

Синдром дефицита внимания



Афанасьева Т.М., педагог-психолог ЦПМСС
Красносельского района



(сокращенно СДВГ) - *англ. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)* — неврологическо-поведенческое расстройство развития, начинающееся в детском возрасте.

С неврологической точки зрения СДВГ рассматривается как стойкий и хронический синдром. Проявляется такими симптомами, как трудности концентрации внимания, гиперактивность и плохо управляемая импульсивность.

Впервые описание заболевания, характеризующегося двигательной расторможенностью, дефицитом внимания и импульсивностью, появилось около 150 лет назад. Из-за клинической гетерогенности терминологию синдрома многократно меняли.

СДВГ является одним из самых сомнительных и спорных расстройств. СДВГ и его лечение ставятся под сомнение по меньшей мере с 1970-х годов. В существовании СДВГ сомневаются многие врачи, учителя, высокопоставленные политики, родители и средства массовой информации. Спектр мнений о СДВГ довольно широк — от тех, кто не верит, что СДВГ существует, до тех, кто верит, что существуют генетические или физиологические предпосылки этого состо



Эпидемиологические исследования, проведённые в США, Великобритании, Германии, Чехословакии, Китае и других странах мира, свидетельствуют, что **синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)**, относится к числу **наиболее распространённых болезней у детей.**

Вариабельность данных по распространённости СДВГ:

в США эти цифры колеблются от 4 до 20%,

в Великобритании - 1-3% ,

Германии - 9-18%,

Италии - 3-10%,

Чехословакии - 2-12%,

Китае - 1-13%,

Австралии – 7 – 10%,

в России - 4 – 18%, при этом в Москве и Московской обл. - 15-28%.

По данным Американской Психиатрической Ассоциации, СДВГ встречается у 3-7% детей школьного возраста.



Такой широкий диапазон колебаний цифр обусловлен, прежде всего, отсутствием единых диагностических критериев и методов оценки симптомов СДВГ. Американские и канадские специалисты при диагностике СДВГ используют **классификацию психиатрических болезней (DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)**, в Европе и Великобритании принята **Международная классификация болезней (ICD - International Classification of Diseases)** с жесткими критериями, позволяющими более реально оценивать распространённость синдрома.

СДВГ среди мальчиков 7-12 лет диагностируют в 2-3 раза чаще, чем среди девочек.

По другим данным, мальчиков среди детей с СДВГ в 9 раз



, чем дев





Классификация

Выделяют три типа расстройства:

- случаи с дефицитом внимания (СДВГ-ПДВ или СДВГ-ДВ),
- гиперактивностью и импульсивностью (СДВГ-ГИ или СДВГ-Г),
- смешанный тип (СДВГ-С), который включает в себя все три симптома.
- Согласно последней редакции **Международной классификации болезней - ICD-10 (1992)**, выделяют две подгруппы: с наличием гиперактивности («синдром дефицита внимания с гиперактивностью» - СДВГ) и без неё («синдром дефицита внимания без гиперактивности», или СДВ.

Содержание симптомов СДВГ

□ Симптомы невнимательности:

- Дети с СДВГ легко отвлекаются, с трудом сосредотачивают внимание,
- для этих детей характерны нарушения памяти,
- сниженная умственная работоспособность,
- повышенная утомляемость.
- **цикличность умственной деятельности.**



Время, в течение которого они могут продуктивно работать на занятии, уроке, не превышает **5-15 минут**, по его истечении они теряют контроль над умственной активностью, **3-7 минут** мозг «отдыхает», накапливая энергию и силы для следующего рабочего цикла. В моменты «отключения» ребёнок занимается посторонними делами, а на слова взрослого (учителя, воспитателя, родителя) не реагирует. Складывается впечатление, что он не слушает, когда ему что-то говорят. Затем умственная активность восстанавливается, и ребенок опять может продуктивно работать какое-то время, после чего мозг снова «отключается».

У детей возникают проблемы с выполнением заданий, организацией и соблюдением инструкций. Они часто делают ошибки из-за невнимательности, в школе теряют свои школьные принадлежности и прочие вещи.

□ Симптомы гиперактивности:

- **повышенная двигательная расторможенность.** Дети кажутся нетерпеливыми, избыточно общительными, суетливыми, не могут долго усидеть на месте. Им трудно следовать инструкциям, придерживаться в поведении общепринятых рамок. В классе они стремятся сорваться с места в неподходящее время.
 - **«мягкая» неврологическая симптоматика:** дискоординация движений по типу статико-локомоторной и динамической атаксии, тики и навязчивые движения.
 - **недостаточная сформированность мелкой моторики и навыков самообслуживания.**
 - **слабая моторная координация,** характеризующаяся неловкими беспорядочными движениями.
 - **постоянная внешняя болтовня при несформированности**
- внутренней речи,** контролирующей социальное поведение.



□ СИМПТОМЫ ИМПУЛЬСИВНОСТИ

Импульсивность — недостаток контроля поведения в ответ на конкретные требования.

Клинически дети с СДВГ характеризуются как

- быстро реагирующие на ситуации, не дожидаясь указаний и инструкций, позволяющих выполнять задание, а также неадекватно оценивающие требования задания;
- очень часто на занятиях дети с СДВГ выкрикивают ответ до того, как учитель (воспитатель) закончит свой вопрос;
- постоянно перебивают, когда говорят другие;
- им трудно дождаться своей очереди;
- они очень небрежны, невнимательны, беспечны и легкомысленны;
- зачастую не могут рассмотреть потенциально негативные, вредные или разрушительные (и даже опасные) последствия, которые могут быть связаны с определёнными ситуациями или их поступками;
- часто они подвергают себя необоснованному, ненужному риску, чтобы показать свою смелость, капризы и причуды, особенно перед сверстниками;
- с детьми с СДВГ нередки несчастные случаи с отравлениями и травмами;
- они не в состоянии отложить получение удовольствия - если они чего-то хотят, то они должны получить это в тот же момент, не поддаваясь не разнообразные уговоры.



Причины СДВГ

Причинами возникновения органических нарушений могут **БЫТЬ:**

- Общее ухудшение экологической ситуации.
- Инфекции матери во время беременности и действия наркотиков, курения в этот период.
- Иммунологическая несовместимость (по резус-факт
- Угрозы выкидыша.
- Хронические заболевания матери.
- Преждевременные, скоротечные или затяжные роды, стимуляция родовой деятельности, отравление наркозом, кесарево сечение.
- Родовые осложнения (неправильное предлежание плода, обвитие его пуповиной) ведут к травмам позвоночника плода, асфиксиям, внутренним мозговым кровоизлияниям.
- Любые заболевания младенцев с высокой температурой и приёмом сильнодействующих лекарств.
- Астма, пневмонии, сердечная недостаточность, диабет, заболевания почек могут выступать как факторы, нарушающие нормальную работу мозга.



коголя,



Генетические факторы

В основе механизма развития СДВГ лежит дефицит определенных химических веществ (дофамина и норадреналина) в некоторых областях головного мозга.

Учёные США, Голландии, Колумбии и Германии выдвинули предположение, что **на 80 % возникновение СДВГ зависит от генетических факторов.**

Из более чем тридцати генов-кандидатов выбрали три — ген переносчика **дофамина** (Это вещество регулирует процессы торможения в ЦНС) , а также два гена дофаминовых рецепторов.

Не исключено, что в ближайшем будущем генетики выделят гены, регулирующие обмен **норэпинефрина**, также участвующего в процессах формирования СДВГ.

Однако генетические предпосылки к развитию СДВГ проявляются во взаимодействии со средой, которая может эти предпосылки усилить или ослабить.

Какие заболевания могут сопровождать СДВГ?

- **Расстройства развития учебных навыков**, которые приводят к тому, что успеваемость у ребенка значительно ниже, чем у сверстников.

По статистике дети с СДВГ в 66 % случаев имеют дисграфию и дислексию, 61% - дискалькулию.

- **Вызывающее оппозиционное расстройство**, которое проявляется умышленным непослушанием, враждебным и даже буйным поведением.

- **Эмоциональные расстройства**, когда ребенок чувствует упадок сил, становится нервным, плаксивым. У беспокойного ребенка может пропадать желание играть с другими детьми. Такой ребенок может быть слишком несамостоятельным.

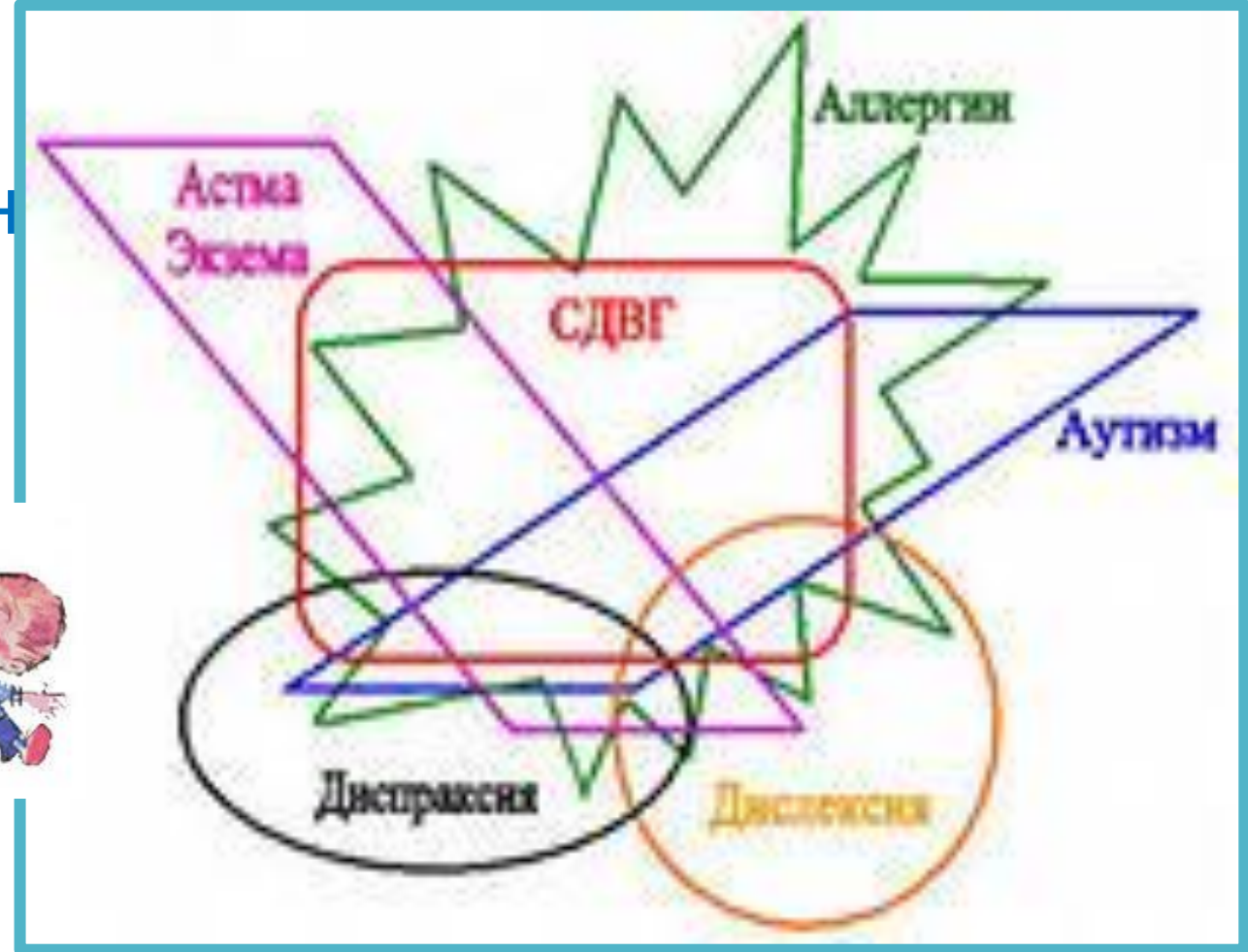
- **Тики** также могут сопутствовать СДВГ. Проявление тиков разнообразно: подергивание мышц лица, длительное сопение или подергивание головой и т. д. Иногда при сильных тиках могут возникать внезапные выкрикивания, что нарушает социальную адаптацию.



Сопутствующие заболевания

Факторы, нарушающие нормальную работу мозга
(Ясюкова Л.А., 2003)

- астма,
- пневмонии,
- сердечная недостаточность,
- диабет,
- заболевания почек



Как лечить СДВГ?



Наиболее оптимальным является комбинированное лечение заключающееся в сочетании лекарственной терапии и психологической коррекции

В настоящий момент есть несколько подходов к методам лечения СДВГ

- Первый подход, распространенный за рубежом - это **корковые стимуляторы** (ноотропы), вещества, улучшающие работу мозга, обмен, энергетику, увеличивающие тонус коры. Также назначаются препараты, состоящие из аминокислот, которые улучшают обмен веществ мозга.
- Второй подход – **нейропсихологический**. Когда с помощью различных упражнений мы возвращаемся на предыдущие этапы онтогенеза и заново пристраиваем те функции, которые сформировались архаично неправильно и уже закрепились. Для этого их нужно, как любой другой неэффективный патологический навык, целенаправленно раскрыть, растормозить, разрушить и создать новый навык, который более соответствует эффективной работе. И это осуществляется на всех трех этажах мыслительной деятельности. Это трудоемкая многомесячная работа. Ребенок вынашивается 9 месяцев. И нейропсихологическая коррекция рассчитана на этот срок. И тогда мозг начинает работать более эффективно, с меньшими энергетическими затратами. Старые архаичные связи, отношения между полушариями нормализуются. Энергетика, управление, активное внимание пристраиваются.
- Третий подход – **синдромальный**. Представим, что зрелый личностно ребенок хочет вести себя в соответствии с нормами, хочет учиться, воспринимать знания. Его родители хорошо воспитали. Он должен сидеть спокойно на уроке. Должен быть внимательным и слушать, контролировать себя. Три трудные задачи одновременно. Ни один взрослый человек три работы, трудные для него, не в состоянии выполнить. Поэтому синдромальная работа заключается в том, что ребенку дается интересная деятельность (произвольная). Но в этой деятельности идет постпроизвольное внимание (когда мы чем-то заинтересовались и вникли, мы уже напрягаемся без дополнительных затрат). Поэтому, когда говорят, что дети с СДВГ в состоянии просидеть за компьютером очень долго, то это совсем другое внимание. Существуют подвижные игры, которые требуют только напряжения внимания. Ребенок движется по условиям игры, он может быть взрывчат, импульсивен. Это может помогать ему выигрывать. Но игра рассчитана на внимание. Тренируется эта функция. Затем тренируется функция сдержанности. При этом он может отвлекаться. Каждая задача решается по мере поступления. Так улучшается каждая функция по отдельности

Психолого-педагогическая коррекция

- **Бихевиоральная или поведенческая психотерапия** акцентируется на тех или иных поведенческих шаблонах, либо формируя, либо гася их с помощью поощрения, наказания, принуждения и вдохновения.
- **Семейная психотерапия, работа с личностью**, которая формирует личность и которая определяет, куда направить такие качества, как расторможенность, агрессивность, повышенная активность.

СДВГ - это заболевание не только ребёнка, но и взрослых, и прежде всего матери, которая наиболее часто с ним контактирует.

Мать гиперактивного ребёнка излишне раздражительна, импульсивна, у неё часто снижено настроение. Частота большой и малой депрессии среди матерей, имеющих гиперактивных детей, встречается в 18 и 20% случаев (по сравнению с 4-6% среди матерей обычных детей). Для снятия депрессивного состояния проводится психотерапевтическое лечение.





Программа психолого-педагогической коррекции включает:

- изменение поведения взрослого и его отношения к ребёнку (демонстрировать спокойное поведение, избегать слов «нет» и «нельзя», взаимоотношения с ребёнком строить на доверии и взаимопонимании);
- изменение психологического микроклимата в семье (взрослые должны меньше ссориться, больше времени уделять ребёнку, проводить досуг всей семьёй);
- организацию режима дня и места для занятий;
- специальную поведенческую программу, предусматривающую преобладание позитивных методов воспитания.

Литература

- Альтхерр П., Берг Л., Вельфль А., Пассолът М. Гиперактивные дети. Коррекция психомоторного развития. — М: Издательский центр «Академия», 2004
- Брызгунов И. П., Касатикова Е. В. Непоседливый ребёнок или все о гиперактивных детях. — М.: Издательство института Психотерапии, 2002
- Брызгунов И. П., Касатикова Е. В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. — М.: Медпрактика-М, 2002
- Заваденко Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. — М.: Издательский центр «Академия», 2005
- Заваденко Н. Н. Как понять ребёнка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. — Школа-Пресс, 2001
- Заваденко Н. Н., Суворинова Н. Ю., Румянцева М. В. Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики. — Дефектология, 2003, № 6
- Монина Г. Б., Лютова-Робертс Е. К., Чутко Л. С. Гиперактивные дети. Психолого-педагогическая коррекция. — СПб.: Речь, 2007
- Мурашова Е. В. Дети-«тюфяки» и дети-«катастрофы». Гиподинамический и гипердинамический синдром. — Екатеринбург: У-Фактория, 2004
- Рассел А. Баркли, Кристина М. Бентон. Ваш непослушный ребёнок. — СПб.: Питер, 2004
- Ратнер А.Ю. Неврология новорождённых: острый период и поздние осложнения. 4-е изд., М., БИНОМ. Лаборатория знаний, 2008
- Чутко Л. С., Пальчик А. Б., Кропотов Ю. Д. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004
- Чутко Л. С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства.- СПб.: Хока, 2007



Литература

1. Бабинцев М.В. Особенности состояния здоровья юношей, перенесших перинатальные поражения ЦНС на этапе подготовки к военной службе // автореф. дисс. канд.мед.наук. - Смоленск, 2006. - 24 с.
2. Громова О.А. Красных Л.М., Лиманова О.А. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью - возможности коррекции // Российский педиатрический журнал.- № 2. -2005. - С. 17-22.
3. Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., Соловьёв О.И. Минимальные мозговые дисфункции у детей // - М.: ЭБЕВЕ. - 1997. - 73.с.
4. Косницкая Е.А. Оценка адаптационных возможностей у детей с использованием современной автоматизированной технологии // автореф. дисс... канд.мед.наук. - М. - 2006. - 18 с.
5. Кучма В.Р., Платонова А.Г. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей России. Распространённость, факторы риска и профилактика // М.: РАРОГЪ, 1997. - 200 с.
6. Ноговицына О.Р. Левитина Е.В. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью распространённость. Диагностика и коррекция у детей // Российский педиатрический журнал. - № 3. - 2005. - С. 18-21.
7. Потапчук А.А. Средства лечебной физкультуры в управлении физическим состоянием дошкольников с нарушениями опорно-двигательного аппарата // автореф. дисс... докт.мед.наук. - Спб., 2005. - 43 с.
8. Суворинова Е.В. Лечение ноотропами детей с минимальными мозговыми дисфункциями // // автореф. дисс... канд.мед.наук. - М.- 2000. - 24 с.
9. Тржесоглава З. Лёгкая дисфункция мозга в детском возрасте. - М.- Медицина. - 1986. - 256 с.

