

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)

**В. В. Шишков, Ю. В. Гайдук,
И. И. Марьенко**

Многие родители, воспитатели детских садов, няни, учителя младших классов школ отмечают чрезмерно активное, расторможенное, часто неуправляемое поведение детей. Кого-то из родителей это беспокоит, кто-то обращается к врачу с данной проблемой под давлением воспитателей детского сада, кто-то, к сожалению, еще позже, и то уже по настоятельной рекомендации педагогов. При этом такие дети, как правило, невнимательны, постоянно отвлекаются, что сильно затрудняет их обучение. При детализации жалоб и обследовании обычно выявляется, что ребенок при нормальных умственных способностях делает массу «глупых» ошибок при письме и счете, переставляя буквы или пропуская цифры, постоянно отвлекается по любому поводу и при выполнении домашних заданий, делая их только под давлением взрослых. В разговоре со старшими или не слушает, или не дослушивает их. Не выполняет инструкций родителей и учителей не из-за протестных реакций или неспособности понять смысл этих заданий, а из-за низкой концентрации внимания и отвлечения на внешние стимулы. Такие дети не желают делать что-либо неинтересное для них в данный момент, у них нет никакого чувства ответственности. Большинство из них отличаются забывчивостью, они теряют или забывают школьные вещи, преимущественно тетради, карандаши, учебники. Нарушение внимания проявляется в том, что такие дети не заканчивают начатое дело, отвлекаясь на другое; преждевременно прерывают данное им задание, не закончив его, постоянно меняют игры, быстро теряя к ним интерес.

Что касается гиперактивности, то она чаще всего проявляется в виде двига-

тельной расторможенности. Сидя, дети обычно ерзают на месте, совершают множество «лишних» движений руками и ногами, могут без разрешения покинуть свое место, например школьную парту, пойти гулять по классу. Беспочвенно бегают, прыгают или забираются на любые доступные объекты, когда это неуместно; они болтают и шумят больше всех, причем даже во время спокойных игр. Для таких детей является пыткой тихая спокойная обстановка, особенно когда взрослые блокируют их шумное поведение. И если запреты на подобное поведение со стороны взрослых не связаны с физическим наказанием, а выражаются лишь в словесной форме, то гиперактивные дети вскоре забывают о них и возвращаются к исходному состоянию. Данная проблема не является следствием «плохого» характера или неправильного воспитания: такой ребенок (как и его родители) ни в чем не виноват. Проблема, скорее всего, обусловлена гипоксией (недостатком кислорода), имевшей место во время непростого протекавшей беременности или в родах. Исходя из этого, чрезмерная моторная активность у этих детей носит стойкий характер, и на нее не влияют обычные требования и конкретная социальная обстановка.

Для постановки диагноза «СДВГ» и нарушение внимания, и гиперактивность должны быть в наличии. Причем проявляться они должны повсеместно, и уж, по крайней мере, более чем в одной ситуации, например и в школе, и дома, и в кружке, и на приеме у врача. Именно этим гиперактивный ребенок отличается от энергичного гиперподвижного ребенка, который, к неудовольствию учителей носясь на перемене как угорелый, во время интересного урока или на контрольной сосредоточенно выполняет все задания. Это — вариант нормы. По той же причине не следует считать гиперактивным

ребенка, переворачивающего вверх дном квартиру, придя из школы, где он не шелохнувшись, идеально сидел на всех уроках, а на переменах стоял у стеночки, боясь получить замечание. Это — не норма, но и не СДВГ. Здесь, скорее всего, следует искать школьные страхи или дефекты воспитания, связанные с повышенной моральной ответственностью.

Гиперактивность часто сочетается с *импульсивностью*. Такой ребенок редко дослушивает вопрос, обращенный к нему, и вследствие этого часто отвечает невпопад, много говорит, не давая собеседнику вставить ни слова. Как правило, он не способен соблюдать психологическую дистанцию при общении с взрослыми, не являющимися членами его семьи, в том числе и с учителями, которых вполне может называть на «ты». Он крайне нетерпелив в ситуациях ожидания: не дожидается своего хода в игре, вмешивается в чужой разговор, отвечает на уроке, когда его не спрашивают и т. д. Он безрассуден, ищет опасность, лезет в драку, не оценивая свои силы. Такие дети склонны к травматизму, чаще становятся жертвами несчастных случаев, получают дисциплинарные взыскания из-за необдуманного, а не откровенно наглого нарушения принятых правил.

В случаях, когда диагностика данного синдрома является спорной, врачам (как и психологам, и педагогам) следует учитывать и социокультуральные особенности ребенка и его семьи. К примеру, к нам на прием с детьми периодически приходят родители — жители южных регионов России — с жалобами на... чрезмерно тихое (по их меркам) поведение своих сыновей. Необходимо быть внимательными, учитывая идеалы поведения, а соответственно и принципы воспитания (часто ошибочные), принятые в той или иной семье. Характерологические особенности учителя (воспитателя детского сада) также в спорных случаях следует учитывать. Так, некоторые дети, которых предварительно «заклеймили» СДВГ родители или преподаватели, после детального исследования и наблюдения оказываются нормальными,

но при этом отличаются неприемлемым для данных взрослых поведением.

Интеллект у таких детей, как правило, в норме, хотя психологические тесты, направленные на изучение интеллекта, порой дают обратные результаты. А дело здесь не в способности соображать, а в том же дефиците внимания, в том, что в какой-то момент предъявляемые задания становятся неинтересными, дети отвлекаются, смотрят в окно, а затем и вовсе встают из-за стола, отправляясь в путешествие по кабинету.

Указанные нарушения поведения обычно возникают в дошкольном возрасте, в несколько раз чаще у мальчиков, чем у девочек, но особого беспокойства у родителей они, как правило, не вызывают, а информация, исходящая от персонала детского сада, часто не воспринимается всерьез. Однако когда ребенок идет в школу и там с особой силой проявляется невозможность выполнения им стандартных требований по дисциплине (что родителей волнует меньше) и обучению (что игнорировать уже труднее), то необходимость принятия мер становится очевидной. Что же делать в таких случаях? Не упущено ли время для лечения и психокоррекции?

Несомненно, при раннем обращении к специалистам имеющиеся проблемы разрешаются легче и быстрее. Так, согласно результатам наших исследований, даже дети, состояние которых при рождении было столь серьезно, что потребовало лечения в отделении интенсивной терапии, получившие впоследствии длительное и адекватное лечение, к школьному возрасту уже практически не имели проявлений СДВГ. Но даже в школьном возрасте коррекция данной патологии вполне реальна. Скорее не для подтверждения данного диагноза, а для исключения более серьезных нарушений ЦНС необходимо провести неврологическое обследование, включающее следующие инструментальные исследования: электроэнцефалографию (ЭЭГ), реоэнцефалографию (РЕГ), доплерографию (УЗДГ), нейросонографию (УЗИ ГМ). Данные обследования с определенной долей вероятности помогут установить

наличие у ребенка каких-либо последствий родовой травмы, инфекционных и соматических заболеваний, перенесенной ранее черепно-мозговой травмы, сотрясения головного мозга, выявить наличие эпилептической активности головного мозга или судорожной готовности. Нередко у таких детей выявляется нарушение кровотока в шейном отделе позвоночника, связанное с ортопедическими проблемами, что потребует консультации соответствующего специалиста, а возможно, и мануальной терапии/остеопатии. Чаще родители таких пациентов начинают обследование с посещения невропатолога, что верно, хотя данная проблема (в плане окончательной диагностики и комплексной терапии) больше лежит в компетенции психиатра, психоневролога, детского психотерапевта. В большинстве случаев после осмотра психиатром или психотерапевтом у такого чрезмерно расторможенно-го ребенка очень страшные диагнозы — умственная отсталость, психоз, патология личности отвергаются — и диагноз «гиперкинетическое расстройство» становится основным. При этом родителям таких детей надо иметь в виду, что одно и то же расстройство в заключениях разных специалистов может обозначаться разными терминами (минимальная мозговая дисфункция (ММД), гиперкинетический синдром, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и т. д.). Это не свидетельствует о некомпетентности того или иного специалиста, а связано с непрерывной работой врачей из разных стран над классификацией болезней и постепенным внедрением новой терминологии в практику.

Гиперкинетическое расстройство часто служит фоном для образования сопутствующих невротоподобных нарушений. Так, у гиперактивных детей значительно чаще, чем у здоровых, развиваются системные неврозы: энурез, энкопрез, тики, заикание и др. При этом эффективность лечения системных неврозов в значительной степени зависит от параллельного устранения гиперактивности.

Данное расстройство нередко сочетается с поведенческими нарушениями, входя в структуру так называемого **гиперкинетического расстройства поведения** — синдрома, сочетающего невнимательность, расторможенность, беспокойство, непослушание дома и в детских учреждениях, проявляющегося в разных ситуациях и сохраняющегося во времени.

Гиперактивные дети, а уж тем более дети с гиперкинетическим расстройством поведения вследствие особенностей своего поведения и приклеивания к ним различных ярлыков типа «клоун» (что в принципе очень похоже на правду), «придурок» (что в любом случае некорректно) или «дурак» (что вообще не имеет к ним никакого отношения) зачастую становятся изгоями в коллективе, что приводит к снижению их самооценки и (или) к диссоциальному поведению.

При сохранении синдрома гиперактивности у взрослых отмечаются двигательная и психическая расторможенность, неспособность к самоконтролю и к работе, требующей длительной концентрации внимания. Эти симптомы значительно осложняют социальное взаимодействие с окружающими людьми, обучение и профессиональный рост.

Профилактика гиперкинетических расстройств во многом зависит от улучшения социальных условий, от соблюдения всеми членами семьи здорового образа жизни еще до рождения ребенка, от качественного ведения беременности и хорошего родовспоможения. Соответственно, большая роль в профилактике указанных расстройств должна отводиться акушерам-гинекологам, неонатологам и педиатрам, неврологам и психоневрологам. Но даже если беременность протекала не гладко, если роды (как правило, по объективной причине) проходили тяжело, если гипоксия плода или родовая травма все-таки произошла, то своевременная их диагностика и адекватное лечение этих нарушений, а также различных заболеваний периода новорожденности и ясельного возраста значитель-

но уменьшают вероятность развития гиперкинетических расстройств. Несмотря на то что на первое место в лечении этих расстройств выходят лекарственные препараты, выполнение медико-психологических рекомендаций всеми членами семьи также значительно смягчит внешние проявления гиперкинетического расстройства, а в сочетании со специальной психологической (психотерапевтической) помощью своевременно устранит их.

Распространенность этого синдрома во всем мире очень велика, в частности в США такие дети составляют до 24%. Там же основным средством для лечения СДВГ служат психостимуляторы, запрещенные к применению в России. Эти препараты небезопасны, имеют побочные эффекты (и тогда ошибочная диагностика СДВГ представляет реальную(!) опасность), тогда как отечественные мягкие ноотропные препараты (улучшающие метаболизм нервной клетки, а следовательно, и обменные процессы в головном мозгу), на наш взгляд, не только не менее эффективны, но и абсолютно безопасны (что допускает гипердиагностику СДВГ, поскольку данные препараты могут применяться и у здоровых (!) детей с целью улучшения

их памяти и внимания, навыков речи, чтения и письма). Родителям надо помнить, что лечение данного расстройства занимает даже не месяцы, а годы, зависит не только от времени его начала и от лекарственных препаратов, но и от четкого выполнения всех врачебных и психологических рекомендаций всеми членами семьи такого ребенка.

Так, не рекомендуется искусственно ограничивать двигательную активность расторможенного ребенка, конечно если она не выходит за широкие рамки, когда реальность травматизма вполне реальна. Такой ребенок не может высидеть 45 минут на занятиях, но те же занятия, проводимые несколько раз по 10 минут с перерывами на физические упражнения, проводимые в игровой форме, ему вполне по силам. Любые дети, а страдающие гиперактивностью в особенности, плохо понимают слова «нет» и «нельзя», поэтому употреблять их ча-

сто, вне случаев реальной физической опасности, нецелесообразно. Шумные компании, частые визиты гостей, как и походы в гости, такому ребенку вряд ли будут полезны, поскольку только усилят проявления его гиперактивности и импульсивности. Четкое выполнение режимных мероприятий, спокойная, доброжелательная обстановка в семье показаны всем детям; соответственно, несоблюдение этих норм в первую очередь отразится на «проблемных» детях, в том числе на детях, страдающих синдромом гиперактивности с дефицитом внимания.

Таким образом, дефицит внимания, гиперактивность и поведенческая импульсивность у детей — симптомы, которые должны как можно раньше насторожить не только специалистов, но и родителей. Информационная осведомленность населения о гиперкинетических расстройствах у детей должна стать нормой, а не исключением. ■

Консультативно-диагностический
Центр Санкт-Петербургской государственной
педиатрической медицинской академии:
С.-Петербург, ул. А. Матросова, д. 22.
Тел.: (812) 295-41-75, 295-18-64, 932-03-36
www.psychoregulation.ru



Проверь себя

Ответ:

Безусловно, может. Если созданы соответствующие условия. Если рядом — тактичный, знающий, терпеливый педагог. Если, наконец, чтение — мотивированное. Ведь для ребенка интуитивно уже значим мотив: «А зачем мне это нужно? Ребенка можно познакомить лишь с семью согласными (н, с, м, л, к, т) и четырьмя гласными (а, о, у, и)», и он уже сможет решить несложный кроссворд, превратить слово «лист» в слово «аист», поменяв «л» на «а». Затем слово «смола» превратить, поменяв порядок следования букв, в слово «масло», сможет строить

пирамиды из слов (убирая их каждого предыдущего слова одну букву). Но все это при одном очень важном условии: должна быть создана соответствующая среда, в том числе для обязательного развития фонематического слуха (игры «Кто как говорит?», «Как зовут детей?», «Расставь мебель» и др.). Дети активно включаются в игровые образовательные ситуации, насыщенные практическими или занимательными упражнениями.

Тогда ребенок сможет с радостью и гордостью сказать:

Нет, не зря я трудился:
Я читать научился:
Кло-ун, Карл-сон, Тор-тил-ла,
Мне терпения хватило!

И без палочки волшебной
Сам теперь могу:
Ласку, если злится,
превратить в скалу,
Накормить Мальвину маслом,
не смолой!
Вот какой я умный!
Вот какой большой!
И. Чеплашкина



Вопрос:

Что такое информационно-образовательная среда дошкольного образовательного учреждения?