**СДВГ и его влияние на учебную деятельность у детей младшего школьного возраста. Факторы, влияющие на проявление СДВГ**

В России синдром дефицита внимания стал диагностироваться не более 25 лет назад, вслед за появившимися работами европейских и американских исследователей.

Первоначально его рассматривали в сочетании с гиперактивным поведением ребенка, описывая характерное двигательное беспокойство ребенка и невозможность длительного сосредоточения на каком - либо объекте. Данный синдром был описан на детях с нормальным интеллектом. Дети этой категории, несмотря на хороший интеллект, часто оказывались неуспевающими в школе или относились к «детям с проблемами».

Были попытки расценивать синдром дефицита внимания с гиперактивностью как вид «задержки психического развития» или вариант « минимальной мозговой дисфункции». Такой подход связан с тем, что причинами возникновения синдрома назывались все те же остаточные явления раннего органического поражения головного мозга в период внутриутробного формирования плода или в первые месяцы жизни ребенка. Несколько позже специалистами было высказано, что синдром дефицита внимания можно наблюдать и у детей без признаков гиперактивного поведения.

Следует отметить, что в России психологическая диагностика синдрома разработана слабо. На практике диагноз «синдром дефицита внимания» стали ставить и умственно отсталым детям, и детям с психопатией, и даже детям, больным шизофренией. Дело в том, что нарушения внимания можно диагностировать практически при любом виде детской психопаталогии.

Если нарушается ход психологического развития ребенка, то в той или иной форме нарушаются разные стороны внимания: концентрация, распределение, переключение, объем. При нарушении развития произвольности психических процессов естественно страдает и произвольное внимание. При органических поражениях головного мозга страдает непроизвольное внимание, связанное с нарушением ориентировки в окружающем мире.

Представляется более правильным диагностировать синдром дефицита внимания у детей с проблемами в обучении, имеющими нормальный интеллект, когда, например, трудности их обучения можно объяснить особенностями поведения: плохим сосредоточением, отвлекаемостью, неусидчивостью [18, с.6-8].

В 1962г. Оксфордская группа по международным исследованиям по детской неврологии провела симпозиум по проблеме минимального повреждения мозга. На нем было принято решение, что более подходящим термином для обозначения данного расстройства является «минимальная дисфункция мозга».

Предполагалось, что если при «минимальном повреждении мозга» имеются структурные изменения в центральной нервной системе, то при «легкой дисфункции мозга» локализованное повреждение головного мозга отсутствует, но есть нейрохимическая и нейрофизиологическая дисфункция.

По мнению Clements, «легкая дисфункции мозга» - это заболевание у детей со средним или близким к среднему(у некоторых выше среднего) интеллектуальным уровнем, с нарушениями поведения от легкой до выраженной степени, которые сочетаются с минимальными отклонениями в центральной нервной системе. Они могут характеризоваться различными сочетаниями нарушений перцепции, памяти, контроля внимания, двигательных функций.

В 1975 г. Schmitt выступил против названия заболевания «легкая дисфункция мозга», обосновывая это тем, что такое название, как правило, ассоциируя с повреждением мозга, вызывая у родителей страх за будущее ребенка, его интеллектуальное развитие. Этот «ярлык» следует за ребенком из класса в класс, из школы в школу. Кроме того, по мнению автора, достоверных научных доказательств в пользу этого термина не существует.

Автор обосновывает это следующими фактами: несмотря на высокую распространенность этой патологии в различных странах мира, в некоторых из них, например, в Великобритании, она встречается достаточно редко(0,4%).

В 1980 г. в третьем издании Американской психиатрической ассоциации «Диагностическое и статическое руководство психических нарушений» был впервые представлен термин «attention deficit» (дефицит внимания), который заменил термин «легкая мозговая дисфункция мозга», гиперактивность и другие. Базовым симптомом синдрома стал симптом «нарушение внимания». Это было осбоснованно тем, что нарушение внимания встречается у всех больных с этой патологией, а повышенная двигательная активность не всегда. Помимо нарушения внимания, акцент делается и на несоответствующее норме поведение ребенка [18, с.10-12].

В последующем – разделили синдром на три типа: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, синдром дефицита внимания без гиперактивности и так называемый синдром резидуального типа – термин, используемый для описания подростков и юношей, у которых в раннем возрасте наблюдался синдром дефицита внимания с гиперактивностью [38].

В настоящее время применяется термин «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» или легостения. «Легостения» (от лат. Lego – игрушка и astheneia – слабость). По западным терминам легостения является следствием мозгового кровообращения и кислородного голодания в правом полушарии мозга. Там находятся участки, отвечающие за усвоение быстро сменяющихся образов.

Недоразвитость этих отделов приводит к тому, что ребенок затрудняется в повторении действий окружающих. В раннем детстве для него является проблемой построить пирамидку, собрать башню, сложить мозаику, т.е. осуществить ряд последующих операций, приводящих к конкретному результату. Это может стать причиной неадекватного поведения ребенка. Ребенок, поврежденный легостенией, как правило, агрессивен. Ребенок берет игрушку и бросает, не зная, как ею играть. Эти дети плохо играют в сюжетно-ролевые игры, не способны усидчиво заниматься рисованием или лепкой. Огромного труда им стоит прослушать до конца сказку.

Дефицит внимания характеризуется наличием короткого внимания, рассеянностью. Ребенок не способен завершить выполнение поставленной задачи, «схватить» правильное направление, небрежен при выполнении школьных заданий. Ошибки чаще бывают из-за невнимательности, нежели из-за недостатка понимания материала. Он дезорганизован, не способен запомнить инструкции и задания. Иногда, кажется, что ребенок не слушает. Это поведение обычно менее заметно «один на один» или в ситуации свободного окружения. Нарушение внимания, как правило, очевидно, для учителей. Присутствует отвлекаемость на окружающие звуки и зрительные стимуляции, что другими сверстниками игнорируется. Отвлекаемость может быть связана с собственным телом, одеждой, другими окружающими ребенка предметами.

Ребенок с таким синдромом не способен усидеть на одном месте, постоянно в движении, непоседлив, извивается, бесцельно хватает различные предметы, открывает ящики стола или шкафа, вскарабкивается на стулья, неспособен досидеть до конца телепердачи или дослушать до конца рассказ, его пальцы постоянно производят легкие постукивания, наблюдается раскачивание ног, кручение тела, он постоянно надоедает окружающим. Нередко таких детей называют «вечным двигателем» («perpetum mobile»).

Раздражающие и отвлекающие факторы окружающей среды в таких ситуациях, как присутствие в гостях или магазине, на вечеринке, в толпе и др., изменяют поведение ребенка в худшую сторону. Вспышка гнева или окрик сопровождаются тривиальными оскорблениями [18, с. 14-17].

Одним из трех главных компонентов синдрома является импульсивность, которая определяется дефицитом сдерживающего фактора. Ребенок проявляет импульсивную двигательную и вербальную активность, он действует как бы бездумно, переходит от одного занятия к другому, болтает, не подумав («речь опережает мысль»). Он часто не ладит со сверстниками, в играх становится «мишенью». Отмечено, что для девочек более типично наличие дефицита внимания без гиперактивности.

Социально-поведенческие аспекты этих детей важны не только распространяющимися повсюду отрицательным их влиянием на сверстников, но так же и потому, что эти дети служат как бы социальным катализатором, влияющим на поведение других и часто в нежелательном направлении.

У ребенка наблюдаются сложности во взаимоотношениях не только со сверстниками, но и с взрослыми. В отношении первых они агрессивны и требовательны. Дети школьного возраста очень чувствительны к поведению таких одноклассников и отвергают их дружбу. Родители часто жалуются, что их дети не имеют друзей и что их сверстники отказываются с ними заниматься и играть. При социометрических исследованиях эти дети получают от своих товарищей зачастую отрицательную характеристику. Они отмечают, что эти дети являются «причиной беспокойства», «докучают другим детям». Также возникают трудности в адаптационный период.

Выделяют три блока причин синдрома дефицита внимания с гиперактивностью:

1. Причины биологического характера;
2. Влияние окружающей среды;
3. Психосоциальные воздействия.

Гиперактивность является разновидностью развития с врожденными характеристиками темперамента, врожденными биохимическими параметрами, врожденной низкой реактивностью центральной нервной системы. Низкая возбудимость ЦНС предположительно объясняется нарушением в ретикулярной формации ствола мозга, ингибиторов коры, что и вызывает двигательное беспокойство.

Наличие симптомов в таком случае зависит как от биологических причин, так и от окружения ребенка.

Фактом, доказывающим генетическую предрасположенность синдрома, является то, что у родителей детей, страдающих данным заболеванием, нередко в детстве наблюдались те же симптомы, что и у их детей. Так D.P. Cantwell сообщает, что повышенная двигательная активность наблюдалась у 8 из 50 отцов в детстве, в контрольной группе это соотношение составило 1:50. В семьях детей с синдромом чаще наблюдались психологические нарушения, истерия, алкоголизм при сравнении с обследованной популяцией. Таким образом, результаты ряда исследований показали значимую роль генетического фактора в происхождении синдрома гиперактивности.

Исследованиями на близнецах занимался L. Willerman, когда изучал степень гиперактивности и 93 пар девочек – близнецов. Корреляционная связь у гомозиготных близнецов была высокой, а у гетерозиготных – низкой. На этом основании автор считает возможным предсказать наличие у второго гомозиготного близнеца гиперактивности. У гетерозиготных близнецов такая возможность отрицается.

D.J. Safer дополнил это исследование с помощью полных и неполных сибсов, которые воспитывались в одинаковых условиях. Группы отличались тем, что у сибсов был один отец с синдромом в детстве, а у полусибсов его не было. Хотя эти данные – еще один факт в пользу предрасположенности, автор считает, что для окончательного вывода требуется большее количество наблюдений.

По мнению A.A. Strauss and L.E. Lehtinen, причиной синдрома является повреждение мозговой ткани в первые годы после рождения.

При ретроспективном изменении анамнеза детей с синдромом развития (осложненное течение родов у матери, различные заболевания в постнатальном периоде: энцефалит, черепно – мозговые травмы и др.).

По данным C.M. Drillen имеется корреляция между нарушением поведения детей в школе и низким весом при рождении ребенка, недоношенностью. Также доктор M. C. Cormick (1992) отметила, что у детей, родившихся с очень низкой массой тела (ОНМТ – меньше 1500гр.), в раннем школьном возрасте гораздо чаще выявляются нарушения поведения, особенно относящиеся к их повышенной активности. Согласно перечню (HEALS INTERIEW SURVEY), изданному Национальным Центром Статистики Здоровья США в 1982 г., трудности обучения, повышенная активность, эмоциональные нарушения и/или психическая болезнь – это одно из 6 возможных патологических состояний как последствий недоношенности. Известно, что у детей с коротким сроком гистации наблюдается легкая гипоксия мозга, которая может быть причиной повреждения структур, влияющих на моторику [29].

По мнению E. N. Wwender, пищевые добавки, содержащие салицилаты, могут привести к гиперактивности у ребенка. Автор наблюдал улучшение в состоянии и снижение активности, когда пищевые добавки были исключены из диеты у 30 - 35% детей. Рацион таких детей состоял из мяса, молока, и блюд, приготовленных исключительно в домашних условиях.

Однако дальнейшие исследования не предоставили убедительных данных в отношении роли пищевых добавок развития активности и других симптомов заболевания [5]. Позже исследования выявили связь между гиперактивностью и аффективными нарушениями, алкоголизмом, антисоциальным поведением родителей и родственников первой степени родства. Связь прослеживается между антисоциальным поведением родителей и синдромом у детей даже в тех случаях, когда дети были отделены от родителей со дня их рождения. Хотя эта связь носит специфический характер и не всегда выявляет причинную связь, но эти факторы могут оказывать влияние на течение и исход заболевания.

Суммируя данные, можно выделить следующие теории этиологии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

1. Нейробиологические теории - сторонники утверждают, что существует какой - то медиатор (возможно, моно- или катехоламины, серотонин), влияющих на моторику и приводящих к нарушениям поведения.

2. Авторы нейропсихологических теорий считают, что существует дефицит в механизме ингибирования в головном мозге, в так называемой системе «ингибирования поведения», т. е. нет контроля и «гашения» поведения в septal hippotampal sustem (SHS). Кроме того, дети с СДВГ имеют более низкую величину ответного усилия на раздражительность.

3. Анатомическая теория сравнивает поведение гиперактивных детей с таковым у детей с дисфункцией лобной доли, где расположена SHS, но этому нет достаточного подтверждения современными методами диагностики (компьютерная томография).

4. Теория токсических веществ, приписывающее различным веществам (ароматизаторам, пищевым добавкам, салицилатам), а также чрезмерному употреблению сахара и сахарозы, содержанию свинца в организме возможность возникновения синдрома, имеют право на существование, но нуждаются в дополнительных исследованиях.

Дальнейших разработок и внимания заслуживает как биологические теории, так и теории о психосоциальном происхождении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Анализ диагностических критериев ряда педиатрических программ, проведенных T. Stancin с соавт. В 1990 г., свидетельствует, что среди них нарушение внимания составляет – 5,8%, легкая отвлекаемость – 89%, трудность оставаться на одном месте – 90%, трудности в завершении какого- либо дела – 90,1%, импульсивность – 84,2%, ребенок прерывает, не слушает – 77%, проблемы с учебой – 79,87%, часто меняет деятельность – 72,9%, имеются затруднения в социальном плане – 64,1%, проявление симптомов до 7 лет – 62%, говорлив – 46,6%, агрессивное поведение – 31,9%, нарушение сна – 21,3%.

По данным Tresohlava, частота симптомов распределяется следующим образом:

* нарушение внимания – 96%,
* эмоциональная активность – 83%,
* гиперативность – 80%,
* импульсивность – 63%,
* перцептуальные нарушения – 67%,
* легкие неврологические признаки – 70%.

Ulman с соавт. обследовал 1347 детей (694 мальчика и 653 девочки) в городе с населением 65 тысяч человек с целью выявить детей с синдромом дефицита внимания. Статистический анализ показал, что коэффициент соотношения синдрома с такими симптомами, как нарушение внимания, составлял – 100%, повышенная двигательная активность – 42%, антагонистическое окружающим поведение – 30%.

Как видно из приведенных данных, нарушение внимания является базисным симптомом, поэтому акцент в диагностике на этом симптоме является правомерным.

Имеются и другие различия в трактовке синдрома педиатрами США, Австралии и стран Европы. Первые, наряду с общим поведенческим синдромом (нарушение концентрации внимания, импульсивность, гиперактивность), включает агрессивность, необязательность, антисоциальное поведение. Европейские клиницисты придерживаются точки зрения специалистов ВОЗ – ограничиваться критериями: неспособностью к концентрации внимания в течение нескольких секунд в любой обстановке, выраженой гиперактивностью [7].

СДВГ – явление распространенное. По последним данным, в России каждый четвертый ребенок появляется на свет с минимальной мозговой дисфункцией (разной степени проявления). СДВГ мешает при обучении в традиционной школе, потому что в школе дети с СДВГ относятся к разряду трудных. Для них характерно наличие короткого промежутка внимания, рассеянность, они небрежны при выполнении школьных заданий. Ошибки чаще бывают из- за невнимательности, нежели из- за недостатка понимания материала. Ребенок неорганизован, присутствует отвлекаемость на окружающие звуки и зрительные стимуляции, которые другими сверстниками игнорируются, отвлекаемость может быть связана даже с собственным телом и одеждой.

Особое внимание должен уделять учитель детям с СДВГ, потому что индивидуальный подход к таким ученикам может смягчить адаптацию.

Также важна ранняя диагностика со стороны медиков и профессиональный подход со стороны педагогов.