно они несут наибольшую ответственность за судьбу своего ребенка. Поэтому, если родители чувствуют, что их ребенок значительно опережает сверстников в какой-либо области, и при этом у него имеются определенные проблемы обучения, поведения и общения и, возможно, предполагается диагноз СДВГ, необходимо в первую очередь обследовать его на предмет одаренности, и только после этого провести комплексное обследование для выявления симптомов СДВГ и других сопутствующих расстройств и назначить при необходимости медикаментозную терапию. Такой ребенок должен рассматриваться как одаренный, возможно, имеющий ряд проблем, требующих специального подхода и коррекции, а не как ребенок с основным диагнозом СДВГ. Безусловно, методы лечения детей с СДВГ и одаренных детей «с проблемами» должны существенно различаться.

Что должны делать родители, если они подозревают, что их одаренный ребенок страдает СДВГ? По мнению К. Nadeau, в первую очередь родители должны организовать обследование ребенка с участием квалифицированных специалистов. Родители должны быть уверены, что врачи и психологи, к которым они обратились, имеют опыт работы с одаренными учениками с СДВГ.

Родители должны искать нужную информацию, стремиться узнать как можно больше о СДВГ и помочь своему ребенку также приобрести знания об этом заболевании. Родителям, подозревающим, что они сами страдают СДВГ, следует открыто поговорить с ребенком о своих собственных проблемах.

Они должны помочь своему одаренному ребенку понять, что такие проблемы, как трудности со своевременным началом работы (откладывание намеченного дела на потом), нарушение сна, незавершение домашней работы, ошибки в контрольных, связанные

с невнимательностью, и непредсказуемые провалы в памяти могут быть симптомами заболевания, поддающегося лечению [43].

Так как проявления гиперактивности у детей с СДВГ и одаренных детей сложно различить, необходимо прежде всего обследовать ребенка на предмет одаренности, а при подтверждении относиться к нему как к одаренному ребенку с особыми проблемами, требующими специальных образовательных и воспитательных подходов, а не как к ребенку с СДВГ.

По мнению F. Kaufmann и соавт., некоторые советы для родителей, возможно, помогут предотвратить диагностические ошибки и выработать более осторожный и комплексный подход к существующей проблеме [34, 35].

Рекомендации для родителей одаренных детей с симптомами СДВГ [34]:

- 1) знайте, что СДВГ и одаренность могут сочетаться;
- 2) найдите информацию о СДВГ в разных источниках;
- 3) помните о том, что наиболее важным критерием диагностики СДВГ служит степень выраженности поведенческих расстройств, выявляемых в 2 или более различных ситуациях (например, в школе, дома, в гости и др.);
- 4) рассмотрите проблему со всех сторон и проконсультируйтесь со специалистами в разных областях (например, психологом, неврологом, психиатром, педагогом, педиатром и др.), прежде чем установить диагноз и разработать всесторонний план лечения;
- 5) познакомьтесь с многочисленными поведенческими и образовательными стратегиями, разработанными к настоящему времени, чтобы определить для себя методики и их сочетания, которые могут быть максимально эффективны для вашего ребенка;
- 6) будьте осторожны с методиками, обещающими слишком быстрое достижение успеха, независимо от того, являются ли они методами поведенческого, образовательного или медикаментозного воздействия;
- 7) помните о том, что наибольшие трудности для ребенка с СДВГ заключаются не в том, чтобы сделать задание и выучить урок, а в том, чтобы наилучшим образом продемонстрировать свои знания;
- 8) определите, является ли переключение внимания «слабым местом» для вашего ребенка, обратите внимание на его поведение, когда его просят перейти к другому виду деятельности;
- 9) моделируйте и поддерживайте процесс «познания себя» в своем ребенке. Помните о том, что каждый человек имеет свойственные ему сильные и слабые стороны. Вы можете рассказать своему ребенку, как вы сами используете свои сильные стороны и компенсируете свои недостатки. Так вы сможете помочь своему ребенку сделать то же самое;



10) передайте собственный опыт другим родителям, способствуйте развитию исследований, посвященных проблеме СДВГ у одаренных детей. Контактируйте с организациями и сайтами в Интернете (например, NRC/GT), которые изучают данную проблему.

L. Silverman предлагает родителям и учителям ряд вопросов, помогающих в диагностике СДВГ у одаренных детей [49–53].

1. Выражены ли поведенческие проблемы ребенка (на которые жалуются учителя) в домашней обстановке? В тех случаях, когда одаренный ребенок на самом деле не страдает СДВГ, родители часто не видят тех нарушений в поведении ребенка, которые, по словам учителей, выражены в школе.

2. Может ли отсутствие интереса (необходимость заниматься делом, которое кажется ребенку скучным и неважным) играть роль в изменении поведения ребенка? Способен ли ребенок концентрировать внимание, когда он занят интересующим его делом? В типичных случаях высокоодаренные дети буквально «не могут оторваться» от тех занятий, которые им интересны, в то время как детям с СДВГ может быть трудно концентрировать внимание, даже когда они занимаются очень интересным для них делом.

3. Предпринимались ли попытки изменить учебную программу, чтобы улучшить поведение ребенка? Если да, то каков был результат?

4. Проводилась ли беседа с ребенком о причинах его плохого поведения? Каково мнение ребенка о причинах его проблем поведения? Мнение ребенка очень важно выслушать и учитывать, чтобы лучше понять существующую проблему.

5. Чувствует ли ребенок, что он не может контролировать свое поведение? Чувствуют ли родители, что ребенок «вышел из-под контроля»? Важно установить различия между ребенком, который не может контролировать себя, и активным ребенком, который любит движение.

6. Был ли ребенок обучен стратегиям ограничения внешних стимулов, контроля над своими импульсами и борьбы со стрессом? Обучен ли ребенок необходимым социальным навыкам?

7. Может ли «невнимательный» ребенок повторить данные ему инструкции? Существует распространенное ошибочное мнение, что если по внешним признакам кажется, что ребенок «не обращает внимания» на то, что говорят окружающие, он на самом деле не воспринимает информацию. На практике становится ясно, что одаренные дети могут делать множество дел одновременно.

8. Возникает ли проблемное поведение в определенное время дня, на определенных уроках, на уроках, которые ведет определенный учитель, в определенных ситуациях и отсутствует ли оно при других обстоя-

тельствах? Если поведение обусловлено ситуацией, можно предположить, что это не СДВГ.

9. Уделяет ли учитель достаточно внимания ребенку? Требуется ли ребенку, чтобы учитель постоянно уделял ему внимание? Во многих случаях взрослые считают, что одаренные дети могут сами позаботиться о себе: они не задают вопросов и им не нужно уделять столько внимания, сколько требуется другим детям. Иногда потребность в постоянном внимании со стороны учителя вызвана потребностью в интеллектуальной стимуляции.

10. Может быть, ребенок просто демонстрирует окружающим свою индивидуальность, одаренность или настойчивость?

Если ответы на эти вопросы не указывают на необходимость изменения окружающей обстановки или учебной программы, можно предположить целесообразность медицинского подхода к проблеме. Важно помнить, что одаренность и СДВГ могут сочетаться. В некоторых случаях может потребоваться сочетание терапии и изменения окружающей среды.

В работах А. Kaufman и соавт. указывается на то, что у одаренных детей с диагностированным СДВГ выявленные нарушения (проявления СДВГ) были более выражены, чем у других детей с СДВГ. Это позволяет предположить, что более легкие формы СДВГ у одаренных детей не диагностируются. Неординарные способности ребенка помогают скрыть проявления СДВГ. С другой стороны, дефицит внимания и импульсивность приводят к снижению результатов тестов, а также ухудшению успеваемости, т. е. тех параметров, на которые полагаются многие школы при выявлении одаренности. Учителя нередко фокусируют внимание на нарушениях поведения одаренного ученика с СДВГ и при этом не замечают его неординарные способности. Связанное с этими факторами промедление в диагностике препятствует своевременному проведению вспомогательных мероприятий, требующихся одаренным детям с СДВГ для достижения успеха в учебе и успешной социализации. Для одаренных детей с недиагностированным дефицитом внимания высок риск возникновения трудностей в процессе обучения и низкой успеваемости. Дети с СДВГ, одаренность которых остается нераспознанной, не получают требуемой педагогической помощи, необходимой для развития их таланта. Поэтому детей, результаты тестов которых были недостаточно высоки, чтобы диагностировать одаренность, и у которых был впоследствии диагностирован СДВГ, рекомендуется повторно обследовать для их включения в программы обучения одаренных детей [34, 35].

В идеале диагноз СДВГ у одаренных детей должен быть установлен командой специалистов, включающей

по крайней мере одного врача, специализирующегося на дифференциальной диагностике психопатологии детей школьного возраста, и одного профессионала, хорошо понимающего возрастные характеристики одаренных детей, укладывающиеся в границы нормальных значений. Так как у большей части детей с СДВГ (до 2/3) имеются сопутствующие расстройства, например трудности обучения или депрессия, обследование должно также включать оценку этих заболеваний. Учителя и другие работники школ редко получают в процессе работы с ребенком знания, необходимые для проведения дифференциального диагноза СДВГ, и немногие врачи знают уникальные возрастные характеристики одаренных детей, поэтому оценка клинических данных командой специалистов позволяет повысить точность диагностики. Родители должны быть уверены в том, что одаренность ребенка учитывалась при интерпретации результатов обследования. Комплексное обследование повышает вероятность объективной оценки (М. Neihart, 2004).

К. Nadeau предлагает родителям одаренного ребенка дать ответы на следующие вопросы, позволяющие выявить «скрытые» симптомы СДВГ в тех случаях, когда одаренность маскирует «типичную» картину этого синдрома [43].

1. У вашего ребенка не развито «чувство времени»?
2. Ваш ребенок имеет трудности со своевременным началом работы (склонен откладывать намеченное дело на потом и обычно начинает делать домашнюю работу тогда, когда уже пора ложиться спать)?
3. Ваш ребенок «сова», и у него появляется «второе дыхание» поздним вечером?
4. Ваш ребенок ведет себя как «рассеянный профессор»?
5. Ваш ребенок бывает полностью поглощен интересным для него делом до такой степени, что он не слышит и не реагирует, когда вы его зовете («гиперфокус»)?
6. Ваш ребенок «сова», и ему очень трудно вовремя проснуться, встать утром и подготовиться к школе?
7. Ваш ребенок нередко путает свои вещи и чужие (например, по ошибке берет чужие куртку, портфель и др.)?
8. Вы замечаете, что вам необходимо повторять сложные (состоящие из нескольких этапов) инструкции и задания, так как ребенок не воспринимает и не запоминает сразу все этапы (компоненты)?
9. Бывает ли, что вы даете ребенку какое-то задание (например, сходить в магазин, принести нужную вещь из другой комнаты), долго ждете и, отправляясь на поиски, обнаруживаете, что ребенок уже полностью забыл о вашей просьбе, отвлекся и увлечен чем-то другим?

Нужно отметить, что описанный выше портрет очень отличается от стереотипных представлений

о ребенке с СДВГ — импульсивном, гиперактивном, не способном длительно концентрировать внимание и следовать правилам.

Известно, что имеется наследственная предрасположенность к СДВГ. СДВГ редко проявляется изолированно у одного ребенка в семье. Как правило, это семейная проблема, т.е. проявления этого расстройства обычно встречаются и у других членов семьи (то же можно сказать и в отношении одаренности). Предполагая возможность СДВ/СДВГ у одаренного ребенка, необходимо выяснить, выражены ли симптомы этого расстройства у родителей и других членов семьи. Для этого К. Nadeau предлагает ответить родителям ребенка на следующие вопросы [43].

1. Выявляются ли явные признаки СДВГ у братьев и сестер ребенка?
2. Возможно, у одного (или обоих) родителей выражены признаки СДВГ (хотя диагноз не был установлен), например проблемы организации, планирования, распределения своего времени, забывчивость и трудности при выполнении письменных работ?
3. Возможно, один из родителей (или оба родителя), несмотря на высокий интеллектуальный уровень, учился в школе не так хорошо, как можно было бы ожидать?

На эти же вопросы нужно ответить в отношении бабушек и дедушек, а также других родственников (дяди, тети и др.).

### **Последствия ошибок в диагностике двойной исключительности**

#### **Одаренные дети с трудностями обучения**

К чему приводит неадекватная диагностика двойной исключительности и какое место занимают в этих случаях дети в обществе и в школьной среде? Большинство школ идентифицируют детей по критерию одаренности или выявляют дефицит навыков обучения. Как правило, не делается акцент на возможном сочетании одаренности и трудностей обучения. Традиционно программы обучения одаренных детей основаны на ускоренном и углубленном изучении предметов, и коррекционной помощи эти дети не получают. С другой стороны, программы, рассчитанные на детей с трудностями обучения, не предусматривают ускоренное или углубленное изучение каких-либо учебных дисциплин, в котором нуждаются одаренные дети.

По данным зарубежных исследователей, можно выделить 3 ошибочных направления в диагностике двойной исключительности [12]:

- некоторые из этих детей, идентифицированные как одаренные и включенные в программы для одаренных детей, показывают низкие результаты, объясняемые ленью или низкой мотивацией, небрежным отношением к учебе и участию в таких программах.

Одаренность «маскирует» трудности обучения, которые своевременно не идентифицируются, дети не получают коррекционной помощи и не способны достичь успеха в учебе;

- дети с диагностированными проблемами обучения томятся от скуки в коррекционных классах, где вся программа абсолютно не подходит для одаренных детей. У этих детей проблемы обучения выходят на передний план и заслоняют талант, остающийся нераспознанным и незаметным для окружающих (даже для родителей и учителей). Каких результатов можно ждать от одаренного ребенка, если он проведет все школьные годы (11–12 лет!) в среде, где внимание акцентировано на его дефекте?

- у детей третьей категории талант и дефект настолько сбалансированы, что становятся «незаметными» для окружающих, поэтому эти дети расцениваются как «средние ученики» и проводят школьные годы в общеобразовательных школах.

По мнению эксперта S. Baum, в каждой из этих категорий детей с двойной исключительностью, не получающих требуемой педагогической помощи и коррекции, будет получен один и тот же плачевный результат: низкая самооценка, депрессия и даже суицидальные тенденции [12].

Такие неблагоприятные последствия неправильной диагностики и отсутствия своевременного выявления детей с двойной исключительностью, вероятно, обусловлены действием ряда неблагоприятных факторов:

- одаренные дети не имеют возможностей (необходимых условий и средств) для развития своего таланта; таким образом, естественное развитие затормаживается, мотивация снижается, и дети не могут достичь тех результатов, которые были бы возможны в стимулирующей, развивающей среде, соответствующей их способностям;

- дети не получают «положительной обратной связи» — психологической поддержки, адекватной оценки их достижений, стимуляции дальнейшего роста; таким образом, мотивация снижается, формируется низкая самооценка;

- особенности мышления и поведения, свойственные одаренным детям, часто становятся причиной проблем в общении со сверстниками, эти проблемы еще более усугубляются у детей с двойной исключительностью. Находясь в коллективе детей со средними способностями, одаренные дети с двойной исключительностью могут буквально «завянуть» как в отношении развития своих способностей, так и в отношении настроения, отношения к миру, людям и себе.

**Одаренные дети с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью**

Возможны 3 ошибочных пути диагностики, приводящие к серьезным неблагоприятным последствиям:

- поведение одаренного ребенка с проявлениями гиперактивности может быть ошибочно расценено как симптомы СДВГ. Это часто происходит в тех случаях, когда ребенок слишком быстро справляется с заданиями на уроке, скучает и мешает окружающим. Многие симптомы, напоминающие проявления СДВГ, у одаренных детей могут быть вызваны другими причинами: несоответствие учебной программы способностям и интересам ребенка, социальная незрелость или отсутствие правильного воспитания и дисциплины дома или в школе [20]. Вместо того чтобы диагностировать одаренность и предоставить ребенку возможность учиться по индивидуальной программе, соответствующей его уровню, потребностям и интересам, его направляют на обследование по поводу СДВГ и диагностируют это расстройство на основании жалоб родителей, учителей, данных кратковременного наблюдения за ним и результатов анкетирования (при этом опросники также заполняются родителями и учителями). В некоторых случаях ребенку назначается медикаментозная терапия, которая не оправдана и не приносит ему пользы, и он продолжает обучение в том же классе. В результате не созданы условия для развития таланта одаренного ребенка; школьная среда, не соответствующая его интеллектуальному уровню, тормозит его развитие; побочные эффекты терапии также оказывают отрицательное (и часто непредсказуемое) влияние, а ярлык «трудного ученика» и соответствующее отношение одноклассников и учителей создают благоприятную почву для снижения самооценки, формирования вторичных психопатических проявлений и психических расстройств (включая депрессию, суицидальные явления, антисоциальное поведение и др.), но только не для развития таланта. Не следует ставить «удобный» диагноз СДВГ при поверхностном рассмотрении проблемы, позволяющий избежать глубокого исследования реальных проблем [20];

- в случае сочетания одаренности и проявлений СДВГ (т. е. в тех случаях, когда симптомы гиперактивности, импульсивности и невнимательности у одаренного ребенка выражены настолько, что соответствуют диагностическим критериям СДВГ по международной классификации, и диагноз становится правомерным) ситуация практически повторяется. В целом проблема при этом не меняется, меняется лишь выраженность симптомов, свойственных СДВГ. Во всех случаях, независимо от сопутствующих проблем, такой ребенок прежде всего должен рассматриваться как «одаренный ребенок с проблемами», а не как «проблемный ребенок с одаренностью» (второй компонент часто просматривается, если акцент делается на диагностике проблемы, а не одаренности). Одаренность всегда должна стоять на первом месте, а сопутствующие про-

блемы рассматриваться как вторичные. Многочисленные примеры великих людей, у которых по свидетельствам современников и другим объективным данным были выражены симптомы СДВГ и которых, без сомнения, не лечили психостимуляторами (так как этот метод лечения не был распространен в те времена), показывают, что одаренные люди нуждаются в совершенно иных подходах к коррекции сопутствующих расстройств, чем те, которые приняты в настоящее время в лечении гиперактивных детей во многих странах. Диагностика сопутствующих расстройств и самые добросовестные попытки их коррекции при игнорировании одаренности являются грубейшей ошибкой, так как приводят к созданию условий, препятствующих развитию таланта, при которых общество может потерять талантливого человека и приобрести еще одного человека «с проблемами»;

- игнорирование симптомов СДВГ (независимо от того, признается или нет одаренность ребенка) приводит к аналогичным неблагоприятным последствиям как у одаренных детей, так и у детей с менее высоким интеллектуальным уровнем. Родители должны быть проинформированы о том, что не следует медлить с проведением обследования, если они подозревают СДВГ у своего одаренного ребенка. Даже если ребенок хорошо успевает в школе, по мере увеличения школьной нагрузки и требований «цена» хорошей учебы становится все более высокой. Однако еще более важно, что СДВГ — расстройство, приводящее к нарушению качества жизни, которое может затрагивать все ее сферы. При отсутствии адекватного лечения СДВГ может оказать негативное влияние на самооценку, взаимоотношения с ровесниками, может приводить к хроническим нарушениям сна, хроническому стрессу, который может трансформироваться в тревожное и/или депрессивное расстройство по мере увеличения требований, которые предъявляет жизнь к одаренному человеку. Преимущество ранней диагностики одаренности у ребенка — возможность принимать наиболее важные жизненные решения с учетом выраженности симптомов СДВГ, что способствует улучшению адаптации ребенка и позволяет ему наилучшим образом реализовать свой потенциал [20].

#### **Принципы медикаментозной терапии**

Психостимуляторы, применяющиеся для лечения гиперактивности во многих странах, в России не зарегистрированы. В настоящее время в нашей стране зарегистрирован единственный препарат для лечения гиперактивности — атомоксетин (страттера). Однако отечественные авторы традиционно применяли в лечении СДВГ препараты из группы ноотропов, включая пирацетам (ноотропил), семакс и др. [2–6]. Отечественными авторами проведены исследования препарата Глицин, которые продемонстрировали его эффективность в лечении СДВГ. Глицин относится к группе ме-

таболических препаратов (улучшающих метаболизм в головном мозге), является регулятором обмена веществ, нормализует и активизирует процессы защитного торможения в центральной нервной системе, уменьшает психоэмоциональное напряжение, повышает умственную работоспособность [7]. Глицин обладает глицин-, ГАМКергическим, альфа<sub>1</sub>-адреноблолирующим, антиоксидантным, антитоксическим действиями; регулирует деятельность глутаматных рецепторов, за счет чего препарат способен уменьшать психоэмоциональное напряжение, агрессивность, конфликтность, повышать социальную адаптацию, уменьшать вегетосудистые расстройства; облегчать засыпание и нормализовать сон; повышать умственную работоспособность [7]. ВНИИЦ гигиены и профилактики заболеваний детей, подростков и молодежи МЗ СССР проводилось исследование продолжительностью 3 года, посвященное влиянию длительного приема Глицина на умственную работоспособность школьников с минимальной мозговой дисфункцией в классах коррекции и среди подростков с девиантными формами поведения. В исследовании участвовали 80 детей и подростков. Результаты исследования показали, что курс терапии Глицином оказал корригирующее действие на нервно-психический статус детей и иммунную систему. Установлено, что курсовой прием Глицина по 15–30 дней у 70–80 % детей с минимальной мозговой дисфункцией вызывает положительный терапевтический эффект: улучшение памяти, внимания, умственной работоспособности, эмоционального состояния, нормализацию сна, наблюдается исчезновение фобических состояний, уменьшение проявлений гипердинамического синдрома. У подростков с девиантными формами поведения на основе психофизиологических исследований и данных электроэнцефалографии установлено седативное действие Глицина, способность препарата гармонизировать психическое состояние, оптимизировать уровень личностного реагирования, стабилизировать поведенческие проявления.

Глицин назначали курсом от 2 нед до 1 мес по 1 таблетке 2 раза в день — утром и днем, в индивидуальных случаях курс был продлен. Детям с СДВГ в возрасте от 4 до 14 лет Глицин и Биотредин® назначали сублингвально последовательно 3 курса по 20 дней с перерывом 10 дней. После лечения наблюдалась положительная динамика по эмоционально-поведенческим реакциям с наибольшим эффектом по шкале познавательной деятельности и шкале дисциплины и внимания. Выявлено достоверное улучшение показателей внимания (продуктивности и точности), оцениваемых с помощью буквенного варианта корректурной пробы Бурдона [1]. Важно, что эти препараты безопасны при сочетании СДВГ с другими заболеваниями, включая эпилепсию, и часто оказывают положительное влияние на симптомы сопутствующих СДВГ заболеваний.



# ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Брызгунов И.П., Гончарова О.В., Касатикова Е.В. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: протокол лечения. Российский педиатрический журнал 2001;(5):34–6. [Bryazgunov I.P., Goncharova O.V., Kasatikova E.V. Attention deficit hyperactivity syndrome in children: treatment protocol. Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal = Russian Pediatric Journal 2001;(5):34–6. (In Russ.)].
2. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М., 2005. 256 с. [Zavadenko N.N. Hyperactivity and attention deficit in childhood. Moscow, 2005. 256 p. (In Russ.)].
3. Заваденко Н.Н., Румянцева М.В. Дислексия: механизмы развития и принципы лечения. Русский журнал детской неврологии 2008;3(1):3–9. [Zavadenko N.N., Rumyantseva M.V. Dyslexia: development mechanisms and treatment principles. Russkiy zhurnal detskoy neurologii = Russian Journal of Pediatric Neurology 2008;3(1):3–9. (In Russ.)].
4. Заваденко Н.Н., Симашкова Н.В. Новые подходы к диагностике синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2014;114(1 вып. 2):45–51. [Zavadenko N.N., Simashkova N.V. New approaches to diagnostics of attention deficit hyperactivity syndrome. Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry 2014; 114(1 issue 2):45–51. (In Russ.)].
5. Заваденко Н.Н., Соломасова А.А. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью в сочетании с тревожными расстройствами: возможности фармакотерапии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2012;112(8):44–8. [Zavadenko N.N., Solomasova A.A. Attention deficit hyperactivity syndrome and anxiety disorders: possibilities of pharmacotherapy. Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry 2012;112(8): 44–8. (In Russ.)].
6. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Румянцева М.В. Трудности школьного обучения: гиперактивное расстройство с дефицитом внимания и дислексия. Педиатрия 2006;8(2):47–52. [Zavadenko N.N., Suvorinova N.Yu., Rumyantseva M.V. Difficulties of school studies: hyperactive disorder with attention deficit and dyslexia. Pediatrics 2006;8(2):47–52. (In Russ.)].
7. Инструкция по медицинскому применению препарата Глицин. [Instruction for medical application of Glycine. (In Russ.)].
8. A Guidebook for Twice Exceptional Students. Supporting the achievement of gifted students with special needs. Montgomery County Public Schools Department of Curriculum and Instruction. 850 Hungerford Drive. Rockville, Maryland.
9. Antshel K.M., Faraone S.V., Stallone K. et al. Is attention deficit hyperactivity disorder a valid diagnosis in the presence of high IQ? Results from the MGH Longitudinal Family Studies of ADHD. J Child Psychol Psychiatry 2007;48(7):687–94.
10. Baptista-Neto L., Dodds A., Rao S. et al. An expert opinion on methylphenidate treatment for attention deficit hyperactivity disorder in pediatric patients with epilepsy. Expert Opin Investig Drugs 2008;17(1):77–84.
11. Barkley R.A. Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. New York: The Guildford Press, 1998.
12. Baum S.M., Owen S.V. To be gifted and learning disabled: strategies for helping bright students with LD, ADHD, and More. Connecticut: Creative Learning Press, 2004.
13. Biederman J., Petty C., Fried R. et al. Impact of psychometrically defined deficits of executive functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry 2006;163(10):1730–8.
14. Biederman J., Wilens T., Mick E. et al. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36(1):21–9.
15. Biederman J., Wilens T.E., Mick E. et al. Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? Biol Psychiatry 1998;44(4):269–73.
16. Brown R.T., Freeman W.S., Perrin J.M. et al. Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. Pediatrics 2001;107(3):E43.
17. Coleman M.R. A comparison of how gifted/LD and average LD boys cope with school frustration. J Education Gifted 2002;15:239–56.
18. Coleman M.R. Surviving or thriving? 21 gifted boys with learning disabilities share their school stories. Gifted Child Today 2001;24(3):56–63.
19. Dalgte A., Gustafsson P., Levander S. Hyperactivity syndrome is common among prisoners. ADHD not only a pediatric psychiatric diagnosis. Lakartidningen 1999;95:3078–80.
20. Delisle J., Galbraith J. When gifted kids don't have all the answers. Minneapolis: Free Spirit Publishing, 2000.
21. DSM-IV-TR diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
22. Escobar R., Soutullo C.A., Hervas A. et al. Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. Pediatrics 2005;116:364–9.
23. Eyestone L.L., Howell R.J. An epidemiological study of attention-deficit hyperactivity disorder and major depression in a male prison population. Bull Am Acad Psychiatry Law 1994;22:181–93.
24. Feldhusen J.F. Effects of programs for the gifted: a search for evidence. In: The academic accermtion of gifted children. W.T. Southemr, E.D. Jones (eds.). New York: Teachers College Press, 1991. Pp. 133–47.
25. Fortune C. The analytic nursery: Ferenczi's "wise baby" meets Jung's "divine child". J Anal Psychol 2003;48(4):457–66.
26. Gardner H. "Rejoinder to Steers" in evaluating and assessing the visual arts in education. D. Boughton, W.E. Eisner, J. Ligtoet (eds.). New York: Teachers College Press, 1996. 104 p.
27. Henderson L.M. Asperger's syndrome in Gifted individuals. Gifted Child Today 2001;24(3):28–35.
28. Hermann B., Jones J., Dabbs K. et al. The frequency, complications and aetiology of ADHD in new onset paediatric epilepsy. Brain 2007;130(Pt 12):3135–48.
29. Heylighen F. Gifted people and their problems. 2004.
30. Higgins L.D., Nielsen M.E. Responding to the needs of twice-exceptional learners: a school district and university's collaborative approach. In: Uniquely Gifted: identifying and meeting the needs of the twice-exceptional student. K. Kay (ed.). 2000. Pp. 287–303.
31. Holahan C.K., Holahan C.J. Being labeled as gifted, self-appraisal, and psychological well-being: a life span developmental perspective. Int J Aging Hum Dev 1999;48(3):161–73.
32. Javits J.K. Gifted and Talented Students Education Act. 1988.
33. Johnson C. Smart kids have problems, too. Today's education, 1981. 70 p.
34. Kaufmann F., Kalbfleisch M.L., Castellanos F.X. Attention deficit disorders and gifted students: what do we really know? In: Storrs C.T. National Research Center on the Gifted and Talented. University of Connecticut, 2000.
35. Kaufmann F.A., Castellanos F.X. Attention-deficit/hyperactivity disorder in gifted students. In: International handbook of giftedness and talent. 2nd ed. K.A. Heller, F.J. Monks, R.J. Sternberg, R.F. Subotnik (eds.). Amsterdam: Elsevier, 2006. Pp. 621–32.
36. Kihl P., Gregersen K., Sterum N. Hans Christian Andersen's spelling and syntax: allegations of specific dyslexia are unfounded. J Learn Disabil 2000;33(6):506–19.

36. Kulik J.A., Kulik C.C. Research in acceleration. In: Handbook of gifted education. N. Colangelo, G.A. Davis (eds.). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon, 1991. Pp. 190–1.
37. Lee K.H., Choi Y.Y., Gray J.R. et al. Neural correlates of superior intelligence: stronger recruitment of posterior parietal cortex. *Neuroimage* 2006;29(2):578–86.
38. Louis J., Revol O., Nemoz C. et al. Psychophysiological factors in high intellectual potential: comparative study in children aged from 8 to 11 years old. *Arch Pediatr* 2005;12(5):520–5.
39. Lovett B.J., Lewandowski L.J. Gifted students with learning disabilities: who are they? *J Learn Disabil* 2006;39(6):515–27.
40. Mannuzza S., Klein R.G., Bessler A. et al. Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1222–7.
41. Nada-Raja S., Langley J.D., McGee R. et al. Inattentive and hyperactive behaviors and driving offenses in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:515–22.
42. Nadeau K., Littman E., Quinn P.O. Understanding girls with ADHD. Advantage Books, Silver Springs, 1999. 293 p.
43. Neihart M., Reis S., Robinson N., Moon S. (eds.) The social and emotional development of gifted children: what do we know? Waco, TX: Prufrock Press, 2002.
44. Rösstad A. Leonardo da Vinci – a dyslectic genius? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002;122(30):2887–90.
45. Schaefer C., Mezick E. Fulfillment of promise: 40-year follow-up of creative adolescent girls. *Psychol Rep* 2006;98(1):133–9.
46. Schiff M., Kaufman A., Kaufman N. Scatter analysis of WISC-R profiles for learning disabled children with superior intelligence. *J Learn Disabil* 1981;14:400–7.
47. Schmidt M.H. School problems in gifted children and adolescents. *MMW Fortschr Med* 2007;149(47):36–8.
48. Silverman L.K. What happens to the gifted girl? In: Critical issues in gifted education. Vol. I. Defensible programs for the gifted C.J. Maker (ed.). Rockville, MD: Aspen, 1986. Pp. 43–89.
49. Silverman L.K. A developmental model for counseling the gifted. In: Counseling the gifted and talented. L.K. Silverman (ed.). Denver: Love, 1993. Pp. 51–78.
50. Silverman L.K. The gifted individual. In: Counseling the gifted and talented. L.K. Silverman (ed.). Denver: Love, 1993. Pp. 3–28.
51. Silverman L.K. Social development, leadership, and gender issues. In: Counseling the gifted and talented. L.K. Silverman (ed.). Denver: Love, 1993. Pp. 291–327.
52. Silverman L.K. The crucible of perfectionism. In: Mental health in a changing world. B. Holyst (ed.). Warsaw: The Polish Society for Mental Health, 1990. Pp. 39–49.
53. Sourander A., Elonheimo H., Niemela S. et al. Childhood predictors of male criminality: a prospective population-based follow-up study from age 8 to late adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45(5):578–86.
54. Sourander A., Multimaki P., Nikolakos G. et al. Childhood predictors of psychiatric disorders among boys: a prospective community-based follow-up study from age 8 years to early adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44:756–67.
55. Swensen A., Allen A.J., Kruesi M.J.P. et al. Intentional self-injury and suicide in patients with ADHD. Manuscript under preparation, 2002.
56. Szatmari P. The epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorders. In: Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America. Attention deficit disorder. G. Weiss (ed.). Philadelphia: Saunders, 1992. Pp. 361–72.
57. Thompson L.J. Language disabilities in men of eminence. *J Learn Disabil* 1971;4(1):39–50.
58. Thomson J.J., Maxwell J.C. In: Maxwell J.C. A commemorative volume 1831–1931. Cambridge, 1931. Pp. 1–44.
59. Tordjman S. Gifted children in difficulty: from attention deficit hyperactivity disorder to depression and school failure. *Rev Med Suisse* 2006;2(54):533–4, 536–7.
60. Torres A.R., Whitney J., Gonzalez-Heydrich J. Attention-deficit/hyperactivity disorder in pediatric patients with epilepsy: review of pharmacological treatment. *Epilepsy Behav* 2008;12(2):217–33.
61. Trail B. A collaborative approach to meeting the needs of twice-exceptional students. In: Uniquely Gifted: identifying and meeting the needs of the twice-exceptional student. K. Kay (ed.). Gilsum, NH: Avocus Publishing, 2000. Pp. 262–72.
62. Trail B. Parenting Twice-Exceptional Children through Frustration to Success. Session delivered at National Association for Gifted Children Conference, Indianapolis, IN, 2003.
63. Vermeiren R., De Clippele A., Deboutte D. A descriptive survey of Flemish delinquent adolescents. *J Adolesc* 2000;23:277–85.
64. Vida J.E. Treating the “wise baby”. *Am J Psychoanal* 2005;65(1):3–12.
65. Webb J.T. Nurturing social-emotional development of gifted children. In: International handbook for research on Giftedness and Talent. K.A. Heller, F.J. Monks, A.H. Passow (eds.). Oxford: Pergamon Press, 1993. Pp. 525–38.
66. Weinfeld R., Barnes-Robinson L., Jeweler S., Shevitz B. Academic Programs for Gifted and Talented/Learning Disabled Students. *Roeper Review* 2001;24(4):226–33.
67. Weiss G., Hechtman L., Milroy T., Perlman T. Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985;24:211–20.
68. Wilens T.E., Biederman J., Mick E. Does ADHD affect the course of substance abuse? Findings from a sample of adults with and without ADHD. *Am J Addict* 1998;7:156–63.
69. Winner E. The origins and ends of giftedness. *Am Psychol* 2000;55(1):159–69.
70. Winner E., Hetland L. The arts in education: evaluating the evidence for a Causal Link. *J Aesth Educat* 2000;34:6.