Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина

Факультет коррекционной педагогики и специальной психологии

#### Контрольная работа

**по курсу: "Невропатология"**

**Тема: Минимальная мозговая дисфункция**

Выполнила:

студентка II курса

заочного отделения

Евстафьева Анастасия Владимировна

Санкт-Петербург

2005 год

ГЛАВА 1. История изучения заболевания

ГЛАВА 2. Возникновение и клинические признаки

1. Начало заболевания

2. Клинические признаки заболевания

ГЛАВА 3. Распространённость, динамика и прогноз СДВГ

1. Распространённость заболевания

2. Мальчики и девочки

3. Возрастная динамика

4. Прогноз заболевания

ГЛАВА 4. Диагностика заболевания

1. Диагностические критерии. Диагностические критерии СДВГ по DSM-IV

2. Медицинское обследование

3. Психологическое обследование

ГЛАВА 5. Причины и механизмы заболевания

1. О возможных причинах минимальной мозговой дисфункции

2. Механизмы развития заболевания

Используемая литература

Приложение 1

Приложение 2

Приложение 3

Приложение 4

# ГЛАВА 1. История изучения заболевания

История имеет недлинный, но насыщенный фактами период, составляющий около 150 лет. Впервые описал чрезвычайно подвижного ребёнка, который ни секунды не мог спокойно усидеть, немецкий врач-психоневролог Генрих Хоффман.

Несмотря на то, что изучением невротических отклонений поведения и учебных трудностей занимались многие учёные, долгое время не существовало научного определения таких состояний. Были периоды спада и повышенного интереса к этой проблеме. В 1947 году педиатры попытались дать чёткое клиническое обоснование так называемым гиперподвижным детям, у которых часто возникали проблемы с учёбой. Однако вопрос о терминологии этого состояния остался нерешённым.

До настоящего времени не было единой точки зрения в отношении названия этого заболевания. Порой авторы вкладывали в один и тот же термин самое различное содержание.

Немного существует заболеваний, имеющих столь многочисленные термины. Назовем лишь некоторые из них: "лёгкая дисфункция мозга, "гиперкинетический хронический мозговой синдром", "лёгкая детская энцефалопатия", "лёгкое повреждение мозга", "гиперкинез", "гиперактивность", "гиперкинетические импульсивные нарушения", "минимальная мозговая дисфункция" и многие другие.

Термин "лёгкая дисфункция мозга" появился в периодической медицинской печати в 1963 году после совещания международных экспертов-неврологов, проводившегося в Оксфорде.

По крайней мере, 100 клинических проявлений входило в понятие "лёгкая дисфункция мозга", включая дисграфию (нарушение письма), дизартрию (нарушения артикуляции речи), дискалькулию (нарушение счета), гиперактивность, недостаточную концентрацию внимания, агрессивность, неуклюжесть, инфантильное поведение и другие.

Термин "лёгкая дисфункция мозга" нелегко вводился в медицинскую среду. Были направлены анкеты 10 зарубежным педиатрам с вопросом: "Что Вы понимаете под термином "лёгкая дисфункция мозга"?" Ответы были самыми разными. Подразумевалась и умственная отсталость, и нарушение координации, и другие отклонения вплоть до начальной стадии олигофрении.

В 1966 году С. Д. Клементс дал следующее определение этого заболевания у детей: "заболевание со средним или близким к среднему интеллектуальным уровнем, с нарушением поведения от лёгкой до выраженной степени в сочетании с минимальными отклонениями в центральной нервной системе, которые могут характеризоваться различными сочетаниями нарушений речи, памяти, контроля внимания, двигательных функций". По его мнению, индивидуальные различия у детей могут быть результатом генетических отклонений, биохимических нарушений, инсультов в перинатальном периоде, заболеваний или травм в периоды критического развития центральной нервной системы или других органических причин неизвестного происхождения.

Значительно позднее начали изучать эту проблему отечественные врачи. Наш известный педиатр Ю. Ф. Домбровская в выступлении на симпозиуме, посвящённом роли психогенного фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней, который состоялся в 1972 году, выделила группу "трудновоспитуемых" детей, которые доставляют больше всего проблем родителям и педагогам.

После множества изменений в терминологии заболевания специалисты, наконец, остановились на названии, несколько сложном для понимания читателя, но более точно отражающем его сущность: синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Именно под этим названием данная паталогия вошла в американскую классификацию заболеваний.

Строгие критерии позволяют стандартизировать методику диагностирования детей с риском такого заболевания и дают возможность сравнивать данные, полученные исследователями в разных странах.

Как считают американские педиатры, смена названия заболевания позволяет избежать нежелательных последствий у родителей. Раньше после постановки диагноза "лёгкая дисфункция мозга" родители обычно очень переживали и необоснованно считали, что у ребёнка имеется повреждение мозга. У родителей появлялось беспокойство, страх, а у некоторых даже возникало депрессивное состояние. Так что приходилось лечить не только ребёнка, но и родителей.

В последние годы этому заболеванию начинают уделять всё больше внимания во всех странах, в том числе и у нас. Об этом свидетельствует растущее число публикаций по данной теме. Если в 1957-1960 годах их было 31, то в 1960-1975 годах – 2000, а в 1977-1980 годах – 7000. В настоящее время ежегодно по этой проблеме публикуется 2000 и более статей и книг.

# ГЛАВА 2. Возникновение и клинические признаки

### **1. Начало заболевания**

Возникновение симптомов заболевания относят к началу посещения детского сада (3 года), а первое ухудшение – к началу обучения в школе. Подобная закономерность объясняется неспособностью центральной нервной системы ребёнка, страдающего этим заболеванием, справляться с новыми требованиями, предъявляемыми ему в условиях увеличения психических и физических нагрузок. Максимальная выраженность проявлений синдрома совпадает с критическими периодами становления центральной нервной системы у детей. 3 года – начало активного развития внимания, памяти и речи. Форсированное повышение нагрузок в этом возрасте может привести не только к нарушениям поведения в виде упрямства и непослушания, но и к отставанию в нервно-психическом развитии. Возраст 6-7 лет – критический период не только для становления письменной речи, но также произвольного внимания, памяти, целенаправленного поведения и других функций высшей нервной деятельности.

Поэтому если в дошкольном возрасте среди детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью преобладают гипервозбудимость, двигательная расторможенность, моторная неловкость, рассеянность, повышенная утомляемость, инфантилизм, импульсивность, то у школьников на первый план выступают трудности обучения и отклонения в поведении. В подростковом возрасте симптомы заболевания могут стать причиной развития асоциального поведения: правонарушений, алкоголизма, наркомании. Неадекватность поведения, социальная дезадаптация, различные личностные расстройства могут стать причиной неудач и во взрослой жизни. В связи с этим усилия специалистов должны быть направлены на своевременное выявление и коррекцию этого заболевания. Ранняя терапия в детском возрасте позволит не только преодолеть отставание в нервно-психическом развитии ребёнка, но будет способствовать формированию нормального поведения во взрослом возрасте.

### **2. Клинические признаки заболевания**

Каждый взрослый, мы уверены в этом, неоднократно встречался в своей жизни с ребёнком, отличавшимся высокой двигательной подвижностью. Обычно их называют "живчиками", "шустриками", "моторчиками". Они обладают чрезвычайно высоким уровнем энергии. Это дети чаще всего школьного возраста, но могут быть и дошкольного и даже грудного.

Основным симптомом является признак "нарушения внимания": ребёнок 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, так и не достигнув результата.

Следует отметить, что нарушение внимания при данном заболевании встречается в 100% случаев, а двигательная расторможенность – довольно часто, но не всегда.

Когда говорят "дефицит внимания", то под этим понимают неспособность сконцентрировать внимание в течение короткого периода времени.

Ребёнок не только не способен завершить выполнение поставленной задачи, но и небрежен в её выполнении, в частности касается школьных заданий. На уроке он не может работать вместе со всем классом, ему трудно вспомнить инструкцию учителя. Такое поведение обычно менее заметно в ситуации "один на один" или в условиях обычного окружения.

Так как внимание является одной из важнейших психических функций, обеспечивающих успешность обучения, то в конце первого полугодия гиперактивные дети уже заметно отстают в учёбе от других детей. Их повышенная активность, неспособность сосредоточиться на чём-либо, а также нарушения восприятия, недостаточность речевого развития создают основу для возникновения учебных трудностей. Хотя психологи отмечают у них средний или даже выше среднего коэффициент интеллекта.

Специалисты отмечают у таких детей нарушения памяти, сниженную умственную работоспособность, повышенную утомляемость. Эти отклонения проявляются, прежде всего, на занятиях в школе. Ребёнок на уроке часто отвлекается, не способен до конца выполнить задание, делает много ошибок, но не из-за непонимания, а из-за невнимательности. Рассеянность увеличивается по мере увеличения продолжительности выполнения задания, что свидетельствует о повышенной утомляемости нервной системы. Продуктивность работы таких детей в классе очень низкая. Основные характеристики внимания: концентрация, переключение, устойчивость, распределение, объём – у них ниже нормы. Объём оперативной памяти и мышления снижен, ребёнок может удерживать в уме и оперировать ограниченным количеством информации, большая часть которой вскоре забывается. Долговременная память слабая, так как временные связи образуются с трудом. Характерная черта умственной деятельности детей с синдромом – цикличность. Время, в течение которого они могут продуктивно работать, не превышает 5-15 минут, по истечении которых они теряют контроль над умственной активностью. Какое-то время (3-7 минут) мозг "отдыхает", накапливая энергию и силы для следующего рабочего цикла. В моменты "отключения" ребёнок занимается посторонними делами, а на слова учителя не реагирует. Затем умственная активность восстанавливается, и ребёнок опять может работать 5-15 минут, после чего мозг снова "отключается" и произвольное управление интеллектуальной деятельностью оказывается невозможным.

Такие особенности умственной деятельности в сочетании с нарушениями восприятия, речевого развития, координации рук способствуют у детей с синдромом трудностей в освоении чтения, письма, счёта. Это отнюдь не связано с дефектом интеллекта. Имея неплохие интеллектуальные способности, гиперактивные дети отличаются сниженным интересом к интеллектуальным занятиям, художественно-изобразительному искусству. Определённые отклонения в мотивационной сфере, что проявляется частыми отказами что-либо сделать, приводят у них к отсутствию интереса к систематическим, требующим внимания занятиям, а значит – к учебной деятельности.

При существенной организации учебного процесса в школах нагрузки, посильные для здоровых школьников, оказываются чрезмерными для детей с подобными отклонениями.

Проблемы с вниманием в 8 из 10 случаев сопровождаются повышенной двигательной активностью. Специалистами этот синдром определяется как повышенная реактивность или двигательная расторможенность, т.е. активность, понимаемая как самостоятельно направляемая деятельность, у этих детей развита слабо.

Именно высокая реактивность ребенка, прежде всего, отмечается родителями и учителями при характеристике его поведения. Как правило, чаще всего гиперактивность свойственна мальчикам. Сказать, что они просто непоседливы, – значит, не сказать ничего. Они подвижны, как ртуть. На месте такому ребёнку не сидится, он постоянно крутится и вертится. Кажется, он успевает всё: и поболтать с соседом, и дёрнуть за косички соседних девчонок, показать свои игрушки всему классу и постоять у доски…

Гиперактивные дети постоянно находятся в движении, независимо от того, чем занимаются, – математикой или физкультурой. На занятиях физкультурой они в один миг успевают начертить мелом полосу для бросков мяча, построить группу и стать впереди всех для выполнения задания. Недаром их называют "вечными двигателями". Однако результативность подобной "брызжущей" активности невысока, а многое начатое просто не доводится до конца. Внешне создается впечатление, что ребёнок очень быстро выполняет задание, и, действительно, быстрым и активным является каждый элемент движения, но в целом у него много лишних, ненужных и даже навязчивых движений.

Деятельность гиперактивных детей нецеленаправленна, маломотивированна и не зависит от ситуации – они подвижны всегда, хотя к концу дня вследствие общего утомления "сверхактивность" выражается в истериках, беспричинных приступах раздражения, плаксивости.

Такой ребёнок всегда торопится, суетится; приступает к заданию, не дослушав инструкции, а затем много раз переспрашивает, делает ошибки и не успевает за учителем. В тетради у него грязно, самостоятельные и контрольные он бросает недоделанными или, быстро сделав, сдаёт с ошибками. Ему трудно самоорганизоваться, поэтому на занятиях он требует много внимания со стороны взрослых. Замечания и выговоры в этих случаях не помогают. Ребёнок часто и сам не рад, но справиться, "убежать" от самого себя он не может. Окриками и наказаниями учитель только усугубляет ситуацию: ребёнок теряется ещё больше и окончательно отстаёт от класса. Теперь он не только не может, но и не хочет контролировать своё поведение.

Надо отметить, что ни в каком другом случае нарушения поведения не вызывают так много нарицаний и жалоб со стороны родителей, воспитателей и учителей, как в этом. Гиперактивному ребёнку больше всех грозит непонимание со стороны окружающих. Его постоянно укоряют, стыдят, одёргивают и наказывают. В конце концов, ребёнка убеждают, что он ни на что, на свете не способен и что бестолковее его нет на всём свете. В результате ребёнок ожесточается. У него развивается отрицательная, а часто агрессивная реакция на окружающих, он становится неуправляемым, "трудным" ребёнком. Такая модель защитного поведения порой выгодна для него, а потому трудно исправляема.

Помимо двигательной расторможенности для детей с синдромом свойственны нарушения моторного контроля, проявляющиеся в виде "мягкой" неврологической симптоматики: дискоординации движений по типу статико-локомоторной и динамической атаксии, тиков и навязчивых движений.

Часто гиперактивность сочетается с недостаточной сформированностью мелкой моторики и навыков самообслуживания. Дошкольники и младшие школьники нередко испытывают сложности при застёгивании пуговиц и завязывании шнурков, а также при занятиях конструированием, лепкой и рисованием. При обучении письму могут появляться дисграфии (неправильное написание элементов букв, "зеркальное" письмо, недописанные буквы).

Могут отмечаться также нарушения пространственной координации, проявляющиеся в неловкости, неуклюжести. Они как бы не "вписываются" в пространство, натыкаются на углы, часто идут напролом, не обращая внимания на препятствия.

Чрезвычайно важными для понимания природы гиперактивного поведения и для коррекции его проявлений являются нарушения эмоциональной сферы. Прежде всего, это чрезмерная возбудимость и импульсивность, обусловленные дефицитом сдерживающего контроля и саморегуляции поведения. Ребёнок проявляет повышенную эмоциональную активность, которая выражается в повышенной болтливости. Для детей с синдромом характерна частая смена настроения. Они легко переходят от слёз к смеху, быстро забывают свои неудачи.

Непоследовательность и непредсказуемость в поведении делают гиперактивных детей нежелательными членами детского коллектива. Как правило, у них нарушены отношения, как со сверстниками, так и со взрослыми.

В психическом отношении они отстают в своём развитии (парциальные задержки развития на 1,5–1,7 года), однако стремятся руководить. В отношении сверстников такие дети агрессивны и требовательны, эгоистичны. Не всегда умеют сочувствовать и переживать. Не любят уступать в чём-либо и никогда не признаются в своей неправоте. Стремятся к лидерству, но не умеют действовать совместно с другими. Другие дети чаще отвергают их дружбу.

Из-за неприязни со стороны сверстников, из-за стремления верховодить, они часто вынуждены общаться с самыми покладистыми или более младшими детьми.

Родители гиперактивных детей часто жалуются, что их дети не имеют друзей, сверстники отвергают их, оказываются с ними играть или контактировать.

Гиперактивный ребёнок досаждает не только детям, но и взрослым. В сравнении с другими детьми, он легко идет на контакт с незнакомыми людьми, более того, он навязывает своё общение окружающим, встревает в разговоры взрослых, мешает им, всячески стараясь привлечь их внимание. Часто применяют для этого неадекватные методы.

Исследования показывают, что две трети детей с синдромом – это дети из семей высокого социального риска. К ним относятся семьи:

* с неблагополучным экономическим положением (один или оба родителя безработные, неудовлетворительные материально-бытовые условия, отсутствие постоянного места жительства);
* с неблагополучной демографической ситуацией (неполные и многодетные семьи, отсутствие обоих родителей);
* семьи с высоким уровнем психологической напряжённости (постоянные ссоры и конфликты между родителями, трудности во взаимоотношениях между родителями и детьми, жестокое обращение с ребёнком);
* семьи, ведущие ассоциативный образ жизни (родители, страдающие алкоголизмом, наркоманией, психическими заболеваниями, ведут аморальный образ жизни, совершают правонарушения).

В семьях высокого социального риска детям практически не уделяют внимания. Педагогическая запущенность способствует отставанию ребёнка в психическом развитии. Такие дети, имея от рождения нормальный уровень интеллекта, на 2-3 год обучения попадают в классы коррекции, потому что родители совсем не занимаются их развитием. У этих детей могут появляться признаки эмоциональной депривации – эмоционального "голода" – вследствие недостатка материнской ласки и нормального человеческого общения. Они готовы привязаться к любому человеку, который проявит заботу по отношению к ним. В подростковом возрасте они часто попадают в асоциальные компании.

Гиперактивные дети своим поведением с самого раннего детства как бы бросают вызов окружающему миру. Они не похожи на других детей, их поведение резко выходит за рамки привычного для детей их возраста. Часто они чувствуют себя отверженными, отделёнными от коллектива. Психологическое обследование выявляет у большинства из них повышенную тревожность, беспокойство, внутреннюю напряжённость, переживание чувства страха. Такие дети в большей степени, чем другие, подвержены депрессивному настроению, легко расстраиваются из-за неудач.

Внешне независимые, именно они в отличие от "тихих", психически устойчивых детей нуждаются во внимании. Однако отсутствие навыков общения, привычка с вызовом принимать любую помощь приводят к тому, что своим поведением они её отвергают.

Гиперактивного ребёнка можно сразу выделить из группы других детей по характерной позе, поведению "бойцового петушка", готового броситься в драку.

Даже если такой ребёнок имеет вроде бы положительные намерения, его безудержные действия вызывают больше порицание, нежели одобрение, так как они не всегда соответствуют ожиданиям других людей.

Недостаточная сформированность чувства ответственности и навыков работы в коллективе, неспособность организовать собственную деятельность, социальная незрелость (в школе они продолжают вести себя как в детском саду, не могут усвоить новые обязанности) и отсутствие ряда других умений вместе с учебными трудностями часто способствую возникновению у таких деетй школьной дезадаптации.

Кроме нарушений внимания, повышенной двигательной активности и импульсивности для детей с синдромом характерны чрезмерная болтливость, раздражительность, инфантильное поведение, излишняя капризность (особенно к концу дня, отказы что-либо делать, которые ничем не мотивируются, агрессивность и другие отклонения в поведении).

Проявления заболевания очень многообразны, разными авторами отмечается до 100 клинических особенностей. Частота встречаемости основных признаков синдрома:

1. нарушения внимания – частота проявления составляет от 96 до 100%
2. повышенная двигательная активность – от 80 до 84%
3. импульсивность – 63-84%
4. неусидчивость, невозможность закончить начатое дело – 80-90%
5. частая смена деятельности, проблемы с учёбой – 80%
6. затруднения в плане социального развития – 64%
7. болтливость – 47%
8. признаки агрессии – 32% нарушения сна – 21% случаев.

По выраженности симптомов врачи классифицируют заболевание на три группы: легкую, среднюю и тяжёлую. При лёгкой форме симптомы, наличие которых необходимо для постановки диагноза, выражены в минимальной степени, не наблюдается нарушений в школьной и социальной жизни. При тяжёлой форме заболевания выявляется множество симптомов в значительной степени выраженности, имеются серьёзные учебные трудности, проблемы в социальной жизни. Средняя степень – это симптоматика между лёгкой и тяжёлой формами заболевания.

# 

# ГЛАВА 3. Распространённость, динамика и прогноз СДВГ

### **1. Распространённость заболевания**

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей встречается довольно часто. Об этом свидетельствуют исследования, проведённые в США, Великобритании, Германии, Чехословакии, Китае и других странах мира.

Широкий диапазон (от 1% до 20%) обусловлен, прежде всего, отсутствием единых диагностических критериев и методов оценки симптомов заболевания.

В нашей стране распространённость этого заболевания стала изучаться с начала 90х годов. В результате были получены следующие данные: среди детей 5–7 лет (старшая и подготовительная группа детских садов), распространённость синдрома составила 20%.

### 

### **2. Мальчики и девочки**

Все исследования подчёркивают более высокую распространённость заболевания среди мальчиков по сравнению с девочками.

Преобладание мальчиков – это не только следствие субъективного мнения респондентов, отвечающих на вопросы анкеты. Хотя учителя чаще всего именно в мальчиках видят нарушителей порядка. Высокая частота симптомов заболевания у мальчиков может быть обусловлена влиянием наследственных факторов, а также более высокой уязвимостью плода мужского пола к патогенетическим воздействиям во время беременности и родов. У девочек большие полушария головного мозга менее специализированны, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных функций по сравнению с мальчиками при поражении центральной нервной системы.

Кроме того, отмечаются половые различия в структуре и динамике поведенческих нарушений. У мальчиков симптомы гиперактивности и другие нарушения поведения появляются с 3-4 лет, что часто заставляет родителей обращаться к врачу ещё до поступления ребёнка в школу.

Среди девочек гиперактивность встречается реже, заболевание у них чаще проявляется в виде нарушений внимания. У девочек поведенческие отклонения проявляются более скрыто и потому не выявляются при одно-двукратном наблюдении, соответственно не лечатся и имеют более неблагоприятный прогноз. В гораздо большей степени по сравнению с мальчиками у них выражены социальная дезадаптация, учебные трудности, личностные расстройства.

## 

## **3. Возрастная динамика**

Максимальное проявление симптомов заболевания приходится на возраст 7–12 лет, как у мальчиков, так и у девочек. Похожие данные были получены авторами в ходе исследования распространённости синдрома дефицита внимания.

У детей с этой патологией прослеживалось достоверное снижение симптомов заболевания с 1го по 11й классы. Анализ возрастной динамики показал, что признаки расстройства наиболее выражены в дошкольном и младшем школьном возрастах: наибольший процент с синдромом отмечается в 5–10 лет, что отличается от возраста 11–12 лет. Таким образом, пик проявления синдрома приходится на период подготовки к школе и начало обучения.

Это обусловлено динамикой развития высшей нервной деятельности. 5,5–7 и 9–10 лет – критические периоды для формирования систем мозга, отвечающих за мыслительную деятельность, внимание, память. К 7 годам происходит смена стадий интеллектуального развития, формируются условия для становления абстрактного мышления и произвольной регуляции деятельности.

В 6–7 лет дети с синдромом не готовы к обучению в школе в связи с замедлением темпов функционального созревания коры и подкорковых структур. Систематические школьные нагрузки могут привести к срыву компенсаторных механизмов центральной нервной системы и развитию дезадаптационного школьного синдрома, усугубляемого учебными трудностями. Поэтому вопрос о готовности к школе для гиперактивных детей должен решаться в каждом конкретном случае психологом и наблюдающим ребёнка врачом.

Всплеск симптомов заболевания в 12-15 лет в группе риска, а в группе с синдромом в 14 лет совпадает с периодом полового созревания. Гормональным "бум" отражается на особенностях поведения и отношении к учёбе. "Трудный" подросток может решиться на расставание со школой.

К концу периода созревания гиперактивность и эмоциональная импульсивность практически исчезают или маскируются другими личностными чертами, повышается самоконтроль и регуляция поведения, дефицит внимания сохраняется. Нарушения внимания – основной признак заболевания, поэтому именно он определяет дальнейшую динамику и прогноз заболевания.

### 

### **4. Прогноз заболевания**

Прогноз заболевания зависит от выраженности симптомов, своевременной постановки диагноза и проведения соответствующего лечения. При условии раннего терапевтического воздействия прогноз для этих детей благоприятный. Однако они нуждаются в постоянном наблюдении вплоть до окончания школы.

Специалисты отмечают вариабельность течения синдрома: нарушения могут продолжаться во время подросткового периода и во взрослой жизни. Чрезмерная активность обычно является первым симптомом, с которого начинается ремиссии – облегчение течения болезни. Пик проявления двигательной расторможенности приходится на 6-7 лет, с обратным развитием к 14-15 годам, импульсивность снижается к окончанию школы, дефицит внимания, как правило, остаётся в той или иной степени в течение всей жизни. Ремиссии обычно не наблюдается в возрасте моложе 12 лет.

Отмечается, что от 25 до 50% гиперактивных детей "перерастают" этот синдром. Однако у 6-8% больных расстройства приводят к задержке психического развития, а в более старшем возрасте способствуют возникновению серьёзных психопатологических расстройств и асоциальных состояний.

У остальных симптомы различной степени тяжести продолжают оставаться и приводят к проблемам в повседневной жизни. Таких людей часто сопровождает чувство "нетерпеливости и неугомонности", импульсивность, социальная неадекватность, чувство низкой самооценки в течение всей жизни. Они неорганизованны и плохо контролируют свою деятельность.

В подростковом возрасте у гиперактивных детей рано развивается тяга к алкоголю, наркотическим веществам. Для них в большей степени, чем для здоровых сверстников, характерна склонность к правонарушениям.

В связи с этим данная патология представляет также серьёзную социальную проблему. Своевременная диагностика и лечение симптомов этого синдрома за рубежом служат превентивной мерой для снижения детской и подростковой преступности.

При снижении симптомов заболевания характерной чертой для этих людей остаётся пониженная способность к обучению и неспособность выполнять скучную, монотонную деятельность, не дающую выхода их активности.

Для профилактики подростковой преступности, алкоголизма, наркомании и в целом для обеспечения нормальной и полноценной жизни детям с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью необходимо уметь своевременно выявлять (до поступления ребёнка в школу) и правильно диагностировать это состояние.

# 

# ГЛАВА 4. Диагностика заболевания

## **Диагностические критерии**

В связи с тем, что клинические проявления синдрома очень разнообразны, при его диагностике используются стандартные диагностические критерии, разработанные Американской психиатрической ассоциацией. Согласно этому руководству, диагностика синдрома проводится по двум измерениям: нарушения внимания и гиперактивность/импульсивность.

Диагностические критерии СДВГ по DSM-IV

|  |  |
| --- | --- |
| Измерение | Признак |
| I. Нарушение внимания | 1. Ребёнок не может сосредоточится, делает много ошибок из-за невнимательности. 2. Ему трудно поддерживать внимание при выполнении заданий или во время игр. 3. Легко отвлекается на посторонние стимулы. 4. Не может до конца закончит поставленную задачу. 5. Слушает, но кажется, что не слышит. 6. Избегает выполнения задач, требующих постоянного внимания. 7. Плохо организован. 8. Часто теряет личные вещи, необходимые в школе и дома (карандаши, книги, рабочие инструменты, игрушки). 9. Забывчив. |
| II. Гиперактивность/ импульсивность | Гиперактивность:   1. Ребёнок суетлив. 2. Не способен усидеть на одном месте. 3. Много, но нецеленаправленно двигается (бегает, крутится, ёрзает на своём месте). 4. Не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге. 5. Всегда нацелен на движение. 6. Болтлив.   Импульсивность:   1. Часто начинает отвечать, не подумав и даже недослушав вопрос. 2. С трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях. 3. В разговоре часто прерывает, мешает (пристаёт) к окружающим. |

Для постановки диагноза необходимо присутствие 6 из 9 критериев в каждом измерении.

При диагностике необходимо также обратить внимание на то, что симптомы расстройства должны:

* появляться до 8 лет;
* наблюдаться не менее 6 месяцев в двух сферах деятельности ребёнка (в школе и дома);
* не должны проявляться на фоне общего расстройства развития, шизофрении и других каких-либо нервно-психических расстройств;
* должны вызывать значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию.

Для окончательной постановки диагноза обязательно проводится медико-психологическое обследование.

## **2. Медицинское обследование**

Дети с признаками синдрома проходят общее обследование, в ходе которого врач проводит оценку состояния ребёнка, наличия отклонений в развитии, нарушений восприятия и речи, а также слуха и зрения. При наличии серьёзных отклонений у ребёнка и трудностях в постановке диагноза проводится специальное неврологическое обследование.

Постановка диагноза включает несколько моментов. Во-первых, врач подробно беседует с матерью ребёнка. Его интересует информация о том, как протекали беременность, роды, были ли нарушения, как в дальнейшем развивался ребёнок. Также очень важны сведения о развитии речи, особенностях темперамента, активности в течение дня, характере сна, поведенческих проблемах, взаимоотношениях с друзьями. Обращается внимание на наличие соматических нарушений и заболеваний, в частности, извращённого аппетита, ночного недержания мочи, энкопреза (недержание кала). Не менее важна информация о психосоциальном окружении ребёнка в семье: о состоянии взаимоотношений между родителями, об их отношении к ребёнку, наличии вредных привычек (алкоголизм, наркомания) у членов семьи, психических заболеваниях. Необходимо также иметь сведения о материальном положении семьи. Во-вторых, так как однократное наблюдение за ребёнком в поликлинике не всегда даёт врачу возможность для правильной постановки диагноза, используется специальный вопросник для родителей и педагогов (приложения 1 и 2), а также проводится подробное психологическое обследование.

## **3. Психологическое обследование**

Психолог беседует с родителями и другими членами семьи, наблюдает за ребёнком на приёме в поликлинике, во время занятий и игр. Он старается дополнить информацию об особенностях поведения и развития ребёнка, полученную врачом. В ходе психологического обследования проводится оценка уровня развития когнитивных функций (внимания, памяти, мышления), а также эмоциональных особенностей и двигательной сферы. Обращается внимание на личностные особенности ребёнка, наличие акцентуаций (крайних проявлений) характера, оценивается степень развития школьных навыков и социальные условия жизни.

Сведения, полученные врачом и психологом в ходе обследования, позволяют выявить основные нарушения у ребёнка, оценить степень их выраженности, предположить дальнейшее развитие заболевания.

Однако окончательный диагноз ставится лишь после дифференциальной диагностики.

# ГЛАВА 5. Причины и механизмы заболевания

## **1. О возможных причинах минимальной мозговой дисфункции**

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные изучению причин заболевания, окончательной ясности в этом вопросе пока не достигнуто.

Наличие органического поражения центральной нервной системы (пре- и перинатальной патологии, нейроинфекции, интоксикации, черепно-мозговой травмы) удаётся установить не у всех больных детей. Как обнаружено в последнее время, развитию заболевания способствуют наследственная предрасположенность и неблагоприятное социальное окружение ребёнка.

Все точки зрения на причину и течение заболевания можно объединить в три большие группы: биологические, психосоциальные и генетические.

*Биологические факторы* заболевания по времени их воздействия подразделяют на пре-, перинатальную и раннюю постнатальную патологию. К факторам пренатальной патологии могут быть отнесены токсикозы во время беременности, обострения хронических заболеваний у матери, принятие больших доз алкоголя и курение матери во время беременности, травмы в области живота, иммунологическая несовместимость по резус-фактору, попытки прервать беременность или угроза выкидыша.

На ещё не родившегося ребёнка могут повлиятьи *психосоциальные факторы*: стрессы и психотравмы, испытываемые матерью, а также нежелание иметь данного ребёнка.

Большое значение имеет возраст родителей. На развитие заболевания влияют осложнения в родах: преждевременные, скоротечные или затяжные роды, стимуляция родовой деятельности, отравление наркозом при кесаревом сечении. Родовые осложнения, связанные с неправильным положением плода, обвитие его пуповиной помимо асфиксии могут повлечь за собой внутренние мозговые кровоизлияния, различные травмы, в том числе плохо диагностируемые лёгкие смещения шейных позвонков.

## **2. Механизмы развития заболевания**

В связи с разнообразием причин заболевания существует целый ряд концепций, описывающих предполагаемые механизмы его развития.

Сторонники генетической концепции предполагают наличие врождённой неполноценности функциональных систем мозга, отвечающих за внимание и моторный контроль.

Кроме генетической выделяют также нейропсихологическую теорию. У детей с синдромом отмечают отклонения в развитии высших психических функций, отвечающих за моторный контроль, саморегуляцию, внутреннюю речь, внимание и оперативную память. Нарушение этих "исполнительных" функций, отвечающих за организацию деятельности, может приводить к развитию синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Существует еще множество гипотез, описывающих механизмы ММД, но окончательного ответа на вопрос о патогенезе заболевания пока не найдено.

# Используемая литература

1. Брязгунов И. П., Касатикова Е. В. Непоседливый ребёнок. М.: Издательство института психотерапии, 2003.
2. Бадалян Л. О. Невропатология. М.: Просвещение, 1982.
3. Глезерман Т. Б. Мозговые дисфункции у детей. М.: Наука, 1983.
4. Заваденнко Н. Н., Петрухин А. С., Соловьёв О. И. Минимальные мозговые дисфункции у детей. Церебролизин в лечении минимальных мозговых дисфункций. М.: ЭБЕВЕ, 1997.
5. Корнев А. Н. О влиянии фактора половой принадлежности на распространённость и клинические симптомы резидуально-органических поражений мозга у детей //Психика и пол у детей и подростков в норме и патологии / Под редакцией Д. Н. Исаева. М., 1986.
6. Корсакова Н. К., Микадзе Ю. В., Балашова Е. Ю. Неуспевающие дети: нейропсихическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. М.: Рос. пед. агентство, 1997.
7. Кошелева А. Д., Алексеева Л. С. Диагностика и коррекция гиперактивности ребёнка. М.: НИИ семьи, 1997.
8. Крыжановский Г. Н. Общая патофизиология нервной системы. М.: Медицина, 1997.
9. Кучма В. Р., Брязгунов И. П. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей (вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза). М.: Олег и Павел, 1994.
10. Кучма В. Р., Платонова А. Г. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей России: Распространённость, факторы риска и профилактика. М.: РАРОГЬ, 1997.
11. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М.: Просвещение, 1973.
12. Симерницкая Э. Г. Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики "Лурия-90". М.: Знание, 1991.
13. Тржесоглава З. Лёгкая дисфункция мозга в детском возрасте. М.: Медицина, 1986.
14. Трошин В. М., Радаев А. М., Халецкая О. В., Радаева Г. М. Клинические варианты минимальных мозговых дисфункций у детей дошкольного возраста // Педиатрия. 1994. № 2.
15. Фарбер Д. А., Дубровинская Н. В. Функциональная организация развивающего мозга // Физиология человека. 1991. Т. 17, № 5.
16. Халецкая О. В., Трошин В. М. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. Кормакова. 1998. Т. 98, № 9.
17. Халецкая О. В., Трошин В. М. Минимальные дисфункции мозга в детском возрасте. Нижний Новгород, 1995.
18. Цветкова Л. С. Методика диагностического нейропсихологического обследования детей. М.: Знание, 1998.
19. Ясюкова Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с минимальными мозговыми дисфункциями. СПб: ИМАТОН, 1997.

### **Приложение 1**

## **Анкета для родителей**

Появились ли у ребёнка в возрасте до 7 лет следующие признаки, наблюдались ли они более 6 месяцев? Принимается только ответ "Да" (1 балл) или "Нет" (0 баллов).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Признаки | Баллы |
|  | Суетливые движения руками и ногами или, сидя на стуле, извивается (у подростков может быть субъективное чувство нетерпеливости). |  |
|  | С трудом остаётся на стуле при выполнении каких-либо заданий. |  |
|  | Легко отвлекается на посторонние стимулы. |  |
|  | С трудом ожидает очереди для вступления в игру. |  |
|  | Отвечает на вопросы, не подумав и раньше, чем вопрос будет окончен. |  |
|  | С трудом исполняет инструкции других. |  |
|  | С трудом удерживает внимание при выполнении заданий или в игровых ситуациях. |  |
|  | Часто переключается с одного незаконченного дела на другое. |  |
|  | Во время игр беспокоен. |  |
|  | Часто чрезмерно разговорчив. |  |
|  | В разговоре часто прерывает, навязывает своё мнение, в детских играх часто является "мишенью". |  |
|  | Часто кажется, что не слышит, что сказано ему (ей). |  |
|  | Часто теряет предметы и вещи, необходимые для работы дома или в классе (игрушки, карандаши, книги и другое). |  |
|  | Игнорирует физическую опасность и возможные последствия (например, бежит по улице "без оглядки"). |  |
|  | Общее число баллов. |  |

Если общее число баллов 8 и более, Вам необходимо показать ребёнка специалисту.

**Приложение 2**

## **Анкета для педагога**

В какой степени выражены нижеперечисленные признаки у ребёнка?

Проставьте соответствующие цифры: 0 – отсутствие признака, 1 – присутствие в незначительно степени, 2 – присутствие в выраженной степени.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Признаки | Баллы |
|  | Беспокоен, извивается, как уж. |  |
|  | Беспокоен, не может оставаться на одном месте. |  |
|  | Требования ребёнка должны выполняться немедленно. |  |
|  | Задевает, беспокоит других детей. |  |
|  | Возбудимый, импульсивный. |  |
|  | Легко отвлекается, удерживает внимание на короткий период времени. |  |
|  | Не заканчивает работу, которую начинает. |  |
|  | Поведение ребёнка требует повышенного внимания. |  |
|  | Не старателен в учёбе. |  |
|  | Демонстративен в поведении (истеричен, плаксив). |  |
|  | Общее число баллов. |  |

Если результат 11 и более баллов для девочек и 15 и более баллов для мальчиков, Вам необходимо показать ребёнка специалисту.

### **Приложение 3**

## **Рекомендации педагогам по работе с гиперактивными детьми**

1. Введите знаковую систему оценивания. Хорошее поведение и успехи в учёбе вознаграждайте. Не жалейте устно похвалить ребёнка, если он успешно справился даже с небольшим заданием.
2. Изменяйте режим урока – устраивайте минутки активного отдыха с лёгкими физическими упражнениями и релаксацией.
3. В классе желательно иметь минимальное количество отвлекающих предметов (картин, стендов). Расписание занятий должно быть постоянным, так как дети с синдромом часто забывают его.
4. Работа с гиперактивными детьми должна строиться индивидуально. Оптимальное место для гиперактивного ребёнка – в центре класса, напротив доски. Он всегда должен находиться перед глазами учителя. Ему должна быть предоставлена возможность быстро обращаться к учителю за помощью в случаях затруднений.
5. Направляйте лишнюю энергию гиперактивных детей в полезное русло – во время урока попросите его вымыть доску, собрать тетради и т.д.
6. Вводите проблемное обучение, повышайте мотивацию учеников, используйте в процессе обучения элементы игры, соревнования. Больше давайте творческих, развивающих заданий и, наоборот, избегайте монотонной деятельности. Рекомендуется частая смена заданий с небольшим числом вопросов.
7. На определённый отрезок времени дайте лишь одно задание. Если ученику предстоит выполнить большое задание, то оно предлагается ему в виде последовательных частей, и учитель периодически контролирует ход работы над каждой из частей, внося необходимые коррективы.
8. Давайте задания в соответствии с рабочим темпом и способностями ученика. Избегайте предъявления завышенных или заниженных требований к ученику.
9. Создавайте ситуации успеха, в которых ребёнок имел бы возможность проявить свои сильные стороны. Научите его лучше их использовать, чтобы компенсировать нарушенные функции за счёт здоровых. Пусть он станет классным экспертом по некоторым областям знаний.
10. Совместно с психологами помогайте ребёнку адаптироваться в условиях школы и в классном коллективе – воспитывайте навыки работы в школе, обучайте необходимым социальным нормам и навыкам общения.

### **Приложение 4**

## **Рекомендации родителям гиперактивных детей**

1. В своих отношениях с ребёнком придерживайтесь "позитивной модели". Хвалите его в каждом случае, когда он этого заслуживает, подчёркивайте даже незначительные успехи. Помните, что гиперактивные дети игнорируют выговоры и замечания, но чувствительны к малейшей похвале.
2. Не прибегайте к физическому наказанию. Ваши отношения с ребёнком должны основываться на доверии, а не на страхе. Он всегда должен чувствовать Вашу помощь и поддержку. Совместно решайте возникшие трудности.
3. Чаще говорите "да", избегайте слов "нет" и "нельзя".
4. Поручите ему часть домашних дел, которые необходимо выполнять ежедневно (ходить за хлебом, кормить собаку и т. д.) и ни в коем случае не выполняйте их за него.
5. Заведите дневник самоконтроля и отмечайте в нём вместе с ребёнком его успехи дома и в школе. Примерные графы: выполнение домашних заданий, учёба в школе, выполнение домашних заданий.
6. Введите балльную или знаковую систему вознаграждения (можно каждый хороший поступок отмечать звёздочкой, а определённое их количество вознаграждать игрушкой, сладостями или поездкой).
7. Избегайте завышенных или заниженных требований к ребёнку. Старайтесь ставить перед ним задачи, соответствующие его способностям.
8. Определите для ребёнка рамки поведения – что можно и чего нельзя. Вседозволенность однозначно не принесёт никакой пользы. Несмотря на наличие определённых недостатков, гиперактивные дети должны справляться с обычными для всех подрастающих детей проблемами. Эти дети не нуждаются в том, чтобы их отстраняли от требований, которые применяются к другим.
9. Не навязывайте ему жёстких правил. Ваши указания должны быть указаниями, а не приказами. Требуйте выполнения правил, касающихся его безопасности и здоровья, в отношении остальных не будьте столь придирчивы.
10. Вызывающее поведение вашего ребёнка – это его способ привлечь ваше внимание. Проводите с ним больше времени: играйте, учите, как правильно общаться с другими людьми, как вести себя в общественных местах, переходить улицу и другим социальным навыкам.
11. Поддерживайте дома чёткий распорядок дня. Приём пищи, игры, прогулки, отход ко сну должны совершаться в одно и то же время. Награждайте ребёнка за его соблюдение.
12. Дома следует создать для ребёнка спокойную обстановку. Идеально было бы предоставить ему отдельную комнату. В ней должно быть минимальное количество предметов, которые могут отвлекать, рассеивать его внимание. Цвет обоев должен быть не ярким, успокаивающим, преимущество отдаётся голубому цвету. Очень хорошо организовать в его комнате спортивный уголок.
13. Если ребёнку трудно учиться, не требуйте от него высоких оценок по всем предметам. Достаточно иметь хорошие отметки по 2–3 основным.
14. Создайте необходимые условия для работы. У ребёнка должен быть свой уголок, во время занятий на столе не должно быть ничего, что отвлекало бы его внимание. Над столом не должно быть никаких плакатов и фотографий.
15. Избегайте по возможности больших скоплений людей. Пребывание в магазинах, на рынках и т.п. оказывает на ребёнка чрезмерное возбуждающее действие.
16. Оберегайте ребёнка от переутомления, поскольку оно приводит к снижению самоконтроля и нарастанию двигательной активности. Не позволяйте ему подолгу сидеть у телевизора.
17. Старайтесь, чтобы ребёнок высыпался. Недостаток сна ведёт ещё к большему ухудшению внимания и самоконтроля. К концу дня ребёнок может стать неуправляемым.
18. Развивайте у него осознанное торможение, учите контролировать себя. Перед тем, как что-то сделать, пусть посчитает от 10 до 1.
19. Помните! Ваше спокойствие – лучший пример для ребёнка.
20. Давайте ребёнку больше возможности расходовать избыточную энергию. Полезна ежедневная физическая активность на свежем воздухе – длительные прогулки, бег, спортивные занятия. Развивайте гигиенические навыки, включая закаливание. Но не переутомляйте ребёнка.
21. Воспитывайте у ребёнка интерес к какому-нибудь занятию. Ему важно ощущать себя умелым и компетентным в какой-либо области. Каждому надо быть в чем-то "докой". Задача родителей – найти те занятия, которые бы "удавались" ребёнку и повышали его уверенность в себе. Они будут "полигоном" для выработки стратегии успеха. Хорошо, если в свободное время ребёнок будет занят своим хобби. Однако не следует ребёнка занятиями в разных кружках, особенно в таких, где есть значительные нагрузки на память и внимание, а также, если ребёнок особой радости от этих занятий не испытывает.