

Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей.

Ключевые слова: минимальная мозговая дисфункция, синдром дефицита внимания и гиперактивности, гиперактивность, нарушение внимания, импульсивность.

Активность всегда была и остается признаком здорового ребенка, который полон сил и энергии. Однако чрезмерная подвижность должна насторожить родителей и воспитателей. Необходимо отличать навязчивую перевозбудимость, когда ребенок целый день напролет, независимо от ситуации и обстановки, бегают, прыгает и бесцельно двигается. Причем ни уговоры, ни наказания на него не действуют. Он искренне хочет сдержаться, но не может. В его поведении нет злого умысла – он собой действительно не владеет. Наоборот, это им владеют противоречивые желания, неосознанные влечения, тревога, страх, агрессия. Конечно, каждый ребенок может на время стать неуправляемым, но для гиперактивного это не редкие эпизоды, а привычное состояние.

Проблема воспитания и обучения детей с повышенной двигательной активностью волнует педагогов, психологов, психиатров, родителей. В последние годы достигнуты большие успехи в изучении одной из самых актуальных проблем детской психологии – синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей. Актуальность проблемы определяется высокой частотой данного синдрома в детской популяции и его большой социальной значимостью.

С проявлением гиперактивного поведения у детей взрослые могут столкнуться уже с первых дней жизни. Младенцы имеют повышенный мышечный тонус, чрезмерно чувствительны к раздражителям (свету, шуму), плохо спят, плохо едят, много плачут, и их трудно успокоить. В 3-4 года отчетливой становится неспособность ребенка сосредоточенно чем-либо заниматься: он не может спокойно слушать сказку, не способен играть в игры, требующие концентрации внимания, его деятельность носит преимущественно хаотический характер. Ребенок не может сидеть на стуле, ерзает, шумит. Современные исследования говорят о том, что синдром гиперактивности может возникнуть в процессе развития очень рано. [9]

В основе гиперактивности лежит минимальная мозговая дисфункция (ММД). Минимальные мозговые дисфункции – наиболее легкие формы патологии, возникающие вследствие самых разнообразных причин, но имеющие однотипную, стертую неврологическую симптоматику и проявляющиеся в виде функциональных нарушений, обратимых и нормализуемых по мере роста и созревания мозга, не приводящих к выраженным нарушениям моторики и интеллекта, но вызывающие четкие неврологические и психопатологические нарушения. [10]

К психопатологическим нарушениям относятся – нарушение внимания, гиперактивность, эмоциональную лабильность, повышенную утомляемость, нарушение восприятия и образования понятий. В связи с тем, что нарушение внимания с гиперактивностью встречаются при минимальной мозговой

дисфункции (ММД) в 80-93 %, они были выделены в отдельный синдром – синдром дефицита внимания и гиперактивности, заменяющий в настоящее время понятие минимальная мозговая дисфункция (ММД).[8]

Синдром дефицита внимания и гиперактивности – это комплексное, хроническое расстройство мозговых функций, поведения и развития, поведенческие и когнитивные последствия которого проявляются в разнообразных областях функционирования. Первичный компонент расстройства – неспособность мозга к саморегуляции на постоянной основе и в разнообразных повседневных условиях и обстоятельствах. [10]

Проявления СДВГ могут быть распределены по 4 основным группам симптомов: нарушение внимания, признаки импульсивности / гиперактивности, симптомы статиколокомоторной недостаточности, социальная дезадаптация.[5]

Большинство исследователей отмечают три основных блока СДВГ:

1. Гиперактивность – проявляется избыточной двигательной активностью, беспокойством и суетливостью, многочисленными посторонними движениями, которых ребенок часто не замечает.

Любой психологический процесс может быть полноценно развит только при условии сформированности внимания. Поэтому второй блок СДВГ:

2. Нарушение внимания, которое проявляется в трудностях его удержания, в снижении избирательной и выраженной отвлекаемости с частыми переключениями с одного занятия на другое.

3. Импульсивность – выражается в том, что ребенок часто действует не подумав, перебивает других, может без разрешения встать и выйти из комнаты, класса, группы.

К подростковому возрасту, повышенная двигательная активность в большинстве случаев исчезает, а импульсивность и дефицит внимания сохраняются. [7]

Существует много теорий относительно того, что вызывает у ребенка синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Однако на современном этапе исследования СДВГ считаются доминирующими три причины в развитии синдрома: биологические, генетические, социальные.

Во всем мире основными причинами синдрома дефицита внимания и гиперактивности признаны биологические факторы – это неврологическая патология и наследственная предрасположенность. [7]

По одной из теорий считается, что СДВГ связан с органическими поражениями мозга, которые могут возникнуть во время беременности и родов, а также в первые дни жизни ребенка. Большую опасность в данном случае вызывает внутриутробная гипоксия (кислородное голодание плода), к которой наиболее чувствителен развивающийся мозг. Вот почему очень важно, чтобы беременность протекала нормально, без патологий. Такие факторы как хронические заболевания у матери, алкоголь, курение, травмы внутри живота, угрозы выкидыша, стрессы матери и др. увеличивают риск развития СДВГ. [1]

Осложнения при родах значительно сказываются на дальнейшем развитии ребенка. Возраст девять месяцев для плода – критическое время формирования коры головного мозга. Если роды протекают тяжело, мозгу не хватает

кислорода, возникают повреждения, сразу не диагностируемые, но в процессе роста и развития ребенка они проявляются. Вот почему эти нарушения получили название минимальные мозговые дисфункции.

В группе риска находятся также недоношенные дети. Любые заболевания в младенчестве, сопровождающиеся высокой температурой и приемом сильнодействующих лекарств, действующих на созревание мозга, который развивается до 12 лет. [2]

Причиной СДВГ может быть врожденная неполноценность функциональных систем мозга регулирующая психомоторную и вегетативную деятельность организма.

По данным некоторых специалистов, у 57 % родителей, чьи дети страдают этим заболеванием, в детстве отмечались такие же симптомы. Многие на приеме у врача рассказывают про свое трудное детство. Достоверно известно, что у детей с СДВГ есть хотя бы один родственник с такими же симптомами.

Довольно часто в таких семьях, кроме симптомов с СДВГ, наблюдаются и другие проблемы: употребление алкоголя, наличие асоциальных психопатий, многие матери имеют серьезные аллергические заболевания, такие как астма, сенная лихорадка, экзема или же страдают мигренью. В связи с этим была выдвинута гипотеза, о существовании семейных форм СДВГ. [7]

Исследования в области молекулярной генетики выявили наличие изменений генетического характера, локализованных в 11-й и 15-й хромосомах. Большое значение придается гену дофаминового рецептора и гена, отвечающего за транспорт дофамина. Поиск какого-то конкретного гена, вызывающий расстройство поведения и внимания пока не увенчался успехом. [1]

Развитие ребенка во многом определяется характером его ближайшего окружения. Большое влияние оказывает психологический микроклимат в семье. Ссоры, конфликты, алкогольное поведение родителей сами по себе не вызывают СДВГ, но отражаются на психике ребенка. У этих детей могут появляться признаки эмоциональной депривации – эмоционального голода, вследствие недостатка материнской ласки и нормального человеческого общения. Любовь к матери играет главную роль в эмоциональном развитии. Дети постоянно испытывают дефицит эмоционального и физического контакта с мамой.

Такие дети всю жизнь чувствуют свою обделенность в эмоциональном контакте, в таком случае они не смогут по-настоящему любить своих собственных детей и научить их любви. Таким образом, психологический микроклимат в семье, особенность личности родителей и система воспитания создают условия, в которых психические отклонения либо нормализуются, либо трансформируются в более тяжелые нарушения. [3]

Не последнюю роль играют и бытовые условия проживания и материальная обеспеченность семьи. Также существует достоверная связь между детским питанием и нарушением поведения. Многие пищевые красители действительно делают детей неуправляемыми и гиперактивными. Современные продукты

питания негативно влияют не только на здоровье, но и на психику подрастающего поколения. [2]

При исследовании причин называются различные версии, но все исследователи сходятся во мнении, что у каждого ребенка свои причины гиперактивности. Важнейший фактор развития гиперактивности – недостаток человеческого тепла, любви, нормального общения. Во многих семьях настоящего контакта с гиперактивным ребенком нет, как нет и четких, понятных ребенку требований. Наиболее тяжелыми для растущего организма детей с СДВГ являются неблагоприятные микросоциальные условия воспитания – конфликтные ситуации в семье, безнадзорность или, наоборот, излишняя опека.

Довольно часто гиперактивные дети сообразительны и быстро «схватывают» информацию, обладают неординарными способностями. Среди детей с СДВГ встречаются действительно талантливые дети, но и случаи задержек психического развития у данной категории детей не являются редкостью. Самое существенное состоит в том, что интеллект детей сохраняется, но черты, характеризующие СДВГ – беспокойство, неусидчивость, множество лишних движений, недостаточная целенаправленность, импульсивность поступков и повышенная возбудимость, часто сочетаются с трудностями в приобретении учебных навыков (чтение, счет, письмо). [5]

Ребенок любопытен, но не любознателен. Он на все смотрит, все слушает, трогает, изучает, но беспорядочные сенсорные и моторные акты не складываются в необходимый опыт. Его знания, рассуждения, умозаключения поверхностны, поскольку основополагающее детское «Почему?» удовлетворяется первыми словами без попыток постижения сути. В результате ориентация сводится к поверхностным представлениям о предметах и явлениях, к упрощенному пониманию социальных и межличностных отношений. [11]

Основным симптомом, согласно новому названию, является признак «нарушения внимания»: ребенок не может сконцентрироваться более или менее продолжительное время на каком-либо занятии, его внимание перескакивает с одного предмета на другой. Такие дети часто бросают занятие, не закончив его.

Следует отметить, что нарушение внимания встречается в 100 % случаев при данном заболевании, а двигательная расторможенность довольно часто, но не всегда. Когда говорят «дефицит внимания», то под этим понимают неспособность сконцентрировать внимание в течение короткого промежутка времени. Специалисты отмечают у гиперактивных детей так же нарушения памяти, сниженную умственную работоспособность, повышенную утомляемость.

Характерной чертой умственной деятельности гиперактивных детей является цикличность. Дети могут продуктивно работать 5-15 минут, затем 3-7 минут мозг отдыхает, накапливая энергию для следующего цикла. В этот момент ребенок отвлекается и не реагирует на педагога, затем умственная деятельность восстанавливается, и ребенок готов к работе в течении 5-15 минут. Дети с СДВГ имеют «мерцающее сознание», могут «впадать» и

«выпадать» из него особенно при отсутствии двигательной стимуляции. Им необходимо двигаться, крутиться и постоянно вертеть головой, чтобы оставаться в сознании.[2]

Особенно частыми у детей с СДВГ бывают такие речевые нарушения, как задержка речи, недостаточность моторной функции артикуляционного аппарата, излишне замедленная речь, или наоборот взрывчатость. Отмечаются и другие нарушения, например заикание.

Основные проявления гиперактивности наблюдаются в разных формах двигательной расторможенности, которая бесцельна, ничем не мотивирована, бесситуативна и обычно не управляема ни взрослыми, ни сверстниками. Такая двигательная активность, является одним из множества симптомов, сопровождающих нарушение развития ребенка.

Гиперактивные дети постоянно находятся в движении независимо от того, чем занимаются, однако результативность подобной активности не высока, а многое начатое просто не доводится до конца. Деятельность гиперактивных детей нецеленаправленна, мало мотивированна и не зависит от ситуации – они подвижны всегда, и к концу дня вследствие общего утомления «сверхаktivность» выражается в истериках, беспричинных приступах раздражительности, плаксивости.[2]

Одной из характерных особенностей детей с СДВГ является нарушение социальной адаптации. Для них типичен более низкий уровень социальной зрелости, чем обычно бывает в их возрасте. Аффективная напряженность, значительная амплитуда эмоционального переживания, трудности возникающие в общении со взрослыми и сверстниками приводят к тому, что у ребенка легко формируется и фиксируется негативная самооценка, враждебность к окружающему. Гиперактивные дети быстро реагируют на запрет или резкое замечание, отвечают резкостью, непослушанием. Их наказывают чаще, чем других, но как правило, наказания и уговоры не действуют. Даже если у ребенка хорошие намерения, его безудержные действия вызывают больше порицание, чем одобрение, так как они не всегда соответствуют желаниям других людей. Он невнимателен к другим людям по своей природе. [5]

Добиться того, чтобы гиперактивный ребенок стал послушным и покладистым, еще не удавалось никому, а научиться жить в мире и сотрудничать с ним - вполне посильная задача. Оказание помощи детям с СДВГ должно быть своевременным и объединять различные подходы. Выбор методов коррекции СДВГ должен носить индивидуальный характер с учетом степени выраженности основных проявлений СДВГ и наличия сопутствующих ему нарушений. При этом коррекция проявлений СДВГ, как и диагностика этого синдрома, всегда должны носить комплексный характер и объединять различные подходы, в том числе работу с родителями и методы модификации поведения (т.е. специальные воспитательные приемы), работу с педагогами, методы психолого-педагогической коррекции, психотерапии, а также медикаментозное лечение.

Применение современных методов помогает детям с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью достичь значительных результатов, постепенно преодолеть трудности в обучении, поведении и общении, но необходимыми условиями для этого являются своевременность, последовательность и достаточная продолжительность оказываемой помощи.[5]

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод о том, что синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) – это важнейшая психологическая проблема цивилизованного мира, так как является одним из наиболее распространенных психических расстройств у детей. При несвоевременной и неадекватной помощи СДВГ может приводить к серьезным вторичным осложнениям: школьной дезадаптации, нарушениям психологического развития, значительным поведенческим и социальным проблемам — как в детстве, так и в зрелом возрасте.

Важнейшим фактором развития гиперактивности является недостаток человеческого тепла, любви, нормального общения, настоящего контакта и четких, понятных ребенку требований. Оказание помощи детям с СДВГ должно быть своевременным и объединять различные подходы, в том числе методы модификации поведения (специальные воспитательные приемы для родителей и педагогов), методы психолого-педагогической коррекции, психотерапии, а также медикаментозное лечение. Применение современных методов помогает детям с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью достичь значительных результатов, и иметь счастливое, полноценное будущее.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адалин. Коррекция гиперактивности у детей. Причины гиперактивности у детей. Г. В. Болотовский. Л.С. Чутко, Ю.Д. Кропотов . Портрет гиперактивного ребенка в деталях. Е.В. Мурашова. URL:[http:// adalin.mospsy.ru](http://adalin.mospsy.ru). (дата обращения: 15.02.2013).
2. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В., Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. Пед. практика: – М.: ПЕР СЭ, 2002 –. 208с.
3. Веракса Н.Е., Веракса А.Н. Развитие ребенка в дошкольном детстве. Пособие для педагогов дошкольных учреждений. – М.: Мозайка-Синтез, 2008. – С.49-70
4. Габдракипова В.И. Эйдемиллер Э.Г. Психологическая коррекция детей с синдромом дефицита внимания и гиперпктивностью. – М.: Перспектива, 2009. Габдракипова В.И. Эйдемиллер Э.Г. Психологическая коррекция детей с синдромом дефицита внимания и гиперпктивностью. – М.: Перспектива, 2009. – 44с.
5. Горячева Л.А., Кругляк Л.Г. Дети – катастрофы: Как помочь гиперактивному ребенку. – СПб.: 2008. – 192с.
6. Медицинская энциклопедия. Психология. Гиперактивный ребенок. А. Талдыкина. URL:[http:// medportal. ru/ enc/ psychology](http://medportal.ru/enc/psychology). (дата обращения: 20.02.2013).

7. Сиротюк А.Л., Сиротюк А.С. Закономерности психического развития детей.: Учебное пособие – Тверь: Тверской гос. ун-т, 2009. – 36с.
8. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. – М.: Сфера, 2005. – 128с.
9. Рассел Л. Барклин, Кристина М. Бентон. Ваш непослушный ребенок, – СПб.: Питер, 2004. – 218с.
10. Фесенко Е.В., Фесенко Ю.А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. – СПб.: Наука и техника, 2010. – 384с.
11. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. – Самара, 2007. – 52с.