

Синдром дефицита внимания и гиперактивности

В 1980 г. Американской ассоциацией психиатров была разработана рабочая классификация - DSM-IV (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), - согласно которой случаи, описанные ранее как минимальная мозговая дисфункция, предложено рассматривать как синдром дефицита внимания и синдром гиперактивности. Основной предпосылкой послужило то, что наиболее частые и значимые клинические симптомы минимальной мозговой дисфункции включали нарушение внимания и гиперактивность.

В последней классификации DSM-IV дано следующее определение синдрому дефицита внимания с гиперактивностью – это психоневрологическое расстройство, характеризующееся несоответствующей возрасту степенью выраженности нарушения внимания, гиперактивности, импульсивности, которые проявляются в различных социальных ситуациях (в школе, дома и др.).

В МКБ-10 СДВГ рассматривается в разделе "Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте" в подразделе "Нарушение активности и внимания" (F90.0) и "Гиперкинетическое расстройство поведения" (F90.1).

Факторы риска развития СДВГ

Выделяют семейные, пре- и перинатальные факторы риска развития СДВГ.

К семейным факторам относят:

- низкое социальное положение семьи,
- наличие криминального окружения,
- тяжелые разногласия между родителями; - нейрпсихиатрические нарушения в семье; - алкоголизация; - отклонения в сексуальном поведении матери. Пре- и перинатальные факторы риска развития синдрома дефицита внимания включают: - хроническую внутриутробную гипоксию плода; - асфиксию новорожденных; - недоношенность; - употребление матерью во время беременности алкоголя, некоторых лекарственных препаратов, курение. Вышеперечисленные факторы обуславливают задержку созревания генетически нормальной ретикулярной формации до и после рождения ребенка, приводя к нарушению ее функции. Психологические и социальные факторы, влияющих на возникновение СДВГ: - неподготовленность родителей к семейной жизни, - напряжённость и частые конфликты в семье. По мнению ряда авторов, значение биологических факторов в формировании СДВГ имеет решающее значение в первые годы жизни ребенка, но затем возрастает роль социально-психологических факторов, включая семейную и школьную обстановку.

Классификация СДВГ

Клиническая картина заболевания характеризуется гетерогенностью симптоматики, поэтому следует определить тип расстройства. Согласно DSM-IV выделяют 3 варианта течения СДВГ в зависимости от преобладающих клинических симптомов:

- СДВГ с преобладанием гиперактивности;
- СДВГ с преобладанием невнимательности;
- СДВГ, комбинированный тип.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности – это расстройство нервной системы, характеризующееся двумя основными проявлениями: нарушением концентрации внимания и неусидчивостью, избыточной подвижностью.

Очень важно понимать, что Синдром дефицита внимания и гиперактивности не является следствием дефектов воспитания. **Это физиологическая особенность мозга ребёнка, которую можно и нужно корректировать.** Помимо личностных черт, СДВГ не правильно путать с другими неврологическими расстройствами, такими как расстройствами обучения и настроения или тревожными расстройствами.

Медицинские критерии постановки диагноза СДВГ делятся на два направления:

- Признаки нарушения концентрации внимания: ребенок делает много ошибок в домашней работе, не может долго читать или слушать кого-то, избегает выполнения заданий, требующих терпения и скрупулезности, часто теряет свои вещи, не умеет составлять план действий и т.д.

- Признаки гиперактивности: ёрзает на месте, болтает руками или постоянно играет с предметами, во время урока может встать и начать ходить по классу; ребенок необычайно разговорчив, часто вторгается в чужие разговоры, выкрикивает ответы, прежде чем собеседник закончил свой вопрос, и т.д.

СДВГ выявляется, если поведение ребёнка отличается от поведения других детей его ровесников и уровня развития в течении достаточно длительного времени, как минимум полугода. Такие особенности поведения возникают до семи лет, в дальнейшем они проявляются в различных социальных ситуациях и отрицательно сказываются на внутрисемейных отношениях.

В первые годы жизни ребенка основное беспокойство родителей вызывает избыточное количество движений малыша, их хаотичность. При наблюдении за такими детьми врачи замечают небольшую задержку в их речевом развитии, малыши позже начинают изъясняться фразами; также у таких детей отмечается моторная неловкость (неуклюжесть), они позже овладевают сложными движениями (прыжками и др).

Трехлетний возраст является для ребенка особенным. С одной стороны в этот период активно развивается внимание и память. С другой - наблюдается первый, трехлетний кризис. Основное содержание этого периода - негативизм, упрямство и строптивость. Ребёнок активно отстаивает границы влияния на себя как личность, свое "Я". Зачастую в 3-4 года, до поступления ребенка в детский сад, родители не считают его поведение ненормальным и не обращаются к врачу. Поэтому, когда малыш идет в сад, и воспитатели начинают жаловаться на неуправляемость, расторможенность, неспособность ребенка усидеть во время занятий и выполнить предъявляемые требования, то это становится для родителей неприятной неожиданностью. Все эти "неожиданные" проявления объясняются неспособностью центральной нервной системы гиперактивного ребенка справляться с новыми требованиями, предъявляемыми ему на фоне увеличения физических и психических нагрузок.

Ухудшение течения заболевания происходит с началом систематического обучения (в возрасте 5-6 лет), когда начинаются занятия в старшей и подготовительной группах детского сада. Кроме того, этот возраст является критическим для созревания мозговых структур, поэтому избыточные нагрузки могут вызывать переутомление. Эмоциональное развитие малышей, страдающих СДВГ, запаздывает, что проявляется

неуравновешенностью, вспыльчивостью, заниженной самооценкой. Данные признаки часто сочетаются с тиками, головными болями, страхами. В силу своей нетерпеливости и легкой возбудимости они часто вступают в конфликты со сверстниками и взрослыми, что усугубляет имеющиеся проблемы с обучением. Следует иметь в виду, что ребенок с СДВГ не способен предвидеть последствия своего поведения, не признает авторитетов, что может приводить к антиобщественным поступкам. Особенно часто асоциальное поведение наблюдается у таких детей в подростковом периоде, когда на первое место выходит импульсивность, иногда сочетающаяся с агрессивностью.

Список литературных источников:

1. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: как помочь ребенку. Школа здоровья 2007; 3: 16—23.
2. Михайличенко Н.В. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей/Автореф. дисс. канд.мед.наук.-2001.-25с.
3. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: учебное пособие /Романцова Е.Б., Бабцева А.Ф., Молчанова И.Н., Фомина А.Г., Чупак Э.Л., Шанова О.В., Арутюнян К.А., Бойченко Т.Е. – Благовещенск, 2009. – 21 с
4. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. С-Пб.:Хока.- 2007; 136.