

**Синдром дефицита внимания с гиперактивностью
у детей дошкольного возраста**

Автор: Григорян Л.Ю.

Вопрос изучения гиперактивности у детей волновал специалистов еще в середине 19 века. Сообщения о большом числе детей ведущих себя странно, стали появляться после эпидемии энцефалита (инфекционного заболевания, поражающего головной мозг) в первой половине 20 века, что заставило более пристально изучить связь поведения ребенка в среде с функциями его мозга. С того времени гиперактивность у детей начали прочно связывать с повреждениями мозга. В середине 20 века большее распространение получил термин «гипердинамический синдром», происхождение которого связывают с отдельными последствиями ранних органических поражений головного мозга.

В течение нескольких десятилетий и в нашей стране, и за рубежом проводились биохимические исследования работы мозга таких детей, в результате которых было выявлено снижение метаболической активности в лобной и средней долях мозга (т.е. изменение биохимической активности мозговых структур), а именно в тех областях, которые ответственны за контроль поведения. В 1971 г. появляется термин «минимальные мозговые дисфункции», к этой категории относятся дети с проблемами в обучении или поведении, расстройствами внимания, имеющих нормальный уровень интеллекта и легкие неврологические нарушения. **В 1980 г.** в американской классификации появились термины «синдром дефицита внимания» (ADD) и его разновидность «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (ADD + H). **В 1987 г.** начал использоваться термин «синдром нарушения внимания с гиперактивностью» в своем нынешнем виде (ADHD). В 10-м пересмотре Международной классификации болезней (МКБ -10) данное заболевание рассматривается в рубрике F.90 (гиперкинетические расстройства) как «нарушение активности и внимания».

Распространенность заболевания в 1999г. составляет – 7,6% детей, то в 2001, 2002гг. – 18%. СДВГ в 3-4 раза чаще встречается у лиц мужского пола. Относительное преобладание СДВГ среди мальчиков объясняют рядом причин: влияние генетических факторов; более высокой уязвимостью плодов муж.пола по отношению к различным воздействиям; большей степенью специализации больших полушарий мозга мальчиков, что обуславливает меньший резерв компенсаторных возможностей функций при поражении системы мозга, обеспечивающих высшую нервную деятельность, а также по причине агрессивного поведения.

Причины заболевания. В происхождении СДВГ играют роль генетические механизмы, органические повреждения головного мозга и психосоциальные факторы, возможно влияние нескольких факторов друг на друга. Значительную роль в происхождении СДВГ играют неблагоприятные факторы в течение беременности и родов: пожилые первородящие матери, недоедание беременной и ребенка в раннем детстве, дети родившиеся с низкой массой тела, недоношенные и перенесшие дети. Нарушения течения беременности и родов: внутриутробная гипоксия (недостаток снабжения кислородом), плода (к которой особенно чувствителен развивающийся мозг), гипоксически – ишемическая энцефалопатия новорожденных, токсикозы, угроза прерывания беременности, гидроцефалия, а также внутриутробная гипотрофия. В группу риска входит большой процент матерей, употребляющих алкоголь во время беременности. Еще один фактор это наличие материнской тревожности на сроке 12-22 недель происходит прямое повреждающее воздействие гормонов стресса на мозг плода.

У детей с СДВГ отмечается уменьшение объема головного мозга примерно на 5 % и меньшие размеры передних отделов правой лобной доли.

Среди психологических и социальных факторов. Влияющих на возникновение СДВГ выделяют следующие: неподготовленность родителей к семейной жизни, напряженные и частые конфликты в семье, предубежденность и нетерпимость в отношении к детям, а также низкий материальный уровень, стесненные условия проживания, алкоголизм в семье, использование физических методов наказания.

Признаки заболевания. Клинические проявления заболевания определяются тремя основными симптомокомплексами: невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью.

- невнимательность – чаще имеют в виду повышенную отвлекаемость и снижение концентрации внимания у таких детей. Внимание является фактором, обеспечивающим избирательность и направленность психических процессов. Поддерживаемое (непрерывное) внимание – способность поддерживать сосредоточенность в течение длительного времени (невозможность длительного выполнения неинтересного задания). Избирательное внимание проявляется в способности сосредотачиваться на необходимых стимулах и не отвлекаться на помехи (повышенная отвлекаемость на посторонние стимулы).

- гиперактивность – обычно понимают повышенную двигательную (моторную) активность, которая носит бесцельный характер, может приводить к травмам.

- импульсивность – понимают невозможность контроля над своими импульсами. Выделяют когнитивную импульсивность (отражающую поспешное мышление) и поведенческую импульсивность (отражающую трудности при подавлении реакций). Импульсивность часто сочетается с агрессивным и оппозиционным поведением.

Считается, что нижней границей для выявления СДВГ – возраст 3-4 года. Однако первые проявления можно диагностировать уже на 1 году жизни, эти дети характеризуются громким плачем, нарушениями сна, двигательным беспокойством. В дошкольном возрасте (5 лет) основное проявление заболевания выражается: в отсутствие целенаправленности в поведении, дети бесцельно слоняются по группе, без умолку болтают, мешают занятиям других детей, в тяжелых случаях избыточная двигательная активность принимает характер расторможенности, встречается минимальная статико-моторная недостаточность, диспраксия (неуклюжесть), специфическое расстройство развития речи. Кризис школьной адаптации (7 лет) заключается: чрезвычайная подвижность, беспокойность, не могут сидеть на месте во время урока или выполнения д/з. Навыки чтения и письма ниже, чем у сверстников, наблюдаются первые признаки расстройства социального поведения, может формироваться оппозиционно – вызывающее поведение, которое сопровождается агрессивностью и лживостью. Все это объясняется неспособностью ЦНС гиперактивного ребенка справляться с новыми требованиями, предъявляемые ему в условиях увеличения физических и психических нагрузок.

В 50-80% случаев клинические проявления СДВГ переходят в подростковый возраст и отмечается второй всплеск симптомов заболевания в 14 летнем возрасте, в период полового созревания. Повышенная двиг.активность может сменяться ощущением беспокойства, в этом возрасте на первое место выходит импульсивность, иногда сочетающаяся с агрессивностью, характерна неуравновешенность, вспыльчивость, заниженная самооценка, наличие тревожно-депрессивных расстройств, подростки продолжают страдать невнимательностью, происходит нарастание семейных и школьных

трудностей, входят в группу риска по развитию алкоголизма и наркомании в 4 раза чаще попадают под арест, у девочек чаще встречается незапланированная беременность.

В 30-70% случаев симптомы СДВГ переходят и во взрослый возраст. Взрослые пациенты характеризуются повышенным числом несчастных случаев, перемен мест работы, разводов. Им свойственны поведенческие, депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства (вегето-сосудистая дистония), вероятность криминального поведения, они характеризуются менее выдающимися академическими достижениями и более низким уровнем образования, более низкие профессиональные должности, чаще становятся виновниками автокатастроф. Трудности возникают у взрослых с СДВГ и на работе, и в личной жизни, им характерно снижение способности к планированию времени, слабой организацией труда, очень частые перемены мест работы, увольнения, половая жизнь отличается большим числом партнеров при меньшей продолжительности отношений.

У лиц имеющих признаки СДВГ наблюдается наличие сопутствующих расстройств, одним из наиболее частых расстройств являются тики, около 50 % детей, они могут быть двигательными (моторными) и голосовыми (вокальными). Также выделяют простые (затрагивают только одну мышечную группу) и сложные (напоминают целенаправленное движение) тики. Другими симптомами, которые часто встречаются при СДВГ, являются головные боли напряжения, расстройство поведения (агрессивные и антисоциальные поступки), отмечаются генерализованные тревожные расстройства и тревожно – фобические расстройства (школьные фобии, фобии д/с), страхи, нарушения обучаемости (чтения и письма), наличие энуреза, сногворение, беспокойством во сне, наличие речевых нарушений (дизлалия, дизартрия), заикание.

Лечение СДВГ. Общепринятым является положение, согласно которому лечение СДВГ должно быть комплексным, т.е. включать как медикаментозную терапию, так и психотерапевтические методы.

- первый уровень – метаболический – предполагает медикаментозное воздействие;

- второй уровень – нейропсихологический – включает нейропсихологическую диагностику и комплексную психомоторную коррекцию мозговой организации деятельности ребенка;

- третий уровень – синдромальный – включает комплекс развивающих игр, позволяющих изолированно воздействовать на отдельные элементы синдрома;

- четвертый уровень – поведенческий – предполагает разные формы и виды психотерапии для формирования и отработки желаемых моделей поведения;

- пятый уровень – личностный – подразумевает использование различных видов индивидуальной и групповой психотерапии, направленной на разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост, эффективное взаимодействие со взрослыми и сверстниками.

Лечение лучше начинать в дошкольном или младшем школьном возрасте, если работа не проведена своевременно, у ребенка смогут сформироваться жесткие стереотипы поведения, которые зачастую усугубляются непоследовательным воспитанием и требованиями в образовательном учреждении. В коррекционной работе с детьми с СДВГ должны учитываться их возрастные особенности, а также индивидуальные.

Однако какие бы направления и методы ни были выбраны психологом, коррекционная работа окажется наиболее эффективной при условии реализации мультимодального подхода. В этом случае объединяются усилия специалистов,

работающих с ребенком, и родителей, разрабатывается индивидуальная программа помощи ребенку.

Цель этой работы – оказание помощи в адаптации к существующим условиям жизни с учетом симптоматики данного заболевания. Создание комфортной психологической атмосферы, в которой ребенок ощущает себя в безопасности, успешно реализует свой потенциал.

Литература:

1. Мони́на Г.Б., Лютова – Робертс Е.К., Чутко Л.С. Гиперактивные дети: психолого – педагогическая помощь. Монография. Спб.: Речь, 2007. – 186 с.
2. Политика О.И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. – Спб.: Речь, 2006. – 208 с.
3. Арцишевская И.Л. Работа психолога с гиперактивными детьми в детском саду. Изд. 2-е, доп. – М.: Книголюб, 2005. – 64 с.(Психологическая служба.)
4. Безруких М.М. Ребенок – непоседа. – 2-е изд., дораб. – М.: Вентана – Граф, 2004. – 64 с.: ил. – (Готовимся к школе)