ГА ПОУ Чувашской Республики «Канашский педагогический колледж»

Министерства образования и молодёжной политики Чувашской Республики

**Реферат на тему:**

«Синдром дефицита внимания в младшем школьном возрасте.

Профилактическая работа»

Выполнила работу

студентка 401 группы КПК

Мурзукова Е.В.

Проверил преподаватель

Козлович В.Н.

Канаш – 2015 г.

Что такое синдром дефицита внимания и гиперактивности?

В настоящее время это заболевание обозначается как «синдром дефицита внимания» (Attention Deficit Disorder - ADD) и «синдром дефицита внимания и гиперактивности»(Attention Deficit-Hyperactivity Disorder - ADHD).

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) - состояние, которое часто встречается в детском возрасте, характеризуется многогранностью клинических проявлений и их значительным влиянием на все последующее нервно-психическое развитие ребенка.

Впервые в 1902 году в английском журнале LANCET была опубликована лекция доктора George Frederic Still. В этой статье он описал 20 молодых пациентов, которые были очень агрессивны, имели нарушения поведения, эмоциональные нарушения. Доктор Still обнаружил, что эти дети имеют «дефект морального контроля», который был, по его мнению, унаследован в некоторых случаях, а в других явился следствием повреждений головного мозга во время беременности и родов и другой патологии. С этого момента началось изучение минимальной мозговой дисфункции, которое продолжается уже более 100 лет.

Начиная с 50-ых годов прошлого столетия врачи и педагоги начали использовать термин «минимальная мозговая дисфункция» при описании детей с повышенной отвлекаемостью и гиперактивностью. Гиперактивность, повышенная отвлекаемость и импульсивность дали название этим нарушениям как гиперкинетический синдром у детей.

Известно, что термин «минимальная мозговая дисфункция» был официально введен в 1962 году на специальной международной конференции в Оксфорде. С тех пор этот термин принял официальный статус в медицинской литературе.

В педагогической же литературе дети с подобными нарушениями нередко определяются как дети со специфическими трудностями в обучении - «Neurolologically Based Learning Disabilities» или «Specific Learning Disabilities» - SLD, или как дети со специфическими нарушениями в развитии и обучении - «Developmental and Learning Disabilities» - DLD.

Вместе с тем многие авторы отмечают, что термин ММД не совсем точно и полно отражает те клинические проявления, которые наблюдаются при данном состоянии, а также динамизм и многообразие патологического процесса. В 80-ые годы термин «минимальная дисфункция мозга» был заменен на термин «синдром дефицита внимания» (Attention Deficit Disoder - ADD). В 1987 году название опять было изменено, чтобы отражать все существенные проблемы: синдром гиперактивности и дефицита внимания (Attention Deficit-Hyperactivity Disoder - ADHD). С учетом того, что минимальная мозговая дисфункция находится в процессе изучения, различные авторы могут описывать данное патологическое состояние, используя различные термины (Silver, 1990).

Актуальность проблемы СДВГ определяется значительной частотой этих расстройств - 5 - 15% среди детей школьного возраста и 12 - 21% среди детей дошкольного и младшего школьного возраста. Консервативные оценки распространенности синдрома дефицита внимания среди взрослых определяют показатель 7%. Среди американских школьников синдром гиперактивности и дефицита внимания встречается в 3-5%. При этом установлено, что СДВГ может служить благоприятной основой для возникновения ряда психических заболеваний, социальной дезадаптации.

СДВГ - это патологическое состояние, которое в значительной степени определяет контингент детей, не готовых к школьному обучению или обнаруживающих школьную дезадаптацию в начальных классах.

Дети с СДВГ имеют не только типичные трудности в учебе, но и отклонения в поведении. Их поведение не соответствует возрастной норме, поэтому в обычной школе они, как правило, не достигают результатов, соответствующих их способностям. С увеличением требований современного образа жизни уже в самом раннем возрасте эти дети становятся постоянными объектами наблюдений педиатров, неврологов и родителей. Повышенная активность ребенка, нарушения внимания, восприятия, мелкой моторики, выраженная лабильность в общении и деятельности чаще всего приводит родителей к неврологу. Ребенок с СДВГ, имеющий нормальные способности, не в состоянии приобретать необходимые знания, отстает в развитии, что особенно ярко выражено в младшем школьном возрасте.

Все это подчеркивает актуальность этой проблемы, диктуя необходимость дальнейшего исследования данного заболевания с позиции педиатрии и детской неврологии

Каковы причины синдрома дефицита внимания и гиперактивности?

Вопросы этиологии данного патологического состояния остаются малоизученными. В настоящее время выделяют 3 основные группы причинных факторов:

* Биологические факторы:
  + Органическое поражение мозга на ранних этапах его развития
  + Генетическая предрасположенность
* Социально-психологические факторы
* Сочетание ряда неблагоприятных факторов.

В частности считается, что это заболевание связано с органическим поражением мозга на ранних этапах его развития. Полагают, что СДВГ развивается вследствие умеренных мозговых повреждений в период беременности и родов. И действительно, этими нарушениями можно объяснить большинство случаев формирования СДВГ.

К неблагоприятным перинатальным факторам относятся длительный внутриутробный дискомфорт ребенка вследствие действия различных факторов, гипоксии, травматизации во время беременности и родов, употребление матерью лекарственных препаратов, токсинов, физические и эмоциональные травмы матери во время беременности, недостаток пренатальных связей с матерью (когда ребенок для матери психологически не является желанным).

Таким образом, наиболее частым последствием перинатального поражения нервной системы является СДВГ.

В этиологии СДВГ отводится большая роль легким повреждениям ЦНС во внутриутробном периоде развития ребенка, часто нераспознанным. При этом отмечается, что степень повреждения нервной системы может быть диффузной или же высокоизбирательной, ограничивающейся повреждением определенных слоев и зон центральной нервной системы.

В настоящее время обращается внимание на роль генетических факторов в развитии заболевания. J.U.Crichton выделяет так называемый конституциональный тип минимальной мозговой дисфункции. Автор считает важным доказательством наследственной отягощенности наличие семейной неспособности к определенным формам обучения. Работами J.M.Finucci и соавт. выделено несколько вариантов наследственной отягощенности.

J.U.Crichton считает, что исследование письма - наиболее надежный и чрезвычайно простой способ обнаружения почти компенсированного дефекта у детей более старшего возраста с этой патологией. У таких пациентов можно выявить поражение и других специфических познавательных процессов, таких как оценка схематических изображений, оценка ритма и музыкального строя речи, узнавание лиц, распознавание социальных понятий. С возрастом такие пациенты в значительной степени компенсируют свои дефекты. J.M.Finucci описал случаи, когда сходные нарушения обнаруживались и у взрослых. Это обстоятельство ретроспективно свидетельствовало, что у них в детском возрасте имелись трудности в обучении.

G.Weiss установил, что даже при благоприятных условиях дети с конституциональным типом СДВГ, становясь взрослыми, продолжают иметь серьезные языковые проблемы. Прогноз для детей со школьной дезадаптацией описан в работе S.Shouhaut и P.Satz, где авторы указывают на сохранение различных нарушений познавательных процессов в более старшем возрасте. Следует однако помнить, что генетическая предрасположенность не является единственным действующим фактором, а влияние генетической предрасположенности родителей проявляется достаточно сложным путем.

Предпринимаются попытки идентифицировать ген, ответственный за возникновение СДВГ.

В большинстве случаев у детей наблюдается сочетание ряда неблагоприятных факторов, когда наследственная предрасположенность сочетается с органическим поражением мозга, а также с неблагоприятными факторами окружения**.** Эти сочетания наиболее часто наблюдались у детей с нарушениями речи, поведения и специфическими трудностями в обучении.

Таким образом, в свете современных знаний следует отказаться от теории единого фактора, вызвавшего СДВГ. Даже если в анамнезе можно выявить вероятную причину поражения, как правило, никогда нельзя предполагать наличие одного фактора, а всегда следует предусматривать возможность воздействия нескольких факторов, влияющих друг на друга. Повреждение вероятнее всего может возникнуть в мозге на разных стадиях его развития, под влиянием факторов, отличающихся по характеру и интенсивности и оказывающих воздействие на различные отделы мозга.

В результате образуется весьма пестрая картина патологических проявлений, отражающая неадекватное развитие функций ЦНС.

Как проявляет себя синдром дефицита внимания и гиперактивности?

Клиническая картина СДВГ чрезвычайно вариабельна и многообразна. Проявления заболевания варьируют от случая к случаю пропорционально степени нарушений и зависят от возраста ребенка.

К основным клиническим проявлениям этого патологического состояния относятся нарушения поведения, внимания и нарушения развития ребенка.

**Нарушения поведения** проявляются у детей в виде **синдрома дефицита внимания и гиперактивности**. Будет ли у ребенка СДВГ, если нет гиперактивности? Несмотря на то что, синдром гиперактивности является ведущим вариантом нарушения поведения у больных, отсутствие его не противоречит диагнозу СДВГ. Данное патологическое состояние может протекать без гиперактивности, ребенок может быть гипоактивным, но при этом у него наблюдаются выраженные нарушения внимания, импульсивность, рассеянность и другие проявления.

В связи с этим выделяют три подтипа СДВГ - гиперактивно-импульсивный, с преимущественно нарушениями внимания, и смешанный (комбинированный) тип.

Американской психиатрической ассоциацией в 1994 году были сформулированы диагностические критерии данного синдрома (табл.1). Клинические проявления должны наблюдаться по крайней мере шесть месяцев, вызывать существенное ухудшение качества жизни пациента, присутствовать как минимум в двух сферах жизни (например, дома и в школе), и соответствовать возрастным параметрам развития. Диагноз должен дифференцироваться с другими проблемами внимания, поведения и обучения.

Многие психологические признаки СДВГ можно наблюдать уже на ранних стадиях развития ребенка, эти проявления могут меняться с возрастом.

В грудном возрасте такие дети, как правило, весьма беспокойны, отличаются повышенной раздражительностью, часто кричат, у них отмечаются нарушения сна и питания.

Нервно-психическое развитие в раннем возрасте часто идет с запозданием, и поэтому ребенок во многих отношениях зависит от окружающей среды и у него не формируются адекватные реакции на поступающие воздействия.

Специфические проявления, характерные для ребенка с СДВГ, очень затрудняют формирование у матери ровного эмоционального отношения к нему. Даже незначительные отклонения в поведении грудного ребенка нарушают отношение к нему матери; так ребенок сам, своим поведением, создает для себя определенную атмосферу.

Именно в этот период молодой матери нужна помощь психолога для того, чтобы она поняла причины поведения ребенка и правильно относилась к возникшим проблемам.

Как правило, такая помощь не оказывается. Особенности поведения ребенка объясняются возрастными факторами и считается, что они со временем исчезнут.

На 1-ом году жизни у таких детей есть нарушения двигательного развития. Нарушения в двигательном развитии ребенка, его подвижность, импульсивность в сочетании с неловкостью является источником нервного напряжения матери, которая пытается его успокоить.

Неловкость проявляется также и в области тонких движений, что особенно ярко выявляется при письме в школе.

Нередко имеет место нарушение речевого развития, дети позже начинают говорить. В школьном возрасте могут быть проблемы с освоением чтения - дислексия.

В дошкольном возрасте выявляются типичные проявления СДВГ, при этом развитие ребенка происходит неравномерно, с отставанием в формировании отдельных функций.

Полученные нами данные свидетельствуют, что возрастные этапы созревания отдельных высших мозговых функций у здоровых и больных детей с СДВГ различны, и у больных их развитие носит несколько отсроченный характер. Наиболее важным для детей с СДВГ в плане выявления и коррекции нарушений является период 5 - 6 лет, когда развитие высших мозговых функций идет наиболее интенсивно.

У больных с СДВГ к 7 годам не наблюдается полного созревания высших мозговых функций. В связи с этим ребенок не готов к школьному обучению. Систематические нагрузки в школе, как правило, приводят у этой группы детей к срыву компенсаторных механизмов ЦНС и развитию дезадаптационного школьного синдрома. Поэтому решение вопроса о готовности ребенка с СДВГ к школе должно проводиться строго индивидуально с учетом количественной и качественной оценки имеющихся нарушений.

У больных с СДВГ могут наблюдаться нарушения познавательных процессов. Эти нарушения связаны с расстройствами слухового и зрительного восприятия, трудностями в образовании понятий, инфантильностью и неконкретностью мышления, на которые постоянное влияние оказывают сиюминутные импульсы; не последнее место занимает и незрелость речи, ограниченный словарный запас, аграмматизмы, замедленность речи и другие нарушения, имеющие социальный характер. Нарушения внимания и гиперактивность также являются препятствием для успешного выполнения школьных требований. Дети, находясь в плену многочисленных внешних воздействий, не могут сосредоточиться на процессе обучения. Они часто обращают внимание на незначительные явления и не могут от этого избавиться. Ребенок находится в постоянном движении, не может сидеть. Если же гиперактивность распространяется на область речевой моторики, ребенок во время урока что-нибудь выкрикивает или начинает импульсивно говорить тогда, когда этого делать не следует.

Формирование эмоциональной и социальной зрелости также нарушено. Ребенок с СДВГ не самостоятелен, не способен к полному самообслуживанию. Роль школьника он осваивает с большими трудностями.

Дети с СДВГ характеризуются сниженной работоспособностью. Они не способны к продолжительной и целенаправленной работе.

Общая лабильность, смена настроений ребенка в течение коротких интервалов времени, низкая эмоциональная устойчивость, приводящая к реакциям типа аффекта, так же как и преобладание импульсивных, неуправляемых реакций, отсутствие контроля за собственными действиями характеризует детей с СДВГ как неподготовленных к школе, которые будут иметь определенные трудности при адаптации к школьным условиям и требованиям.

Все вышесказанные отклонения наблюдаются у отдельных детей в неодинаковой степени, но достаточно проявления хотя бы некоторых из них, чтобы возникли затруднения, которые впоследствии окажут влияние на его дальнейшее пребывание в школе.

Детям, страдающим СДВГ, свойственна повышенная подверженность несчастным случаям, недисциплинированность во всех ситуациях - дома, в играх, в школе. Естественным последствием этого являются трудности школьного обучения.

Кроме синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, больным свойственна **диспраксия** – нарушение целенаправленного действия, моторная неловкость. Дети с подобными нарушениями имеют ряд характерных проявлений:

* С трудом осваивают навыки ухода за собой (завязывание шнурков, застегивание пуговиц и т.д.).
* Плохо рисуют и срисовывают.
* Отмечается дезорганизация деятельности при одевании.
* Характерна неуклюжая походка.
* Отмечаются нарушения плавности и последовательности движений, затруднен переход от одного движения к другому.
* Нарушены сложные движения языком, губами.
* Нарушена координация действия правой и левой рукой.

Широко рассматриваются в литературе **вопросы трудностей обучения**. Трудности обучения - широкий термин, включающий гетерогенную группу нарушений, манифестирующих значительными трудностями понимания и использования речи, чтения, письма, счета. Трудности обучения - это нарушения, при которых дети с нормальным уровнем интеллекта не могут адекватно обучаться.

Выделяют несколько подтипов трудностей обучения:

1. Трудности чтения (дислексия)
2. Трудности письма
3. Трудности в освоении математики.

Самыми распространенными (более 80%) являются трудности чтения, эффективность которого зависит от быстроты декодирования и узнавания фонем в одиночных словах.

Дислексия имеет характерные клинические проявления, при чтении ребенок:

* пропускает или путает буквы, слоги, окончания,
* недочитывает слова до конца,
* пропускает строки,
* неверно ставит ударения,
* не может пересказать прочитанное, т.к. чтение носит угадывающий характер,
* возможно наличие феномена «зеркального чтения».

Клинические проявления дисграфии следующие:

* феномен «зеркального письма»,
* неразборчивый почерк,
* пропуск букв, слогов, недописывание окончаний при письме,
* нарушения согласования слов в предложениях,
* путает похожие по написанию и пространственному расположению буквы (и-ш, л-м, т-п и т.д.)

Трудности в освоении математики появляются, как правило, позднее, когда ребенок переходит к предметному обучению. Дискалькулия может быть изолированной, а может возникать вследствие нарушения понимания логических конструкций поставленных задач.

Дети имеют следующие проявления:

* плохо дифференцируют цифры,
* нарушен автоматизированный счет,
* плохо осваивают математические действия – сложение, вычитание, умножение, деление.

У детей с СДВГ, кроме перечисленных проблем обучения, могут наблюдаться расстройства речи. Характерные клинические проявления следующие:

* Нарушения темпа речи: тахилалия, брадилалия и т.д.
* Нарушения звукопроизношения при сохранном словарном запасе (дизартария или моторная дислалия).
* Нарушения плавности речи (заикание).
* Нарушения восприятия речи (сенсорная дислалия).
* Трудности в построении фраз, искажение слоговой структуры слова, неверно употребление предлогов, глагольных форм, окончаний.

Раннее распознавание специфических трудностей обучения очень важно, и, если не принимать мер, у детей могут развиться вторичные эмоциональные и поведенческие проблемы.

Перед поступлением в школу комплексное обследование детей с СДВГ должно стать обязательным, с тем чтобы родители и учителя были вовремя информированы о возможности возникновения сложных ситуаций и могли бы с самого начала работать с ребенком так, чтобы это соответствовало его возможностям и недостаткам. В некоторых случаях можно рекомендовать и более позднее поступление в школу, систематическое, индивидуальное обучение, влияющее на развитие ребенка в нужном направлении.

Постоянная плохая успеваемость, знание собственных недостатков приводят к созданию у ребенка отрицательного представления о самом себе. В связи с этим возможно несколько типов реагирования ребенка.

У части детей возникают агрессивные реакции во время школьных занятий, игр. Эта реакция характерна для более низкой стадии развития, в виде примитивных реакций, так как найти выход из сложных ситуаций ребенок не способен.

Второй возможностью является бегство. Ребенок убегает от ситуации, с которой он не может успешно справиться. Наиболее специфической формой бегства является «уход в болезнь».

Регрессия или возврат на низший уровень развития также является достаточно частой реакцией ребенка с СДВГ. Ребенок не хочет быть большим и самостоятельным, потому что это приносит ему одни неприятности.

Частой защитной реакцией детей с СДВГ является отрицание трудностей и неадекватная оценка реальной ситуации. Ребенок вытесняет из своего сознания слишком травматизирующую действительность. В которой он всегда терпит неудачи и которой не может избежать.

В настоящее время появилась новая теория, объясняющие патологические проявления СДВГ. По мнению доктора Барклей (США), проблема СДВГ состоит не в том, что больные делают то, что не делают другие дети, а в том, что другие дети имеют способность к подавлению подобных вариантов поведения, т.е. то, что дети с СДВГ сделать не могут. В своих работах он описал 4 основные психологические характеристики, на которые необходимо обращать внимание при диагностике и лечении СДВГ.

* Первая - это способность длительно удерживать событие в мозге, что позволяет человеку изучать и вспоминать прошлый опыт. Это дает возможность предвидеть ситуацию в будущем. Дети с СДВГ не могут длительно удерживать событие в мозге, сравнивать его с прошлым опытом и предвидеть будущее развертывание событий, они живут данным моментом.
* Вторая особенность - это неспособность подавлять немедленный эмоциональный ответ и импульс.
* Третья способность - это использование языка как средства общения. Люди обмениваются информацией, дают инструкции, планы, прежде чем что-то сделать. Дети с СДВГ не имеют внутренней коммуникационной способности.
* Четвертое - это способность к анализу и синтезу информации, которая нарушена у больных.

В соответствии с этой теорией СДВГ - это не нарушение внимания, это нарушение подавления, что и препятствует использованию других способностей детей с СДВГ. Это является гораздо более широким взглядом на это патологическое состояние, чем просто гиперактивность, импульсивность, нарушение внимания.

Описаны также такие симптомы при СДВГ как заикание, энурез, гиперкинезы, синкопальные состояния, цефалгии, вегето-сосудистая дистония, дезадаптационный школьный синдром и т.д.

Согласно данным ряда исследователей, к 13-14 годам у части больных при правильно проводимой реабилитации достигается компенсация клинических проявлений. Однако другие исследователи утверждают, что СДВГ может прогрессировать в юности и зрелости и приводить к антисоциальным поступкам и правонарушениям, алкоголизму и наркомании.

Появились данные о том, что признаки СДВГ сохраняются во взрослой жизни в 11% - 50% случаев, таким образом, существенное число взрослых могу иметь это расстройство. Последующие исследования обнаружили, что у взрослых с СДВГ имеется тенденция к более низкой академической работе, трудности в выполнении работы и более низкое социально-экономическое состояние. Они склонны к антисоциальным расстройствам личности и болезням, связанным с пристрастием к наркотикам. Как и у детей, диагноз СДВГ у взрослых может быть установлен на основании DSM-IV критериях, при этом надо помнить, что некоторые признаки могли быть в детстве. Эти данные свидетельствуют о необходимости ранней диагностики и проведения своевременной коррекции выявленных нарушений у детей с ММД с целью социальной адаптации и улучшения качества их последующей жизни.

Какие исследования надо проводить детям с СДВГ?

В основе диагностики СДВГ лежит клиническое и психолого-педагогическое обследование. К сожалению, лабораторных и инструментальных критериев, подтверждающих наличие синдрома, не существует. Важную роль здесь играют дневники и анкеты, заполняемые родителями и учителями, а также компьютерные тесты для оценки внимания и степени импульсивности. В целом же, диагноз, как правило, ставится на основании комплексного обследования, включающего:

* педиатрическое,
* неврологическое,
* педагогическое,
* логопедическое.

При клиническом обследовании обращает на себя внимание выявление у детей стигм дизэмбриогенеза, «малых» аномалий развития, которые по мнению ряда авторов часто ассоциируются с СДВГ.

Помимо оценки данных анамнеза, общего состояния ребенка, необходимо проводить специальное неврологическое обследование. Обычного исследования, как правило, бывает недостаточно, так как у пациентов отсутствуют типичные очаговые нарушения. Для обнаружения трудно выявляемых изменений, которые невозможно отнести к обычным неврологическим синдромам, разработаны тесты для группы так называемых тонких неврологических признаков и рефлексов, типичных для данного заболевания.

Общесоматическое обследование подразумевает также систематическое наблюдение за кривыми роста и массы тела.

Нейрофизиологическая диагностика не является ведущей в диагностике СДВГ и проводится по показаниям. Электроэнцефалографические (ЭЭГ) исследования являются дополнением к неврологическому обследованию. Установлено, что частота отклонений на ЭЭГ у детей с СДВГ в разных возрастных группах колеблется от 30 до 90%. При всей противоречивости данных литературы относительно электроэнцефалографических показателей у больных, большинство исследователей отмечает наличие патологических изменений биоэлектрической кривой, что может свидетельствовать о роли органического фактора в патогенезе данного патологического состояния.

Ведущими методами диагностики данного патологического состояния является целый ряд тестовых методик, в том числе и нейропсихологическое обследование.

В настоящее время за рубежом наиболее часто применяются следующие тестовые методики: для оценки интеллекта - детская интеллектуальная шкала Векслера (Wechsler Intelligence Scal for Children-Wise); для обследования и оценки зрительно-моторной интеграции - тест Бендера; для оценки зрительно-слуховой интеграции - аудиторно-визуальный тест (The test of auditory-visual integration); для оценки внимания - vigilance test; тест для оценки речи и трудностей обучения; для оценки поведения - шкала гиперактивности (Werry-Weiss-Peters Activity Scal, Brazelton Scal Data).

В отечественных исследованиях используются нейропсихологические методики, разработанные А.Р.Лурия, которые были специально адаптированы к детскому возрасту для изучения состояния высших мозговых функций. Нейропсихологическое обследование дает возможность уточнить топографию нарушений высших мозговых функций, выявит отклонения в функционировании различных отделов головного мозга, а также определить степень компенсации выявленных нарушений, что необходимо в плане предшкольной подготовки ребенка. Нейропсихологическое исследование может проводиться неврологом, к которому обратился больной (с этой целью специально разработаны методики исследования для неврологов). Целесообразно для более детальной оценки направлять ребенка на прием к нейропсихологу, который даст рекомендации по дальнейшему развитию.

Ведущее место отводится клинико-психологическим исследованиям, направленным на выявление качественной структуры дефекта и определения не только актуального, но и потенциального развития - «зоны ближайшего развития». Для этих целей отечественные авторы используют метод «обучающего эксперимента», т.е. оказывая ребенку дозированную помощь, исследователь стремится определить его потенциальные возможности, что может позволить дать прогноз дальнейшего развития обследуемого.

Как лечить больных с СДВГ?

Основные направления лечения СДВГ включают в себя:

* Медицинское наблюдение за общим состоянием ребенка, выявление и терапия соматических нарушений.
* Углубленный осмотр неврологом с использованием нейропсихологических методик (для выявления степени развития высших мозговых функций) в 3, 5 и 7 лет.
* Индивидуальная нейропсихологическая реабилитация.
* Психотерапевтическое воздействие на ребенка, его семью и на людей, в окружении которых он живет.
* Соответствующий подход в школе и организация специального обучения.
* Медикаментозная терапия.

Надо признать, что до настоящего времени не найдено эффективного метода лечения нарушений, присущих минимальной мозговой дисфункции. Поиск идет методом проб и ошибок. В целом прогноз при данном нарушении хороший.

Лечение должно включать в себя медикаментозную, психологическую и педагогическую коррекцию, а также коррекцию поведения. Причем очень важную роль в осуществлении терапии играют родители.

Упор должен быть сделан на методах педагогического воздействия - составлении совместно с родителями и учителями индивидуальных программ обучения, беседа с родителями. Они должны ясно осознать:

1. Гиперактивное поведение не является провинностью. Оно вызвано нарушением внимания и самоконтроля, часто - врожденным.
2. Прогноз более благоприятен, если родители умеют спокойно и с теплотой относиться к ребенку.
3. Дети с данным заболеванием нуждаются в дополнительной помощи дома и в школе.
4. У некоторых гиперактивных детей психологические затруднения сохраняются и при взрослении.

При консультировании родителей важно побуждать их ориентироваться на положительную обратную связь, на оказание поддержки ребенку в тех случаях, когда он способен быть внимательным. Необходимо избегать наказаний.

Родители должны обсудить возникшую проблему со школьными учителями, чтобы к минимуму свести влияние внешних отвлекающих факторов (например, целесообразно посадить ребенка на первую парту). Учителя должны учитывать, что такие дети усваивают материал небольшими частями, и немедленное поощрение способствует повышению их внимательности. Большую пользу могут принести индивидуальные обращения учителя к ребенку в классе.

Педагогические мероприятия ставят своей основной задачей как коррекцию поведения, так и коррекцию нарушений, определяющих специфические трудности в обучении детей с СДВГ. Коррекционное обучение должно сочетаться с лечебно-оздоровительными мероприятиями и индивидуальным подходом в обучении с учетом характерных для каждого ребенка затруднений.

При выявлении отставания в развитии высших мозговых функций по результатам нейропсихологического обследования необходимо проводить реабилитационные мероприятия, способствующие развитию отстающих психических функций, и подготовить ребенка к школьному обучению. С этой целью подбираются развивающие игры.

Таким образом, нейропсихологическое исследование позволяет отразить полную картину слабых и сильных сторон ребенка, что сообщается родителям и другим заинтересованным лицам. До сведения родителей также доводятся подробные рекомендации по коррекции выявленных нарушений. В рекомендациях указываются реалистические предложения по программе обучения, реабилитационные программы, а также стратегия управления его поведением. Кроме того, решается вопрос о возможности обучения в школе для 6-7-летних детей.

Наблюдая и обследуя ребенка в динамике, врач должен контролировать все изменения и вносить коррекцию в восстановительное обучение.

При выявлении в ходе обследования нарушений в развитии речи – общее недоразвитие речи, заикание, дислалия, дизартрия - ребенка направляют к логопеду для проведения коррекционной работы.

Целесообразно рекомендовать обязательный осмотр педагога, психолога, нейропсихолога в 3 года, 5 и 7 лет. Период 5-6 лет наиболее благоприятен для подготовки к школе.

Психологические и психотерапевтические воздействия включают в себя коррекцию поведения, коррекцию эмоционально-волевых расстройств, семейную и индивидуальную психотерапию.

Согласно мнению Barkley R.А. (1990), коррекция нарушений у ребенка будет эффективна в том случае, если реабилитационные программы осуществляются в том месте, в то время и в том окружении, где зафиксированы эти нарушения. Выведение детей из классов и помещение их в специализированные центры для лечения на несколько недель не может помочь ребенку, так как центр находится далеко от того места, где возникает проблема.

Коррекция поведения у детей с СДВГ включает в себя правильно организованный режим дня, а также ряд специальных мероприятий. Известно, что наиболее часто при данном заболевании выявляется синдром гиперактивности. Дети неусидчивы, чрезмерно подвижны, у них нарушено внимание, они эмоционально лабильны, раздражительны. Для детей с таким типом нарушения поведения рекомендуются игры, направленные на выработку и упрочение активного торможения. Рекомендуется проводить следующие коллективные и индивидуальные игры: «Замри», «Утро, день, вечер, ночь», «Море волнуется …». Уменьшению двигательной расторможенности способствует то, что детям в течение дня предоставляется возможность реализовать потребность в движении. Но после подвижной игры обязательно должна проводиться кратковременная игра, способствующая переходу от состояния возбуждения к отдыху. Это может быть игра в «Поезд». Состав из детей-«вагончиков» постепенно замедляет ход, подходит к большой станции и отправляется на отдых… Затем можно предложить ребенку поиграть в настольную игру или развивающие игры.

При другом типе нарушения поведения – гипоактивности – наблюдается вялость, снижение интереса к окружающему, пассивность. В этом случае необходимо добиться уменьшения скованности ребенка, неуверенности в своих силах, страха перед возможной ошибкой. В этом случае рекомендуются игры на развитие общения ребенка. При возможности рекомендуется посещать вместе с ребенком кружки и спортивные секции, в которых исключаются значительные травмы головы.

В настоящее время перспективным методом реабилитации является музыкотерапия, оказывающая психосенсорно-эмоциональное воздействие. Данная методика предполагает прослушивание музыкальной программы в магнитофонной записи, а также пение песен. Музыкотерапия снимает эмоциональную напряженность, тревогу, развивает слуховое восприятие и улучшает общее самочувствие. Программы музыкотерапии подбирается индивидуально, с учетом возраста ребенка, клинических проявлений. Продолжительность сеанса и длительность курса также индивидуальны.

Снятию физического напряжения, компенсации импульсивности хорошо способствует спорт и другие виды физической нагрузки. Хорошо зарекомендовало себя физическое воспитание детей с СДВГ. В своих самых различных формах оно является одним из важнейших методов терапевтического воздействия. Рекомендуются не только индивидуальные занятия, но и совместные занятия родителей с детьми. Физическое воспитание направлено на развитие моторики и сенсомоторики, равновесия, на умение правильно менять положение. В ходе занятий применяются также упражнения на мышечное расслабление и общее успокоение, что позволяет достичь релаксации пациента. Благотворное влияние оказывают упражнения под музыку, где терапевтический эффект достигается благодаря сочетанию движений с восприятием музыки. Целесообразно сочетать физическое воспитание с общеукрепляющем массажем, который также оказывает седативное действие.

**Медикаментозное лечение**назначается лишь в случае выраженной социальной дезадаптации ребенка. Целью медикаментозного лечения является нивелирование нарушений поведения, коррекция затруднений в учебе и проявлений неврозоподобных расстройств.

При назначении препаратов необходимо помнить следующее:

* Медикаментозная терапия не должна считаться панацеей.
* До назначения лечения необходимо комплексное обследование ребенка.
* Эффективность лечения будет выше при сочетании терапии с другими реабилитационными воздействиями.
* Необходимо длительное динамическое наблюдение за ребенком.
* Медикаментозная терапия не должна назначаться, если не доказано негативное влияние нарушений поведения и внимания на обучение ребенка и трудности в общении.

Медикаментозная составляющая лечения включает прежде всего назначение препаратов стимулирующего действия и ноотропных препаратов. Однако родители должны понимать, что медикаментозное лечение – это не панацея от всех проблем. Для коррекции нарушений, имеющихся у ребенка, потребуются огромные усилия со стороны родителей и педагогов.

Применение витаминов в комплексном лечении СДВГ сегодня изучается. Отечественными исследователями в последние годы получены данные об эффективности использования в лечении детей с СДВГ витаминно-минеральных комплексов и поливитаминных препаратов. В частности, показана эффективность препарата нейромультивит в лечении детей с СДВГ школьного возраста. Это свидетельствует о целесообразности включения в протоколы лечения больных поливитаминных комплексов.

По мнению всех клиницистов, СДВГ требует длительного лечения, а это стимулирует к поиску новых нетрадиционных методов лечения данного патологического состояния.

Пациенты с СДВГ должны находиться на диспансерном учете у невролога и педиатра минимум до 8 лет, а при сохранении клинических проявлений и более длительное время. Осмотры пациентов должны проводиться не менее 2-х раз в год, при необходимости – один раз в 3 месяца и чаще.

Кроме специфических неврологических мероприятий, важно динамическое наблюдение ребенка педиатром для выявления и терапии соматических нарушений.

Следует подчеркнуть, что реабилитация больных с СДВГ должна быть ранней, когда компенсаторные возможности мозга ребенка еще велики и не успел сформироваться стойкий патологический стереотип. Зависимость эффективности лечения от возраста ребенка подтверждена нашими исследованиями.

Кроме этого, важным аспектом реабилитации является регулярность проведения терапии. Зависимость динамики патологического процесса от регулярности проводимой терапии доказана нашими исследованиями. Причем частота терапии зависит от выраженности клинических проявлений заболевания и может быть различной для каждого больного.

Клинические проявления СДВГ поддаются коррекции, если реабилитационные воздействия будут начаты с младшего дошкольного возраста, когда компенсаторные возможности мозга велики и еще не успел сформироваться стойкий патологический стереотип. При отсутствии реабилитационных мероприятий с ростом ребенка дефекты развития высших мозговых функций и поведенческие проблемы усугубляются, что впоследствии приводит к трудностям школьного обучения. Поэтому очень важно проводить динамическое наблюдение за состоянием и развитием детей, начиная с раннего возраста, и своевременно назначать коррегирующую терапию.

**Таблица 1.**

Диагностические критерии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью по классификации DSM-IV

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Copyright 1994 American Psychiatric Association)

**А. Для постановки диагноза необходимо наличие следующих симптомов, приведенных в разделах 1 и 2:**

**1.** Шести или более из перечисленных симптомов невнимательности, которые сохраняются у ребенка на протяжении, как минимум, 6 месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам.

**Дефицит внимания**

1. Частые ошибки из-за невнимательности.
2. Частые трудности в связи с необходимостью длительно поддерживать внимание.
3. Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.
4. Несоблюдение инструкций и невыполнение до конца домашнего задания.
5. Трудности в планировании рабочего времени и домашнего задания.
6. Частое уклонение от заданий, требующих длительного умственного напряжения.
7. Частая потеря вещей.
8. Легко отвлекается.
9. Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.

**2.** Шести или более из перечисленных симптомов гиперактивности и импульсивности, которые сохраняются у ребенка на протяжении, как минимум, 6 месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам.

**Гиперактивность**

1. Суетливость и частое беспокойство.
2. Часто встает со своего места во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.
3. Часто проявляет бесцельную двигательную активность.
4. Обычно не может вести себя тихо.
5. Частое поведение «как заводных».
6. Частые случаи быстрого и возбужденного разговора.

**Импульсивность**

1. Часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца.
2. Неспособность долго и терпеливо ждать.
3. Частые попытки задевать или перебивать в разговоре сверстников.

В. Начало клинических проявлений в возрасте ребенка до 7 лет.

С. Проблемы, обусловленные вышеперечисленными симптомами, возникают в двух или более видах окружающей обстановки (например, в школе и дома).

D. Имеются убедительные сведения о клинически значимых нарушениях в социальных контактах или школьном обучении.

E. Имеющиеся нарушения не связаны с предшествующими нарушениями развития, шизофренией и другими психическими заболеваниями и состояниями (нарушения настроения, тревожные состояния и др.)