

**СИНДРОМ ДЕФИЦИТА
ВНИМАНИЯ И
ГИПЕРАКТИВНОСТИ (СДВГ)**

ДЕТИ С СИНДРОМОМ ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

- ◆ СДВГ наблюдается у детей в возрасте **от 3 до 15 лет**, на наиболее часто проявляет себя в дошкольном и младшем школьном возрасте.
- ◆ **Пик проявления синдрома – 6-7 лет;**
- ◆ К **14-15 годам** – гиперактивность постепенно уменьшается, однако **не «исчезает» окончательно:** если проявления гиперактивности и импульсивности снижаются с возрастом, то **нарушения внимания только возрастают.**
- ◆ В развитии СДВГ наблюдаются **половозрастные различия:** среди мальчиков 7-12 лет признаки синдрома встречаются в **2-3 раза чаще**, чем среди девочек.
- ◆ СДВГ встречается у 22% от общего числа обратившихся детей, что в сравнении с наиболее распространенными расстройствами – «школьными неврозами» (нарушение адаптации к школе или детскому саду) – 5% выборки, эпилепсией – 3%, ДЦП – 2%.

Диагностические критерии гиперкинетического расстройства

◆ Дефицит внимания (для постановки диагноза требуется не менее 6 признаков):

- Часто проявляющаяся неспособность внимательно следить за деталями или совершение беспечных ошибок в школьной программе, работе или другой деятельности;
- Часто не удается поддерживать внимание на заданиях или игровой деятельности;
- Часто заметно, что ребенок не слушает того, что ему говорится;
- Ребенок часто не способен следовать инструкциям или завершать школьную работу, повседневные дела или обязанности на рабочем месте (не из-за оппозиционного поведения или неспособности понять инструкцию);
- Часто нарушена организация заданий и деятельности;
- Часто избегает или очень не любит заданий, таких как домашняя работа, требующая постоянных умственных усилий;
- Часто теряет вещи, необходимые для выполнения определенных заданий или деятельности, такие как школьные вещи, карандаши, книги, игрушки или инструменты;
- Часто легко отвлекается на внешние стимулы;
- Часто забывчив в ходе повседневной деятельности;

Диагностические критерии гиперкинетического расстройства

♦ **Гиперактивность** (требуется не менее 3 признаков):

- Часто беспокойно двигает руками или ногами или ерзает на месте;
- Покидает свое место в классе или в другой ситуации, когда требуется оставаться сидеть;
- Часто начинает бегать или куда-то карабкаться, когда это является неуместным (в подростковом или зрелом возрасте может присутствовать лишь чувство беспокойства);
- Часто неадекватно шумен в играх или испытывает затруднения при тихом проведении досуга;
- Обнаруживается стойкий характер чрезмерной моторной активности, на которую существенно не влияют социальные ситуации и требования;

♦ **Импульсивность** (требуется не менее 1 признака):

- Часто выпаливает ответы до того, как завершены вопросы;
- Часто не способен ждать в очередях, дожидаться своей очереди в играх или групповых ситуациях;
- Часто прерывает других или вмешивается (например, в разговоры или игры других);
- Часто слишком много разговаривает без адекватной реакции на социальные ограничения.

ВАЖНО:

◆ В российской есть дополнительные требования для диагноза «гиперкинетическое расстройство»:

- 1) Симптомы появились не позднее 7-летнего возраста;
- 2) Симптомы появлялись в нескольких ситуациях;
- 3) Все 3 типа симптомов были отмечены, по меньшей мере, в двух различных типах ситуаций;
- 4) Расстройство не отвечает критериям, которые позволяют диагностировать общее нарушение развития (например, аутизм);

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С СДВГ

- ◆ Для детей младшего школьного возраста с СДВГ, по данным ЭЭГ, характерным оказался **дефицит неспецифической активации (ее обеспечивают стволовые структуры мозга, ретикулярная формация) и незрелость фронто-таламической системы** – «петли обратной связи», в которой лобные доли, получив активационные влияния от ствола, регулируют уровень активации всего мозга в целом.
- ◆ Также у детей с СДВГ **снижен уровень внутриполушарных связей, в частности между лобными и височными, теменными долями.**
- ◆ У детей с СДВГ снижено **церебральное энергообеспечение (примерно на 12%), особенно - в лобных и правом височном отделах.**

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С СДВГ

- ◆ Также исследование энергетики мозга (по данным уровня постоянных потенциалов) подтверждает данные о **снижении у этой категории детей количества межрегиональных мозговых связей.**
- ◆ Последние исследования показали, что по таким показателям (использовался тест Векслера), как общая осведомленность и объем простых знаний, дети с СДВГ не отличаются от здоровых сверстников, а **вот умение строить умозаключения, способность к применению социальных правил и норм, самостоятельность, долговременная слухо-речевая память у них сформированы хуже нормы.**

СПЕЦИФИКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕБЕНКА С СДВГ

- ◆ **ЦИКЛИЧНОСТЬ**— произвольная продуктивная работа не превышает 5-15 минут, по истечении которых дети теряют контроль над умственной активностью, а далее в течение 3-7 минут мозг накапливает энергию и силы для следующего рабочего цикла.
- ◆ Чем дольше работает ребенок, тем короче становятся продуктивные периоды и длительнее время отдыха — пока не наступает полное истощение.
- ◆ НЕОБХОДИМ ОТДЫХ, ИНОГДА СОН.

ОБЩАЯ ПРОДУКТИВНОСТЬ ПАМЯТИ У ДЕТЕЙ С СДВГ

- ◆ Может быть на уровне нормативных показателей, но из-за неустойчивости внимания наблюдаются «пробелы» в хорошо усвоенном материале.
- ◆ Могут быть следующие *расстройства кратковременной памяти*: уменьшение объема запоминания, повышенная тормозимость посторонними раздражителями, замедленное запоминание.
- ◆ *При этом усиление мотивации или организация материала дает компенсаторный эффект, что свидетельствует о сохранности корковой функции в отношении памяти.*

ВЫВОД

- ◆ Дети с СДВГ имеют следующие характерные признаки:
- ◆ снижение процессов саморегуляции;
- ◆ выраженное нарушение структуры деятельности;
- ◆ сложности в формировании произвольного внимания (неустойчивость, отвлекаемость, трудности с концентрацией и распределением внимания);
- ◆ снижение способности к выделению существенных признаков и пространственных операций;
- ◆ изменение временной протяженности рабочих и релаксационных циклов в деятельности мозга.
- ◆ **Выявляемые у детей нарушения интерпретируются как отражение незрелости, а не повреждение мозговой ткани.**