**Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и коморбидные расстройства**

**у детей дошкольного возраста: современный взгляд педагог-психолога ДОУ**

|  |  |
| --- | --- |
| https://thumbs.dreamstime.com/z/%D1%81%D0%B2%D1%8F%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%B9-%D0%BC%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D1%86-90242.jpg https://pbs.twimg.com/media/D-h5LBWXUAEbzVM.jpg:large | *Педагог-психолог Бизимова Л.В.,*  *педагог-психолог Шаравина Ю.В.*  *МБДОУ г. Иркутска детский сад № 156* |

Синдром дефицита внимания и гиперактивности встречается у довольно большого числа детей. В каждом классе или группе детского садика есть хотя бы один ребенок с проявлениями этого синдрома. Данный диагноз означает наличие отклонений психики, выражающихся в повышенной возбудимости, эмоциональности, гиперактивности, сопровождающейся вспышками агрессии, а также сниженной способности к восприятию информации, усидчивости, проблемами с вниманием.

По сути это неврологическое нарушение, которое характеризуется странностями в поведении ребенка, не соответствующими возрастной группе. Заболевание вызывает постоянную невнимательность, чрезмерную подвижность и импульсивность. Признаки его проявляются в разных общественных и бытовых ситуациях. СДВГ возникает с раннего детства, сильно прогрессирует в подростковом состоянии и может сохраняться во взрослом возрасте.

**Синдром дефицита внимания и гиперактивности** (англ. *attention deficit hyperactivity syndrome*), аббр. СДВГ, расстройство внимания с гиперактивностью или гиперактивное расстройство с дефицитом внимания (англ. *attention deficit hyperactivity disorder*, аббр. *ADHD*) - неврологическо-поведенческое расстройство развития, начинающееся в детском возрасте. Проявляется такими симптомами, как трудности концентрации внимания, гиперактивность и плохо управляемая импульсивность. Также при склонности к СДВГ у взрослых возможны снижение интеллекта и трудности с восприятием информации.

В середине xix века немецкий врач-психоневролог Генрих Хоффман первым описал чрезмерно подвижного ребенка и дал ему прозвище «непоседа Фил». С 60-х годов xx века врачи стали выделять такое состояние как патологическое и назвали его минимальные мозговые дисфункции (минимальное расстройство функций мозга).

С 80-х годов двадцатого века состояние чрезмерной двигательной активности (гиперактивность) стали выделять как самостоятельное заболевание и занесли в международную классификацию болезнен под названием синдром нарушения (или дефицита) внимания с гиперактивностью (СНВГ). Оно обусловлено нарушением функций центральной нервной системы (ЦНС) ребенка и проявляется и том, что малышу трудно концентрировать и удерживать внимание, у него возникают проблемы с обучением и памятью. Вызвано это и первую очередь тем, что мозгу такого ребенка сложно обрабатывать внешнюю и внутреннюю информацию и стимулы.

Стоит отметить, что, хотя внешне на первый план выходит избыточном подвижность малыша, основным дефектом в структуре этого заболевания является дефицит внимания: карапуз не может ни на чем сосредоточиться надолго. Дети, страдающие СДВГ, отличаются неусидчивостью, невнимательностью, гипепактивностью и импульсивностью.

СДВГ и его лечение вызывает много споров начиная уже с 1970 годов. В существовании СДВГ сомневается ряд медиков, учителей, политиков, родителей и средств массовой информации. Некоторые считают, что такого заболевания, как СДВГ, не существует вообще, однако их противники полагают, что существуют генетические и физиологические причины данного состояния. Некоторые исследователи настаивают даже на влиянии климатических факторов в развитии СДВГ у детей.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) - одно из распространенных психоневрологических расстройств у детей. Его диагностика основывается на международных критериях МКБ-10, но также должна учитывать возрастную динамику СДВГ и особенности его проявлений в дошкольном, младшем школьном и подростковом периодах.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) - одно из распространенных психоневрологических расстройств в детском возрасте. СДВГ широко представлен в детской популяции. Его распространенность колеблется от 2 до 12% (в среднем 3-7%), чаще встречается у мальчиков, чем у девочек (в среднем соотношение - 3 : 1).

СДВГ может встречаться как в изолированном виде, так и в сочетании с другими эмоциональными и поведенческими нарушениями, оказывая негативное влияние на обучение и социальную адаптацию.

Первые проявления СДВГ обычно отмечаются с 3-4-летнего возраста, иногда и раньше. Но когда ребенок становится старше и поступает в школу, у него возникают дополнительные сложности, поскольку начало школьного обучения предъявляет новые, более высокие требования к личности ребенка и его интеллектуальным возможностям.

Симптомы СДВГ у ребенка могут стать поводом для первичного обращения к педиатрам, а также логопедам, дефектологам, психологам. Часто на симптомы СДВГ впервые обращают внимание педагоги дошкольных и школьных образовательных учреждений.

В чем суть расстройства? В основе СДВГ лежит волнообразная и не соответствующая ситуации выработка веществ, с помощью которых по нейронным цепям передается информация, происходит это в зонах мозга, ответственных за удержание внимания, принятия решений. При СДВГ возникают трудности с:

* удерживанием внимания на определенном объекте, которым может быть предмет, движение или ситуация;
* принятием решений (например, в процессе выбора игрушек);
* усидчивостью;
* участием в разных видах деятельности;
* поведением, соответствующим возрастным нормам и социальным правилам.

СДВГ проявляется в детском возрасте. Синдром сохраняется на долгие годы, затрудняя процесс обучения и социализации ребенка.

СДВГ может также может сопровождаться такими неблагоприятными состояниями как:

* Нарушения эмоционального контроля (тревожность, биполярное расстройство, депрессия, панические нарушения, обсессивно-компульсивные нарушения).
* Нарушения двигательного контроля (моторные и вокальные тики, нарушения сна с периодическими движениями конечностей).
* Нарушения комфорта (мигрени, энурез).
* Нарушения, связанные с использованием интоксикантов (употребление алкоголя, наркотиков, табака).
* Нарушения с разрушительным поведением (ребёнок делает всё «назло», провоцирует взрослых и детей вызывающим или агрессивным поведением, издевается над животными или сверстниками).
* И, наконец СДВГ почти всегда сопровождается нарушениями моторики, обучения, общения (тут всё также очень индивидуально: у кого-то нарушена только моторика, отчего он неловок, а у кого-то все три сферы, да так, что он не может учиться в обычной школе).

В настоящее время действует Международная классификация болезней Десятого пересмотра (МКБ-10, англ. ICD-10). В МКБ-10 СДВГ относился к гиперкинетическим расстройствам - группе эмоциональных расстройств и расстройств поведения, начинающихся обычно в детском возрасте, а в МКБ-11 относится к нейроонтогенетическим расстройствам.

С неврологической точки зрения СДВГ рассматривается как стойкий и хронический синдром, для которого не найдено способа излечения. Считается, что некоторые дети, а именно 30 %, «перерастают» этот синдром либо приспосабливаются к нему во взрослой жизни.

Диагностика СДВГ основывается на международных критериях, включающих перечни наиболее характерных и четко прослеживаемых признаков данного расстройства. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и классификация Американской психиатрической ассоциации DSM-IV-TR подходят к критериям диагностики СДВГ со сходных позиций. В МКБ-10 СДВГ отнесен к категории гиперкинетических расстройств (рубрика F90) в разделе «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте», а в DSM-IV-TR СДВГ представлен в рубрике 314 раздела «Расстройства, впервые диагностируемые в младенческом, детском или подростковом возрасте».

Обязательными характеристиками СДВГ также являются:

* продолжительность: симптомы отмечаются на протяжении не менее 6 месяцев;
* постоянство, распространение на все сферы жизни: нарушения адаптации наблюдаются в двух и более видах окружающей обстановки;
* выраженность нарушений: существенные нарушения в обучении, социальных контактах, профессиональной деятельности;
* исключаются другие психические расстройства: симптомы не могут быть связаны исключительно с течением другого заболевания.

Классификация DSM-IV-TR определяет СДВГ как первичное расстройство. Одновременно в зависимости от преобладающих симптомов разграничиваются следующие формы СДВГ:

* сочетанная (комбинированная) форма - имеются все три группы симптомов (50-75%);
* СДВГ с преимущественными нарушениями внимания (20-30%);
* СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности (около 15%).

В МКБ-10 диагноз «гиперкинетическое расстройство» примерно равнозначен сочетанной форме СДВГ по DSM-IV-TR. Для постановки диагноза по МКБ-10 должны быть подтверждены все три группы симптомов, в том числе не менее 6 проявлений невнимательности, не менее 3 - гиперактивности, хотя бы 1 - импульсивности. Таким образом, диагностические критерии СДВГ в МКБ-10 более строгие, чем в DSM-IV-TR, и определяют только сочетанную форму СДВГ.

Рассмотрим *классификацию СДВГ.*В [DSM-5](https://ru.wikipedia.org/wiki/DSM-5) выделяется 3 основных типа расстройства и 2 дополнительных («другое уточнённое» и «неуточнённое»):

1. Расстройство дефицита внимания/гиперактивности: преобладание дефицита внимания — СДВГ-ПДВ или СДВГ-ДВ (англ. attention-deficit/hyperactivity disorder: predominantly inattentive presentation, код 314.00/F90.0)
2. Расстройство дефицита внимания/гиперактивности: преобладание гиперактивности и импульсивности — СДВГ-ГИ или СДВГ-Г (англ. attention-deficit/hyperactivity disorder: predominantly hyperactive/impulsive presentation, код 314.01/F90.1)
3. Расстройство дефицита внимания/гиперактивности: смешанный тип — СДВГ-С (англ. attention-deficit/hyperactivity disorder: combined presentation, код 314.01/F90.2).
4. Другое уточнённое расстройство дефицита внимания/гиперактивности (англ. other specified attention-deficit/hyperactivity disorder, код 314.01/F90.8).
5. Неуточнённое расстройство дефицита внимания/гиперактивности (англ. unspecified attention-deficit/hyperactivity disorder, код 314.01/F90.9).

Какие диагностические критерии СДВГ обозначены в классификации МКБ-10? В [Международной классификации болезней](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B6%D0%B4%D1%83%D0%BD%D0%B0%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%84%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B5%D0%B9) 10-пересмотра ([МКБ-10](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%9A%D0%91-10)) синдром дефицита внимания и гиперактивности входит в диагностическую рубрику «нарушение активности и внимания» ([F](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%9A%D0%91-10#Перечень_классов_МКБ-10)[90.0](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F90.0)).

Для постановки диагноза синдрома дефицита внимания и [гиперактивности](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C) должны выявляться общие критерии гиперкинетического расстройства ([F](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%9A%D0%91-10#Перечень_классов_МКБ-10)[90](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F90)), но не критерии расстройства поведения ([F](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%9A%D0%91-10#Перечень_классов_МКБ-10)[91](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F91)).

Обобщая, должны выявляться некоторые из симптомов следующих групп (общие критерии для «гиперкинетические расстройств» - [F](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%9A%D0%91-10#Перечень_классов_МКБ-10)[90](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F90)): *невнимательность* (неспособность внимательно следить за деталями, поддерживать внимание на заданиях или в играх, неспособность следовать инструкциям или завершать школьные задания, частые отвлечения на внешние стимулы и др.), [*гиперактивность*](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C) (беспокойные движения частями тела, ёрзание на месте, невозможность усидеть на месте, [бег](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B5%D0%B3) или карабканье куда-либо в неуместных ситуациях, неадекватная [шумность](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D1%83%D0%BC) в играх и др.) и [*импульсивность*](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BC%D0%BF%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%81%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C) (ответы до того, как завершены вопросы, неспособность ждать в очередях, [болтливость](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C) без адекватной реакции на социальные ограничения, частое прерывание других и встревание в разговоры или игры).

Начало расстройства должно быть до 7 лет, продолжительность его не менее 6 месяцев, а [коэффициент интеллекта](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%8D%D1%84%D1%84%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%B5%D0%BD%D1%82_%D0%B8%D0%BD%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%B0) (IQ) пациента выше 50.

с 1 января 2022 года вступит в силу классификация вступит в силу [МКБ-11 (Международная классификация болезней 11 пересмотра)](https://icd11.ru/). МКБ-11 была представлена на 144-м заседании Исполнительного совета в январе 2019 года и утверждена в рамках 72 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) в мае 2019 года.

В МКБ-11 (2018) гиперактивное расстройство с дефицитом внимания будет рассматривается как отдельный диагноз (код 6A05). Выделяются следующие подтипы расстройства:

1. 6A05.0: Представлена преимущественно невнимательность.
2. 6A05.1: Представлена преимущественно гиперактивность-импульсивность.
3. 6A05.2: Смешанный тип.
4. 6A05.Y: Другой уточнённый тип.
5. 6A05.Z: Неуточнённый тип.

В настоящее время диагностика СДВГ основывается на клинических критериях. Для подтверждения СДВГ не существует специальных критериев или тестов, основанных на применении современных психологических, нейрофизиологических, биохимических, молекулярно-генетических, нейрорадиологических и других методов.

Диагноз СДВГ ставится врачом, однако педагоги и психологи также должны быть хорошо знакомы с диагностическими критериями СДВГ, тем более что для подтверждения этого диагноза важно получить надежные сведения о поведении ребенка не только дома, но и в школе или дошкольном учреждении.

*Диагностические критерии СДВГ по классификации DSM-5.* Согласно [DSM-5](https://ru.wikipedia.org/wiki/DSM-5) (2013), диагноз синдром дефицита внимания-гиперактивности можно установить не ранее 12 лет (по изданию [DSM-IV](https://ru.wikipedia.org/wiki/DSM-IV) 1994 года с 6 лет). [Симптомы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%81%D0%B8%D0%BC%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BC) должны наблюдаться в разных ситуациях и обстановке. Для постановки диагноза необходимо наличие 6 симптомов (из группы «невнимательности» и/или «гиперактивности и импульсивности»), а с 17 лет - 5 симптомов. Симптомы должны присутствовать не менее полугода, и пациенты должны отставать от уровня развития большинства подростков своего возраста. Для постановки диагноза симптомы должны проявляться и до 12 лет, при этом их нельзя объяснить другими психическими расстройствами.

*Признаки невнимательности***:**

* Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр (например, с трудом остаётся сосредоточенным во время [лекций](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F), [разговоров](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B0%D0%B7%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80) или длительного чтения).
* Часто неспособен удерживать внимание на деталях: из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности (например, пропускает детали, работа неточная).
* Часто складывается впечатление, что ребёнок не слушает обращённую к нему [речь](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%87%D1%8C) (например, кажется, что умственно он в другом месте, даже в отсутствие какого-либо очевидного отвлечения).
* Часто не следует инструкциям и не завершает школьные задания, обязанности или рутинные операции на рабочем месте (например, начинает задания, но быстро теряет фокус и легко отвлекается).
* Обычно избегает вовлечения в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения (например, школьная или домашняя работа, для старших подростков и взрослых — подготовка отчётов, заполнение бланков, анализ длинных документов).
* Легко отвлекается на посторонние стимулы (для старших подростков и взрослых может включать отвлечённые мысли).
* Часто испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения задач и других видов деятельности (например, затруднение в управлении последовательными задачами, затруднение хранения материалов и вещей в порядке; беспорядочная, неорганизованная работа, плохое управление временем, невыполнение сроков).
* Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях (например, выполнение обязанностей, выполнение поручений, у старших подростков и взрослых — обратные звонки, оплата счетов, назначение встреч).
* Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, школьные материалы, карандаши, [книги](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BD%D0%B8%D0%B3%D0%B0), инструменты, [кошельки](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%88%D0%B5%D0%BB%D1%91%D0%BA), [ключи](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D0%BC%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B9_%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D1%87), документы, [очки](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%87%D0%BA%D0%B8), [мобильные телефоны](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B9_%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D1%84%D0%BE%D0%BD), зонты, перчатки, кольца или браслеты, которые снял на время).

*Признаки гиперактивности и импульсивности*:

* Часто проявляет бесцельную двигательную активность: [бегает](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B5%D0%B3), пытается куда-то залезть, причём в таких ситуациях, когда это неприемлемо (у подростков или взрослых может быть ограничено чувством беспокойства).
* Обычно не может тихо, спокойно [играть](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%B3%D1%80%D0%B0) или заниматься чем-либо на досуге.
* Часто наблюдаются беспокойные [движения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B2%D0%B8%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5_(%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F)) в кистях и стопах; сидя на стуле, извивается на месте.
* Часто встаёт со своего места на занятии в ДОУ, в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте (например, оставляет своё место в классе, в [офисе](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%84%D0%B8%D1%81) или на другом рабочем месте или в других ситуациях, требующих сохранения на месте).
* Часто отвечает до того, как вопрос задан до конца (например, завершает предложения людей, не может ждать поворота в разговоре).
* Часто находится в постоянном движении и ведёт себя так, «как будто к нему прикрепили [мотор](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B2%D0%B8%D0%B3%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C)» (например, ему неудобно находиться в течение длительного времени в [ресторанах](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%BD), на встречах; может расцениваться другими как беспокойный, с кем сложно быть наравне).
* Бывает болтливым.
* Часто перебивает или вторгается к другим (например, встревает в разговоры, игры или дела; может начать использовать вещи других людей, не спрашивая или не получая разрешения; у подростков и взрослых — может вторгаться в то, что делают другие).
* Обычно с трудом дожидается наступления благоприятных событий в различных социальных ситуациях (например, в ожидании права быть обслуженным в порядке [очереди](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B4%D1%8C)).

Для постановки диагноза должны быть подтверждены все три группы симптомов, в том числе не менее 6 проявлений невнимательности, не менее 3 - гиперактивности, хотя бы 1 - импульсивности.

Кроме того, диагностика СДВГ должна строиться с учетом своеобразной возрастной динамики этого состояния. Симптомы СДВГ имеют свои особенности в дошкольном, младшем школьном и подростковом возрасте.

Рассмотрим проявление СДВГ у детей в дошкольном возрасте. В возрасте от 3 до 7 лет обычно начинают проявляться гиперактивность и импульсивность.

Гиперактивность характеризуется тем, что ребенок находится в постоянном движении, не может спокойно усидеть на месте во время занятий в течение даже непродолжительного времени, слишком болтлив и задает бесконечное число вопросов.

Импульсивность выражается в том, что он действует, не подумав, не может дожидаться своей очереди, не ощущает ограничений в межличностном общении, вмешиваясь в разговоры и часто перебивая других. Такие дети часто характеризуются как не умеющие себя вести или слишком темпераментные. Они крайне нетерпеливы, спорят, шумят, кричат, что часто приводит их к вспышкам сильного раздражения.

Импульсивность может сопровождаться «бесстрашием», в результате чего ребенок подвергает опасности себя (повышен риск травм) или окружающих. Во время игр энергия бьет через край, и поэтому сами игры приобретают разрушительный характер. Дети неаккуратны, часто бросают, ломают вещи или игрушки, непослушны, плохо подчиняются требованиям взрослых, могут проявлять агрессивность. Многие гиперактивные дети отстают от сверстников в развитии речи.

СДВГ является серьезной социальной проблемой, так как встречается у большого количества детей (поданным разных исследовании, им страдают от 2.2 до 18 процентов малышей) и очень мешает их социальной адаптации. Так, известно, что дети, страдающие СДВГ, входят в группу риска по развитию в дальнейшем алкоголизма и наркомании. СДВГ встречается у мальчиков в 4-5 раз чаще, чем у девочек.

*Какие основные причины возникновения СДВГ?*Точная причина возникновения СДВГ неизвестна, но существует несколько теорий. Причинами возникновения органических нарушений могут быть:

* Иммунологическая несовместимость (по [резус-фактору](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D1%83%D0%BF%D0%BF%D1%8B_%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8#Система_Rh_(резус-система))).
* Угрозы выкидыша.
* Общее ухудшение экологической ситуации.
* Инфекции матери во время беременности и действие лекарств, алкоголя, наркотиков, курения в этот период.
* Хронические заболевания матери.
* Преждевременные, скоротечные или затяжные роды, стимуляция родовой деятельности, отравление наркозом, кесарево сечение.
* Родовые осложнения (неправильное предлежание плода, обвитие его пуповиной) ведут к травмам позвоночника плода, асфиксиям, внутренним мозговым кровоизлияниям.
* Астма, пневмонии, сердечная недостаточность, диабет, заболевания почек могут выступать как факторы, нарушающие нормальную работу мозга;
* Неправильное питание, в том числе изучаются некоторые пищевые добавки как фактор, влияющий на гиперактивность.
* Любые заболевания младенцев с высокой температурой и приёмом сильнодействующих лекарств.

Специалистами Медико-генетического научного центра [РАМН](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%90%D0%9C%D0%9D) и факультета психологии [МГУ](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%93%D0%A3) установлено, что «большинство исследователей сходится во мнении, что единую причину возникновения заболевания выявить не удается и, похоже, не удастся никогда». Учёные США, Голландии, Колумбии и Германии выдвинули предположение, что на 80 % возникновение СДВГ зависит от генетических факторов. Из более чем тридцати генов-кандидатов выбрали три — ген переносчика [дофамина](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%BE%D1%84%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD), а также два гена дофаминовых рецепторов. Однако генетические предпосылки к развитию СДВГ проявляются во взаимодействии со средой, которая может эти предпосылки усилить или ослабить.

*Рассмотрим более подробно патогенез СДВГ*. В основе формирования СДВГ лежат нейробиологические факторы: генетические механизмы и раннее органическое повреждение центральной нервной системы (ЦНС), которые могут сочетаться друг с другом. Именно они определяют изменения со стороны ЦНС, нарушения высших психических функций и поведения, соответствующие картине СДВГ. Результаты современных исследований указывают на вовлечение в патогенетические механизмы СДВГ системы «ассоциативная кора-базальные ганглии-таламус-мозжечок-префронтальная кора», в которой согласованное функционирование всех структур обеспечивает контроль внимания и организацию поведения.

Во многих случаях дополнительное воздействие на детей с СДВГ оказывают негативные социально-психологические факторы (прежде всего - внутрисемейные), которые сами по себе не вызывают развития СДВГ, но всегда способствуют усилению отмечающихся у ребенка симптомов и трудностей адаптации.

*Генетические механизмы*. К числу генов, детерминирующих предрасположенность к развитию СДВГ (роль некоторых из них в патогенезе СДВГ подтверждена, а другие рассматриваются в качестве кандидатных), относятся гены, регулирующие обмен нейромедиаторов в мозге, в частности дофамина и норадреналина. Дисфункция нейромедиаторных систем мозга играет важную роль в патогенезе СДВГ. При этом основное значение имеют нарушения процессов синаптической передачи, которые влекут за собой разобщение, перерыв связей между лобными долями и подкорковыми образованиями и как следствие этого - развитие симптомов СДВГ.

В пользу нарушений нейромедиаторной передачи систем как первичного звена в развитии СДВГ свидетельствует то, что механизмы действия лекарственных средств, наиболее эффективных в терапии СДВГ, заключаются в активации высвобождения и торможения обратного захвата дофамина и норадреналина в пресинаптических нервных окончаниях, что увеличивает биодоступность нейромедиаторов на уровне синапсов.

В современных концепциях дефицит внимания у детей с СДВГ рассматривается как результат нарушений работы заднемозговой системы внимания, регулируемой норадреналином, тогда как характерные для СДВГ расстройства поведенческого торможения и самоконтроля - как недостаточность дофаминергического контроля за поступлением импульсов к переднемозговой системе внимания.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью считается полигенным расстройством, при котором одновременно существующие многочисленные нарушения процессов обмена дофамина и/или норадреналина обусловлены влияниями нескольких генов, перекрывающими защитное действие компенсаторных механизмов. Эффекты генов, вызывающих СДВГ, являются аддитивными, взаимодополняющими. Таким образом, СДВГ рассматривается как полигенная патология со сложным и вариабельным наследованием, и в то же время как генетически гетерогенное состояние.

*Пре- и перинатальным факторам* отводится важная роль в патогенезе СДВГ. При сравнительном анализе анамнестических сведений у детей с СДВГ и их здоровых сверстников показано, что формированию СДВГ могут предшествовать нарушения течения беременности и родов, в частности гестозы, эклампсия, первая по счету беременность, возраст матери моложе 20 лет или старше 40 лет, длительное течение родов, переношенная беременность и недоношенность, низкая масса тела при рождении, морфофункциональная незрелость, гипоксически-ишемическая энцефалопатия, заболевание ребенка на первом году жизни. Другими факторами риска являются употребление матерью во время беременности некоторых лекарственных препаратов, алкоголя и курение.

По-видимому, с ранним повреждением ЦНС связано обнаруженное у детей с СДВГ по сравнению со здоровыми сверстниками с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ) некоторое уменьшение размеров префронтальных областей мозга (преимущественно в правом полушарии), подкорковых структур, мозолистого тела, мозжечка.

По мнению исследователей, изменения со стороны хвостатого ядра у детей с СДВГ были результатом его гипоксически-ишемического поражения в период новорожденности.

В дальнейшем с помощью позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ) установили, что перенесенная при рождении ишемия мозга влечет стойкие изменения дофаминовых рецепторов 2-го и 3-го типов в структурах стриатума. Полученные результаты показывают, что критические изменения на уровне рецепторов (и, возможно, других белковых структур, участвующих в обмене нейромедиаторов) могут иметь не только наследственную природу, но и являться результатом пре- и перинатальной патологии.

*Нейропсихологические механизмы СДВГ* рассматриваются с позиций нарушений (незрелости) функций лобных долей головного мозга, прежде всего - префронтальной области. Проявления СДВГ анализируются с позиций дефицита функций лобных и префронтальных отделов мозга и недостаточной сформированности управляющих функций.

*Влияние неблагоприятных факторов внешней среды*. Антропогенное загрязнение окружающей человека природной среды, во многом связанное с микроэлементами из группы тяжелых металлов, может иметь негативные последствия для здоровья детей. Известно, что в непосредственной близости от многих промышленных предприятий образуются зоны с повышенным содержанием свинца, мышьяка, ртути, кадмия, никеля и других микроэлементов. Наиболее распространенным нейротоксикантом из группы тяжелых металлов является свинец, а источниками загрязнения им окружающей среды - промышленные выбросы и выхлопные газы автотранспорта. Поступление свинца в организм детей может вызывать когнитивные и поведенческие нарушения у детей.

*Роль пищевых факторов и несбалансированного питания.* Возникновению или усилению симптомов СДВГ могут способствовать несбалансированность питания (например, недостаточность белков при увеличении количества легко усваиваемых углеводов, особенно в утренние часы), а также недостаточность в пище микронутриентов, в том числе витаминов, фолатов, омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), макро- и микроэлементов. Такие микронутриенты, как магний, пиридоксин и некоторые другие непосредственно влияют на синтез и деградацию моноаминовых нейромедиаторов. Поэтому дефицит микронутриентов может влиять на нейромедиаторный баланс и, следовательно, на манифестацию симптомов СДВГ.

Особый интерес среди микронутриентов привлекает магний, который является природным антагонистом свинца и способствует быстрой элиминации этого токсичного элемента. Поэтому дефицит магния, помимо других эффектов, может способствовать накоплению в организме свинца. При обследовании 52 гиперактивных детей у 30 (58%) из них выявлены пониженные уровни магния в эритроцитах. По данным российских исследователей, дефицит магния определяется у 70% детей с СДВГ.

Магний является важным элементом, участвующим в поддержании баланса процессов возбуждения и торможения в ЦНС. Существует несколько молекулярных механизмов, через которые дефицит магния влияет на активность нейронов и метаболизм нейромедиаторов. Поэтому дефицит магния способствует дисбалансу процессов «возбуждения-торможения» в ЦНС в сторону возбуждения и может влиять на манифестацию СДВГ.

Дефицит магния при СДВГ может быть связан не только с его недостаточным поступлением в организм с пищей, но и с повышенной потребностью в нем в критические периоды роста и развития, при тяжелых физических и нервно-психических нагрузках, воздействии стрессов. В условиях экологической нагрузки в качестве металлов-вытеснителей магния наряду со свинцом выступают никель и кадмий. Кроме недостатка в организме магния на проявление симптомов СДВГ могут оказывать влияние дефициты цинка, йода, железа.

Таким образом, СДВГ - психоневрологическое расстройство со сложным патогенезом, сопровождающееся структурными, метаболическими, нейрохимическими, нейрофизиологическими изменениями в ЦНС, а также нейропсихологическими нарушениями со стороны процессов обработки информации и УФ.

*Как диагностируют СДВГ?*

* Для начала следует принять во внимание, что СДВГ (так же, как и другой медицинский диагноз) может поставить только врач, в данном случае - психиатр. Педагог или психолог могут *заподозрить* синдром у ребёнка и *порекомендовать* родителям обратиться к врачу.
* Делает это доктор, используя *феноменологическую психологическую характеристику* ребёнка (то есть описание феноменов поведения ребёнка: не следит за деталями, выкрикивает, не умеет ждать и т.д.).

Разумеется, тут можно возразить, что критерии получаются слишком субъективными: для кого-то «не следит за деталями» - это когда ребёнок путает букву «у» и цифру «4» на письме и не может объяснить сюжет простой картинки из книжки для трёхлеток, а для кого-то - это когда малыш не может по памяти ответить, сколько птиц изображено на левой створке триптиха «Искушение святого Антония». Именно поэтому диагноз выставляется **врачом,** а не родителями, педагогами, соседями.

* Диагноз может быть поставлен не ранее 5-6-летнего возраста ребёнка.
* Регистрируемые признаки нарушения (те самые характерные для СДВГ *феномены*) должны наблюдаться как *минимум в двух условиях обстановки* (например, дома и в саду или школе). Причём на протяжении *не менее полугода*. Для этого регистрируют жалобы родителей и, например, школьного учителя в начале периода наблюдения и по его завершении (это, конечно, идеальная ситуация, в реальности бывает и так, что врач поставит диагноз на основании анамнеза, то есть предыдущих наблюдений родителей и учителей со слов родителей).

Для регистрации этих самых нехороших признаков используют анкеты-опросники (популярна и хорошо зарекомендовала себя методика «Диагностический опросник СДВГ Коннорса», которая предполагает отдельные формы: для учителя и для родителя).

Дополнительные сложности внутрисемейной, школьной и социальной адаптации при СДВГ часто связаны **с коморбидными расстройствами**, которые отмечаются не менее чем у 70% пациентов. Нейропсихологические механизмы СДВГ рассматриваются с позиций недостаточной сформированности управляющих функций, обеспечиваемых префронтальными отделами мозга.

В основе СДВГ лежат нейробиологические факторы: генетические механизмы и раннее органическое повреждение мозга. Изучается роль дефицита микронутриентов, в частности магния, который может оказывать дополнительное влияние на нейромедиаторный баланс и манифестацию симптомов СДВГ.

Рассмотрим нарушения, ассоциированные с СДВГ **(коморбидные расстройства).** Коморбидные расстройства при СДВГ представлены следующими группами: экстернализированные (оппозиционно-вызывающее расстройство, расстройство поведения),

1. интернализированные (тревожные расстройства, расстройства настроения),
2. когнитивные (нарушения развития речи, специфические трудности обучения - дислексия, дисграфия, дискалькулия),
3. двигательные (статико-локомоторная недостаточность, диспраксия развития, тики).
4. Другими сопутствующими СДВГ расстройствами могут быть нарушения сна (парасомнии), энурез, энкопрез.

Таким образом, проблемы в обучении, поведении и эмоциональной сфере могут быть связаны как с непосредственным влиянием СДВГ, так и с коморбидными расстройствами, которые должны быть своевременно диагностированы и рассматриваться в качестве показаний для дополнительного назначения соответствующего лечения.

В детском возрасте довольно часто встречаются состояния- **«***имитаторы» СДВГ*: у 15-20% детей периодически наблюдаются внешне сходные с СДВГ формы поведения.

В связи с этим СДВГ необходимо разграничивать с широким кругом состояний, сходных с ним лишь по внешним проявлениям, но *существенно отличающихся* как по причинам, так и методам коррекции. К их числу относятся:

1. тревожные расстройства: особенности поведения ребенка связаны с действием психотравмирующих факторов;
2. последствия перенесенной черепно-мозговой травмы, нейроинфекции, интоксикации;
3. индивидуальные особенности личности и темперамента: характеристики поведения активных детей не выходят за границы возрастной нормы, уровень развития высших психических функций хороший;
4. астенический синдром при соматических заболеваниях;
5. специфические расстройства развития школьных навыков: дислексия, дисграфия, дискалькулия;
6. эндокринные заболевания (патология щитовидной железы, сахарный диабет);
7. сенсоневральная тугоухость;
8. наследственные синдромы: Туретта, Вильямса, Смита-Мажениса, Беквита-Видемана, ломкой Х-хромосомы;
9. психические расстройства: аутизм, аффективные расстройства (настроения), умственная отсталость, шизофрения;
10. эпилепсия (абсансные формы; симптоматические, локально обусловленные формы; побочные эффекты противо-эпилептической терапии).

*Особенности психологической коррекции СДВГ.*Психологические особенности гиперактивных детей таковы, что они невосприимчивы к выговорам и наказанию, но быстро реагируют на малейшую похвалу.

Детям, страдающим СДВГ, рекомендуется формулировать инструкции и указания четко, ясно, кратко и наглядно. Родители не должны дамам, им одновременно несколько заданий, лучше дать те же указания, но по отдельности. Они должны следить за соблюдением ребенком режима дня (четко регулировать время приема пищи, выполнение домашних заданий, сон), предоставлять малышу возможность расходовать избыточную энергию в физических упражнениях, длительных прогулках, беге.

Для коррекции поведения можно использовать так называемое оперантное обусловливание, которое заключается в наказании или поощрении в ответ на поведение ребенка. Оперантное обусловливание - это влияние последствий поведения на само поведение, под последствиями понимают изменения в окружающей среде (изменение стимула), которые происходят сразу после поведения и влияют на частоту возникновения этого поведения в будущем.

Наказания должны следовать за провинностями быстро и незамедлительно, т.е. быть максимально приближенными по времени к неправильному поведению.

Совместно с малышом необходимо выработать систему поощрений и наказаний за хорошее и плохое поведение, а также расположить в удобном для ребенка месте свод правил поведения в группе детского сада и дома, а затем просить ребенка вслух проговаривать эти правила.

Следует также не переутомлять малыша при выполнении задании, так как при этом может усиливаться гиперактивность. Необходимо ограничить участие легко возбудимых детей в мероприятиях, связанных со скоплением большого числа людей. Так же важен выбор партнеров для игр - желательно, чтобы друзья ребенка были уравновешенными и спокойными.

Ругать ребенка, страдающего СДВГ, за гиперактивность не только бесполезно, но и вредно. В таких случаях малыша можно только критиковать. В чем разница между понятиями ругать и критиковать? Необходимо давать положительную оценку личности ребенка и отрицательную - его поступкам. Как это выглядит на практике?Например, «Ты хороший мальчик, но сейчас ты поступаешь неправильно (конкретно надо сказать, что кроха делает плохо), надо вести себя так...» Ни и коем случае нельзя проводить отрицательное сравнение своего ребенка с другими детьми: «Петя хороший, а ты плохой». Рекомендуется сократить время просмотра телепередач и компьютерных игр. Необходимо помнить, что завышенные требования и чрезмерные учебные нагрузки ведут к утомляемости ребенка и появлению отвращения к занятиям и учебе.

Необходима комплексная реабилитация таких детей с использованием как медикаментозных, так и немедикаментозных средств. При этом лечение должно быть индивидуальным и назначаться с учетом данных обследования.

Лечение СДВГ должно и быть комплексным, то есть включать как медикаментозную терапию, так и психологическую коррекцию. В идеальном варианте ребенок должен наблюдаться как у невропатолога/невролога, так и у психолога, ощущать поддержку родителей и их веру в положительный исход лечения. Эта поддержка очень важна для закрепления навыков, которые появляются у ребенка в процессе лечения.

*Нефармакологические подходы в коррекции СДВГ.*В настоящий момент существует несколько нефармакологических подходов к методам лечения СДВГ, которые могут сочетаться с фармакокоррекцией либо использоваться независимо от неё.

Нейропсихологический (при помощи различных упражнений).

* Синдромальный. Коррекция последствий родовых повреждений шейного отдела позвоночника и восстановление кровообращения головного мозга.
* [Поведенческая](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F), или бихевиоральная психотерапия акцентируется на тех или иных поведенческих шаблонах, либо формируя, либо гася их с помощью поощрения, наказания, принуждения и вдохновления. Может применяться только после нейропсихологической коррекции и созревания структур мозга, в противном случае поведенческая терапия неэффективна.

Для поддержки детей в системе образования используются прикладные разработки на основе бихевиоральных методов, такие как система вмешательств и поддержания желаемого поведения, задающие рабочие рамки для функциональной оценки трудного поведения учащихся и переустройства условий обучения для решения этих проблем.

* Работа над личностью. Семейная [психотерапия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F), которая формирует личность, которая определяет, куда направить эти качества (расторможенность, агрессивность, повышенную активность).
* [Диетотерапия](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9D%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F_%D0%B8_%D0%B8%D0%BD%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%82%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%B5_%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B5%D0%B9&action=edit&redlink=1). Восполнение дефицита определённых микронутриентов, которые участвуют в синтезе и секреции серотонина и [катехоламиновых](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D1%8B) нейротрансмиттеров. Известно, что СДВГ характеризуется нарушениями уровней этих нейротрансмиттеров.
* [БОС-терапия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B2%D1%8F%D0%B7%D1%8C) (при помощи биологической обратной связи), в частности с применением электроэнцефалографической обратной связи ЭЭГ-БОС, называемой также нейрообратной связью (НейроБОС). По мнению Т. Росситера, нейрообратная связь (НейроБОС) может служить хорошей альтернативой медикаментозным методам коррекции расстройств внимания у детей. В ряде случаев, когда от медикаментозной терапии сложно отказаться в связи с тяжестью нарушений, метод НейроБОС может выступать в качестве мощного дополнения к терапии и способствовать длительному закреплению положительной динамики. Авторы отмечали, что после отмены препарата устойчивые улучшения были отмечены только в группе пациентов, которые вместе с приёмом препарата проходили сеансы. В некоторых исследованиях было показано, что после прохождения процедур по методу НейроБОС у детей с СДВГ обнаруживались улучшения в результатах общего теста IQ в среднем на 12 баллов. В этих же исследованиях авторы указывали на то, что биологическая обратная связь с использованием ЭЭГ-интерфейсов является хорошо себя зарекомендовавшим нелекарственным методом лечения СДВГ с доказанной эффективностью и минимальными побочными эффектами.

Вышеперечисленный комплекс методов психокоррекции и медикаментозного лечения при своевременной диагностике способен снизить у детей выраженность симптомов СДВГ, а также скомпенсировать уже возникшие нарушения и помочь в дальнейшем полноценно реализовать себя в жизни.

В настоящее время диагностика СДВГ основывается на клинических критериях. Для подтверждения СДВГ не существует специальных критериев или тестов, основанных на применении современных психологических, нейрофизиологических, биохимических, молекулярно-генетических, нейрорадиологических и других методов.

Диагноз СДВГ ставится врачом, однако педагоги и психологи также должны быть хорошо знакомы с диагностическими критериями СДВГ, тем более что для подтверждения этого диагноза важно получить надежные сведения о поведении ребенка не только дома, но и в школе или дошкольном учреждении.

**Список литературы**

1. *Баранов АА, Белоусов ЮБ, Бочков НП, и др*. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: этиология, патогенез, клиника, течение, прогноз, терапия, организация помощи (экспертный доклад). Москва, программа «Внимание» «Чаритиз Эйд Фаундейшн» в РФ. М„ 2007;64.
2. *Заваденко НН*. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: «Академия», 2005.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. СПб., 1994;208.
4. *Заваденко НН, Лебедева ТВ, Счасная ОВ, и др.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: роль анкетирования родителей и педагогов при оценке социально-психологической адаптации пациентов. Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2009; 109(11): 53-7.
5. *Баркли РА.* Дети с вызывающим поведением. Клиническое руководство по обследованию ребенка и тренингу родителей. Пер. с англ. М.: Теревинф, 2011;272.
6. *Заваденко НН, Суворинова НЮ.* Коморбидные расстройства при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью у детей. Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2007;107(7):39-44.
7. *Заваденко НН, Суворинова НЮ*. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: выбор оптимальной продолжительности лекарственной терапии. Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2011;111(10):28-32.

**Приложение**

**Классификация психических расстройств МКБ-10**

**F90 Гиперкинетические расстройства.**

Примечание: Исследовательский диагноз гиперкинетического расстройства требует отчетливого наличия анормальных уровней невнимательности, гиперреактивности и беспокойства, которые являются общей характеристикой, проявляющейся в разных' ситуациях и сохраняющейся во времени, что можно установить при прямом наблюдении и что не обусловлено другими расстройствами, такими как аутизм или аффективные расстройства.

**G1. Невнимательность. По меньшей мере 6 симптомов невнимательности из числа следующих сохраняются на протяжении минимум 6 месяцев в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности и не согласуется с уровнем развития ребенка:**

1) часто проявляющаяся неспособность внимательно следить за деталями или совершение беспечных ошибок в школьной программе, работе или другой деятельности;

2) часто не удается поддерживать внимание на заданиях или игровой деятельности;

3) часто заметно, что ребенок не слушает того, что ему говорится;

4) ребенок часто неспособен следовать инструкциям или завершать школьную работу, повседневные дела и обязанности на рабочем месте (не из-за оппозиционного поведения или неспособности понять инструкции);

5) часто нарушена организация заданий и деятельности;

6) часто избегает или очень не любит заданий, таких как домашняя работа, требующая постоянных умственных усилий;

7) часто теряет вещи, необходимые для выполнения определенных заданий или деятельности, таких как школьные вещи, карандаши, книги, игрушки или инструменты;

8) часто легко отвлекается на внешние стимулы;

9) часто забывчив в ходе повседневной деятельности.

**G2. Гиперактивность. По меньшей мере три симптома гиперактивности из числа нижеперечисленных сохраняются на протяжении минимум 6 месяцев в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности и не согласуется с уровнем развития ребенка:**

1) часто беспокойно двигает руками или ногами или ерзает на месте;

2) покидает свое место в классной комнате или в другой ситуации, когда требуется оставаться сидеть;

3) часто начинает бегать или куда-то карабкаться, когда это является неуместным (в подростковом или зрелом возрасте может присутствовать лишь чувство беспокойства);

4) часто неадекватно шумен в играх или испытывает затруднения в тихом проведении досуга;

5) обнаруживается стойкий характер чрезмерной моторной активности, на которую существенно не влияют социальные ситуация и требования.

**G3. Импульсивность. На протяжении минимум 6 месяцев сохранялся по меньшей мере один из следующих симптомов импульсивности в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности и не согласуется с уровнем развития ребенка:**

1) часто выпаливает ответы до того, как завершены вопросы;

2) часто неспособен ждать в очередях, дожидаться своей очереди в играх или групповых ситуациях;

3) часто прерывает других или вмешивается (например, в разговоры или игры других людей);

4) часто слишком много разговаривает без адекватной реакции на социальные ограничения.

G4. Начало расстройства не позднее 7-летнего возраста.

G5. Общий характер расстройства. Приведенные критерии должны выявляться не в единственной ситуации, например, сочетание невнимательности и гиперактивности должны отмечаться как дома, так и в школе или в школе и другом учреждении, в котором наблюдается ребенок, в частности в клинике. (Для выявления кросс-ситуационного характера расстройства обычно требуется информация не только из одного источника; сообщения родителей о поведении в классе, например, вряд ли будут достаточны.) G6. Симптомы в G1-G3 вызывают клинически значимый дистресс или нарушение в социальном, образовательном или профессиональном функционировании.

G7. Расстройство не отвечает критериям общих расстройств развития (F84-), маниакального эпизода (F30.-), депрессивного эпизода (F32.-) или тревожных расстройств (F41-).

Примечание

Многие авторитетные психиатры выделяют также состояния, которые являются допороговыми по отношению к гиперкинетическому расстройству. Дети, отвечающие остальным критериям кроме гиперактивности и импульсивности соответствуют понятию дефицита внимания; наоборот, при недостаточности критериев нарушения внимания, но наличии других критериев речь идет о расстройстве активности. Аналогичным образом, при выявлении необходимых критериев лишь в единственной ситуации (например, только дома или только в классе) можно говорить о специфичном для дома или специфичном для школы расстройстве. Эти состояния пока не включены в основную классификацию из-за недостаточной эмпирической предикционной валидации, а также из-за того, что многие дети с допороговыми расстройствами обнаруживают и другие синдромы (такие как оппозиционно-вызывающее расстройство, F91.3) и должны кодироваться в соответствующих рубриках.

F90.0 Расстройство ак тивн ости и внимания.

Должны выявляться общие критерии гиперкинетического расстройства (F90), но не критерии расстройства поведения (F91-).

F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения.

Должны выявляться общие критерии гиперкинетического расстройства (F90) и расстройства поведения (F91.-).

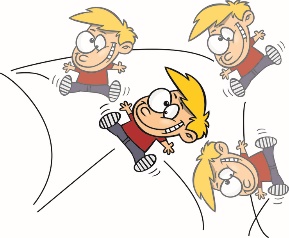
F90.9 Гиперкинетическое расстройство, неуточненное.

Эта остаточная рубрика не рекомендуется и должна использоваться лишь при невозможности дифференцировать между F90.0 и F90.1, когда выполняются, тем не менее, общие критерии F90.-.

**Таблица. Основные проявления СДВГ по МКБ-10**

|  |  |
| --- | --- |
| Группы симптомов | Характерные симптомы СДВГ |
|  |  |
| 1. Нарушения внимания | 1. Не удерживает внимание на деталях, допускает много ошибок. 2. С трудом сохраняет внимание при выполнении школьных и других заданий. 3. Не слушает обращенную к нему речь. 4. Не может придерживаться инструкций и довести дело до конца. 5. Не способен самостоятельно спланировать, организовать выполнение заданий. 6. Избегает дел, требующих длительного умственного напряжения. 7. Часто теряет свои вещи. 8. Легко отвлекается. 9. Проявляет забывчивость. |
| 2а. Гиперактивность | 1. Часто совершает беспокойные движения руками и ногами, ерзает на месте. 2. Не может усидеть на месте, когда это необходимо. 3. Часто бегает или куда-то забирается, когда это неуместно. 4. Не может тихо, спокойно играть. 5. Чрезмерная бесцельная двигательная активность имеет стойкий характер, на нее не влияют правила и условия ситуации. |
| 2б. Импульсивность | 1. Отвечает на вопросы, не выслушав до конца и не задумываясь. 2. Не может дожидаться своей очереди. 3. Мешает другим людям, перебивает их. 4. Болтлив, несдержан в речи. |

**Как родителям распознать синдром СДВГ родителям самостоятельно**



О наличии устойчивых нарушений можно говорить только после достижения ребенком 4-5-летнего возраста. Все отклонения, которые возникают раньше, принято считать поведенческими реакциями, которые поддаются коррекции и не требуют специфического лечения.

Следует подозревать СДВГ, если родители замечают следующие симптомы (один или несколько):

* Проблемы внимательности. Малыш не может сконцентрироваться на выполнении одного действия даже короткое время, ко всему в считанные минуты теряет интерес, забывчив, рассеян.
* Поведенческие проблемы. Ребенок не способен принимать осознанные решения, выполняет действия бездумно, не оценивая ситуацию и не принимая во внимание ее последствия, игнорирует нормы поведения.
* Проблемы активности. Малыш не может играть в игры, требующие концентрации внимания и выполнения заранее оговоренных правил.

На СДВГ указывает сочетание перечисленных симптомов со следующими критериями:

* расстройства присутствуют дольше 6 месяцев и оказывают значительное влияние на общение с другими людьми;
* симптомы сохраняются в различных ситуациях, не зависят от окружения;
* проблемное поведение сохраняется таким в школе и дома, на площадке, в других общественных местах;
* ребенку менее 12 лет.

**Подозрения или диагноз?**

Родители чрезмерно активного ребенка могут заподозрить у него СДВГ. Подкрепить или опровергнуть подозрения помогут опросники (Виндербильта или Коннорса), которые можно найти в интернете. Однако самостоятельно делать выводы не стоит. Прояснить ситуацию поможет врач-невролог.

Диагноз СДВГ ставят на основании:

* жалоб;
* анамнеза (сведений о жизни, развитии, заболеваниях);
* беседы с родителями и маленьким пациентом.

**Практические рекомендации родителям гиперактивного ребёнка**

В домашних условиях в коррекции поведения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности должен преобладать поведенческий аспект:

1. Изменение поведения взрослого и его отношения к ребенку:

* – проявляйте достаточно твёрдости и последовательности в воспитании;
* – помните, что чрезмерная болтливость, подвижность и недисциплинированность не являются умышленными;
* – контролируйте поведение ребенка, не навязывая ему жестких правил;
* – не давайте ребенку категорических указаний, избегайте слов «нет» и «нельзя»;
* – стройте взаимоотношения с ребенком на взаимопонимании и доверии;
* – избегайте, с одной стороны, чрезмерной мягкости, а с другой – завышенных требований к ребенку;
* – реагируйте на действия ребенка неожиданным способом (пошутите, повторите действия ребенка, сфотографируйте его, оставьте в комнате одного и т.д.);
* – повторяйте свою просьбу одними и теми же словами много раз;
* – не настаивайте на том, чтобы ребенок обязательно принес извинения за проступок;
* – выслушивайте то, что хочет сказать ребенок;
* – для подкрепления устных инструкций используйте зрительную стимуляцию.

2. Изменение психологического микроклимата в семье:

* – уделяйте ребенку достаточно внимания;
* – проводите досуг всей семьей;
* – не допускайте ссор в присутствии ребенка.

3. Организация режима дня и места для занятий:

* – установите твердый распорядок дня для ребенка и всех членов семьи;
* – чаще показывайте ребенку, как лучше выполнить задание, не отвлекаясь;
* – снижайте влияние отвлекающих факторов во время выполнения ребенком задания;
* – оградите гиперактивных детей от длительных занятий на компьютере и просмотра телевизионных передач;
* – избегайте по возможности больших скоплений людей;
* – помните, что переутомление способствует снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности;
* – организуйте поддерживающие группы, состоящие из родителей, имеющих детей с аналогичными проблемами.

4. Специальная поведенческая тактика родителей:

* – придумайте гибкую систему вознаграждений за хорошо выполненное задание и наказаний за плохое поведение. Можно использовать балльную или знаковую систему, завести дневник самоконтроля;
* – не прибегайте к физическому наказанию! Если есть необходимость прибегнуть к наказанию, то целесообразно использовать спокойное сидение в определенном месте после совершения поступка;
* – чаще хвалите ребенка. Порог чувствительности к отрицательным стимулам очень низок, поэтому гиперактивные дети не воспринимают выговоры и наказания, однако чувствительны к поощрениям;
* – составьте список обязанностей ребенка и повесьте его на стену, подпишите соглашение на определенные виды работ;
* – воспитывайте в детях навыки управления гневом и агрессией;
* – не старайтесь предотвратить последствия забывчивости ребенка;
* – постепенно расширяйте обязанности, предварительно обсудив их с ребенком;
* – не разрешайте откладывать выполнение задания на другое время;
* – не давайте ребенку поручений, не соответствующих его уровню развития, возрасту и способностям;
* – помогайте ребенку приступить к выполнению задания, так как это самый трудный этап;
* – не давайте одновременно несколько указаний. Задание, которое дается ребенку с нарушенным вниманием, не должно иметь сложную конструкцию и состоять из нескольких звеньев;
* – объясните гиперактивному ребенку о его проблемах и научите с ними справляться.

Помните, что вербальные средства убеждения, призывы, беседы редко оказываются результативными, так как гиперактивный ребенок еще не готов к такой форме работы.

Помните, что для ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности наиболее действенными будут средства убеждения «через тело»:

* – лишение удовольствия, лакомства, привилегий;
* – запрет на приятную деятельность, телефонные разговоры;
* – прием «выключенного времени» (изоляция, угол, скамья штрафников, домашний арест, досрочное отправление в постель);
* – чернильная точка на запястье ребенка («черная метка»), которая может быть обменена на 10-минутное сидение на «скамейке штрафников»;
* – холдинг, или простое удержание в «железных объятьях»;
* – внеочередное дежурство по кухне и т.д.

Не спешите вмешиваться в действия гиперактивного ребенка директивными указаниями, запретами и выговорами. Ю.С. Шевченко приводит следующие примеры:

* – если родителей младшего школьника тревожит то, что каждое утро их ребенок неохотно просыпается, медленно одевается и не торопится в детский сад, то не стоит давать ему бесконечные словесные инструкции, торопить и ругать. Можно предоставить ему возможность получить «урок жизни». Опоздав в детский сад по-настоящему, и приобретя опыт объяснений с воспитательницей, ребенок будет более ответственно относиться к утренним сборам;
* – если ребенок разбил футбольным мячом стекло соседу, то не стоит торопиться брать на себя ответственность за решение проблемы. Пусть ребенок сам объяснится с соседом и предложит искупить свою вину, например ежедневным мытьем его автомобиля в течение недели. В следующий раз, выбирая место для игры в футбол, ребенок будет знать, что ответственность за принятое им решение несет только он сам;
* – если в семье исчезли деньги, не стоит бесполезно требовать признания в воровстве. Следует убирать деньги и не оставлять их в качестве провокации. А семья будет вынуждена лишить себя лакомств, развлечений и обещанных покупок, это обязательно окажет свое воспитательное воздействие;
* – если ребенок забросил свою вещь и не может ее найти, то не стоит бросаться ему на помощь. Пусть ищет. В следующий раз он более ответственно будет относиться к своим вещам.

Помните, что вслед за понесенным наказанием необходимо позитивное эмоциональное подкрепление, знаки «принятия». В коррекции поведения ребенка большую роль играет методика «позитивной модели», заключающаяся в постоянном поощрении желательного поведения ребенка и игнорировании нежелательного. Необходимым условием успеха является понимание проблем своего ребенка родителями.

* Помните, что невозможно добиться исчезновения гиперактивности, импульсивности и невнимательности за несколько месяцев и даже за несколько лет. Признаки гиперактивности исчезают по мере взросления, а импульсивность и дефицит внимания могут сохраняться и во взрослой жизни.
* Помните, что синдром дефицита внимания и гиперактивности – это патология, требующая своевременной диагностики и комплексной коррекции: психологической, медицинской, педагогической. Успешная реабилитация возможна при условии, если она проводится в возрасте 5 – 10 лет.

**Рекомендации для родителей детей с СДВГ:**

**Что нужно сделать, чтобы малыш избавился от лишней активности?**

Создать ему определенные условия жизни. Сюда входит спокойная психологическая обстановка в семье, четкий режим дня (с обязательными прогулками на свежем воздухе, где есть возможность порезвиться на славу). Придется и родителям потрудиться. Если вы сами очень эмоциональны и неуравновешенны, постоянно везде опаздываете, торопитесь, то пора начинать работать над собой. Мы больше не несемся сломя голову в сад, постоянно поторапливая ребенка, стараемся поменьше нервничать и пореже менять планы по ходу дела.

- малыш не виноват, что он такой живчик, поэтому бесполезно его ругать, наказывать, устраивать унизительные молчаливые бойкоты. Этим вы добьетесь только одного - снижение самооценки у него, чувство вины, что он неправильный и не может угодить маме с папой.

- научить ребенка управлять собой - ваша первоочередная задача. Контролировать свои эмоции ему помогут агрессивные игры. Негативные эмоции есть у каждого, в том числе и у вашего ребенка, только табу, скажите ему: «хочешь бить - бей, но не по живым существам (людям, растениям, животным). Можно бить палкой по земле, бросаться камнями там, где нет людей, пинать что-то ногами». Ему просто необходимо выплескивать энергию наружу, научите его это делать.

- в воспитании необходимо избегать двух крайностей – проявления чрезмерной мягкости и предъявления ему повышенных требований. Нельзя допускать вседозволенности: детям должны быть четко разъяснены правила поведения в различных ситуациях. Однако количество запретов и ограничений следует свести к разумному минимуму.

- ребенка нужно хвалить в каждом случае, когда ему удалось довести начатое дело до конца. На примере относительно простых дел нужно научить правильно распределять силы.

- необходимо оберегать детей от переутомления, связанного с избыточным количеством впечатлений (телевизор, компьютер), избегать мест с повышенным скоплением людей (магазинов, рынков и пр.).

- в некоторых случаях излишняя активность и возбудимость могут быть результатом предъявления ребенку родителями слишком завышенных требований, которым он по своим природным способностям просто не может соответствовать, а также чрезмерного утомления. В этом случае родителям стоит быть менее требовательными, постараться снизить нагрузку.

- движение - это жизнь, недостаток физической активности может стать причиной повышенной возбудимости. Нельзя сдерживать естественную потребность ребенка поиграть в шумные игры, порезвиться, побегать, попрыгать.

- иногда нарушения поведения могут оказаться реакцией ребенка на психическую травму, например, на кризисную ситуацию в семье, развод родителей, плохое отношение к нему, определение его в несоответствующий класс школы, конфликт с учителем или родителями.

- обдумывая рацион ребенка, отдавайте предпочтение правильному питанию, в котором не будет недостатка витаминов и микроэлементов. Гиперактивному малышу больше, чем другим деткам необходимо придерживаться золотой середины в питании: поменьше жареного, острого, соленого, копченого, побольше вареного, тушеного и свежих овощей и фруктов. Еще одно правило: если ребенок не хочет есть - не заставляйте его!

- подготовьте своему непоседе поле для маневров: активные виды спорта для него - просто панацея. Желательно занять каким-то видом спорта, доступного по возрасту и темпераменту.

- приучайте малыша к пассивным играм. Мы читаем, а еще рисуем, лепим. Даже если вашему ребенку трудно усидеть на месте, он часто отвлекается, следуйте за ним (тебе интересно это, давай посмотрим…), но после удовлетворения интереса постарайтесь возвратиться с малышом к предыдущему занятию и довести его до конца.

- научите малыша расслабляться. Возможно, ваш с ним рецепт обретения внутренней гармонии - спокойная музыка и др.

Если врач- невропатолог назначает курс лекарств, массаж, особый режим, необходимо строго соблюдать его рекомендации.

Сообщите педагогам, воспитателям о проблемах ребенка, чтобы они учитывали особенности его поведения, дозировали нагрузку.

Всегда убирайте опасные предметы из поля зрения малыша (острые, бьющиеся предметы, лекарства, бытовую химию и т.д.).

Вокруг ребенка должна быть спокойная обстановка. Любое разногласие в семье усиливает отрицательные проявления.

Важна единая линия поведения родителей, согласованность их воспитательных воздействий.

Количество запретов должно быть разумным, адекватным возрасту.

Когда просите что-то сделать, старайтесь, чтобы речь не была длинной, не содержала сразу несколько указаний. («пойди на кухню и принеси оттуда веник, потом подмети в коридоре» – неправильно, ребенок выполнит лишь половину просьбы.) Разговаривая, смотрите ребенку в глаза.

Не заставляйте ребенка долгое время спокойно сидеть. Если вы читаете сказку, дайте ему в руки мягкую игрушку, малыш может встать, походить, задать вопрос. Следите за ним, если вопросов становится слишком много и не по теме, ребенок ушел в другой угол комнаты, значит, он уже устал.

Освойте элементы массажа, направленные на расслабление и регулярно проводите его. Поможет сосредоточиться легкое поглаживание по руке, по плечу в процессе чтения или другого занятия.

Прежде чем отреагировать на неприятный поступок ребенка, сосчитайте до 10 или сделайте несколько глубоких вдохов, постарайтесь успокоиться и не терять хладнокровие. Помните, что агрессия и бурные эмоции порождают те же чувства и у малыша.

Повремените с оформлением такого ребенка в детский сад.

Гасите конфликт, в котором замешан ваш ребенок, уже в самом начале, не ждите бурной развязки.

Гиперактивный ребенок - особый, являясь очень чувствительным, он остро реагирует на замечания, запреты, нотации. Иногда ему кажется, что родители его совсем не любят, поэтому такой малыш очень нуждается в любви и понимании. Причем в любви безусловной, когда ребенка любят не только за хорошее поведение, послушание, аккуратность, но и просто за то, что он есть!

Когда становится совсем тяжело, вспомните, что к подростковому возрасту, а у некоторых детей и раньше, гиперактивность проходит. Важно, чтобы ребенок подошел к этому возрасту без груза отрицательных эмоций и комплексов неполноценности.