



**Материалы Круглого стола  
молодежи и студентов  
Калужской и Смоленской областей**

**«Здоровье молодежи –  
здоровье будущего»**

**Материалы Круглого стола  
молодежи и студентов  
Калужской и Смоленской областей**

**«Здоровье молодежи –  
здоровье будущего»**

г. Калуга, 28.11.08 г

**Оргкомитет круглого стола:**

**Председатель:** Дробышев Ю.А., к. пед.н., профессор, ректор КГПУ им. К.Э. Циолковского;

**Заместители председателя:**

Коровкина В.И., к. физ.-мат. н., заместитель директора ИСО КГПУ им. К.Э. Циолковского по воспитательной работе,

Аршанский М.В., зав. лаб. ИСО КГПУ им. К.Э. Циолковского.

**Члены оргкомитета:**

Косенкова Т.В., д. мед. н., профессор, зав. каф. клинической психологии СГУ (г. Смоленск),

Подольская И.А., к. филос. н, зав. лабораторией ИСО КГПУ им. К.Э. Циолковского (г. Калуга);

Маринич В.В., к. мед. н., доцент каф. клинической психологии СГУ (г. Смоленск);

Прохорова Е.П., старший преподаватель каф «Социальной антропологии и сервиса» ИСО КГПУ им. К.Э. Циолковского (г. Калуга);

Нестеров Дмитрий Президент студенческого самоуправления НОУ СГУ (г. Смоленск);

Киселева Виктория, студентка V курса отделения социальной работы ИСО КГПУ им. К.Э. Циолковского (г. Калуга);

Максимчук Максим, студент IV курса психологического факультета СГУ (г. Смоленск);

Ващенко Алла, студентка II курса отделения социальной работы ИСО КГПУ им. К.Э. Циолковского (г. Калуга);

Савельева Юлия, студентка V курса психологического факультета СГУ (г. Смоленск);

Сергеев Евгений, студент IV курса отделения физической культуры ИСО КГПУ им. К.Э. Циолковского (г. Калуга).

## Особенности формирования синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей с последствиями перинатального повреждения ЦНС

Костокова М.С., Косенкова Т.В., Маринич В.В.  
Смоленский гуманитарный университет

*Трудных детей не бывает.  
Это мы делаем их трудными.*  
Т. П. Хризман

Описание неутомных, невнимательных, непослушных, импульсивных детей, доставляющих взрослым множество хлопот, появились в клинической литературе уже более века назад. Таких детей называли гиперактивными, гиперкинетическими, страдающими минимальной мозговой дисфункцией.

В последнее время вследствие широкой распространенности синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является объектом исследования специалистов в области медицины, психологии и педагогики.

Цель исследования: на основании изучения особенностей проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности выявить клинические последствия перинатального поражения ЦНС и социальной дезадаптации на выраженность синдрома, эмоциональное состояние и личностные особенности ребенка.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 70 детей в возрасте 6-7-ми лет. Из них основную группу составили 36 детей из социально неблагополучных семей, из которых у 29 (80,6%) отмечались последствия перинатального поражения ЦНС в виде малой мозговой дисфункции (ММД). Группу сравнения составили 34 ребенка из социально благополучных семей, из которых последствия перинатального поражения ЦНС в виде ММД отмечались у 8 (23,5%) детей. У 26 детей данной группы (76,5%) не отмечено последствий перинатального поражения ЦНС в виде малой мозговой дисфункции.

Результаты исследования показали, что в основной группе последствия перинатального поражения центральной нервной системы в виде ММД встречаются в 3,4 раза чаще и составляют 80,6% по отношению к 23,5% группы с равнения (Рис.1).

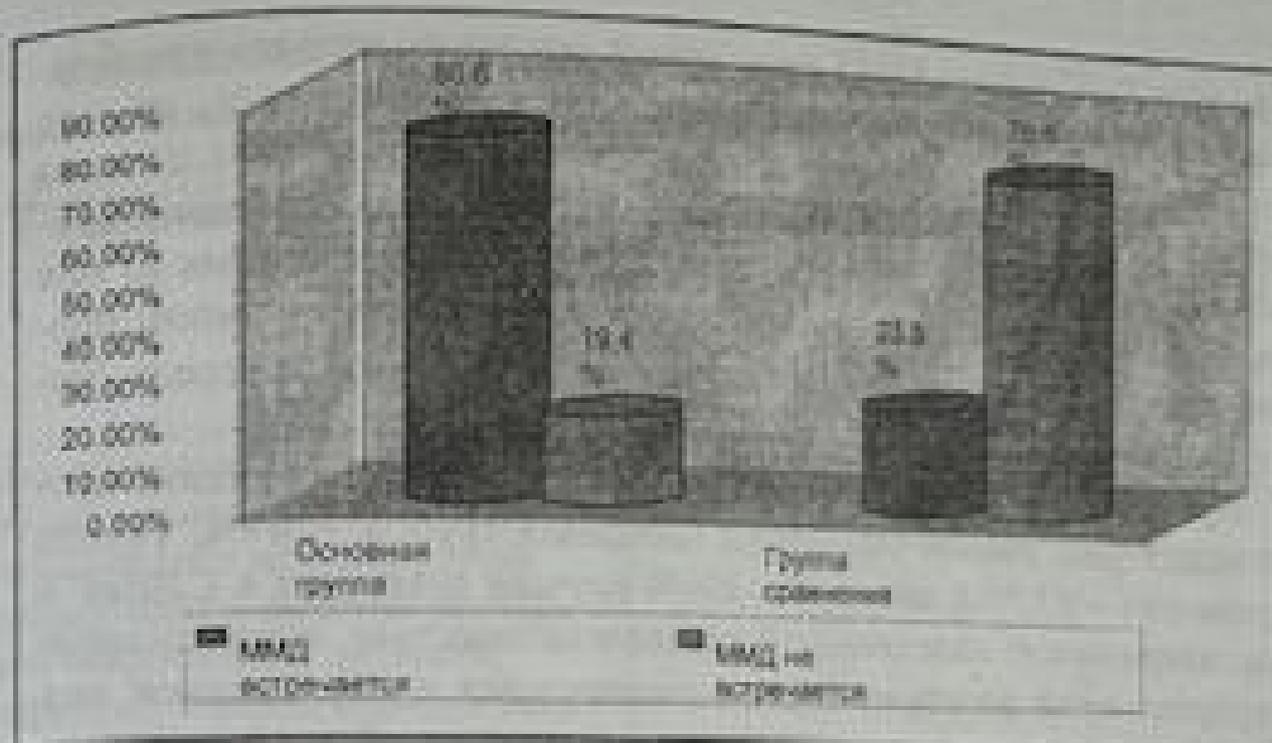


Рис. 1. Частота встречаемости ММД среди детей 6-7-ми лет из социально-благополучных и социально-неблагополучных семей.

Кроме того, тест Тулуз – Пьерона и компьютерная обработка данных в системе Statistika (Таблицы сопряженности признаков: тип ММД и пол) позволила получить варианты профилей, характерные для детей с перинатальным повреждением ЦНС в виде малой мозговой дисфункции. Так, в основной группе из 29 (80.6%) детей с последствиями перинатального поражения ЦНС в виде ММД наиболее часто встречаются следующие типы профилей:

1. Реактивный тип. Количество испытуемых с данным типом ММД составляет 20 (69%) от всей выборки, из них мальчиков – 12 (60%), девочек – 8 (40%). При этом синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей с данным типом профиля встречается в 100% случаев.

2. Субнормальный тип. Данный тип ММД встречается у 6 (20.7%) детей, из них мальчиков – 4 (66.7%), девочек – 2 (33.3%). У детей с данным типом профиля синдром дефицита внимания и гиперактивности встречается в 16.6% случаев.

3. Ригидный тип. Количество испытуемых с данным типом профиля составляет 3 (10.3%) от всей выборки, из них мальчиков – 2 (66.7%), девочек – 1 (33.3%). В свою очередь у детей с данным типом профиля не выявлено ни одного случая СДВГ.

При анализе аналогичных показателей в группе сравнения было установлено, что среди детей с последствиями перинатального по-

раженности ЦНС в виде ММД реактивный тип также являлся преобладающим и дети с данным типом ММД составили 62,5%, из них мальчиков – 60%, девочек – 40%. При этом, среди детей с данным типом профиля СДВиг встречался в 100% случаев. На долю субнормального типа ММД приходится 37,5% обследованных из них мальчиков – 66,7%, девочек – 33,3%. У детей с данным типом профиля не выявлено ни одного случая СДВиг. В свою очередь, ригидный тип ММД в группе сравнения не встречался.

При этом как в основной группе, так и в группе сравнения преобладает реактивный тип ММД (основная группа – 69%; группа сравнения – 62,5%), который в 100% случаев совпадает с СДВиг и характеризуется: двигательной расторможенностью, вынужденной, неуправляемой реактивностью, сочетающейся с повышенной возбудимостью, отсутствием контроля за выполняемой деятельностью, бурными эмоциональными реакциями с неглубокими внутренними переживаниями. (Рис. 3.)

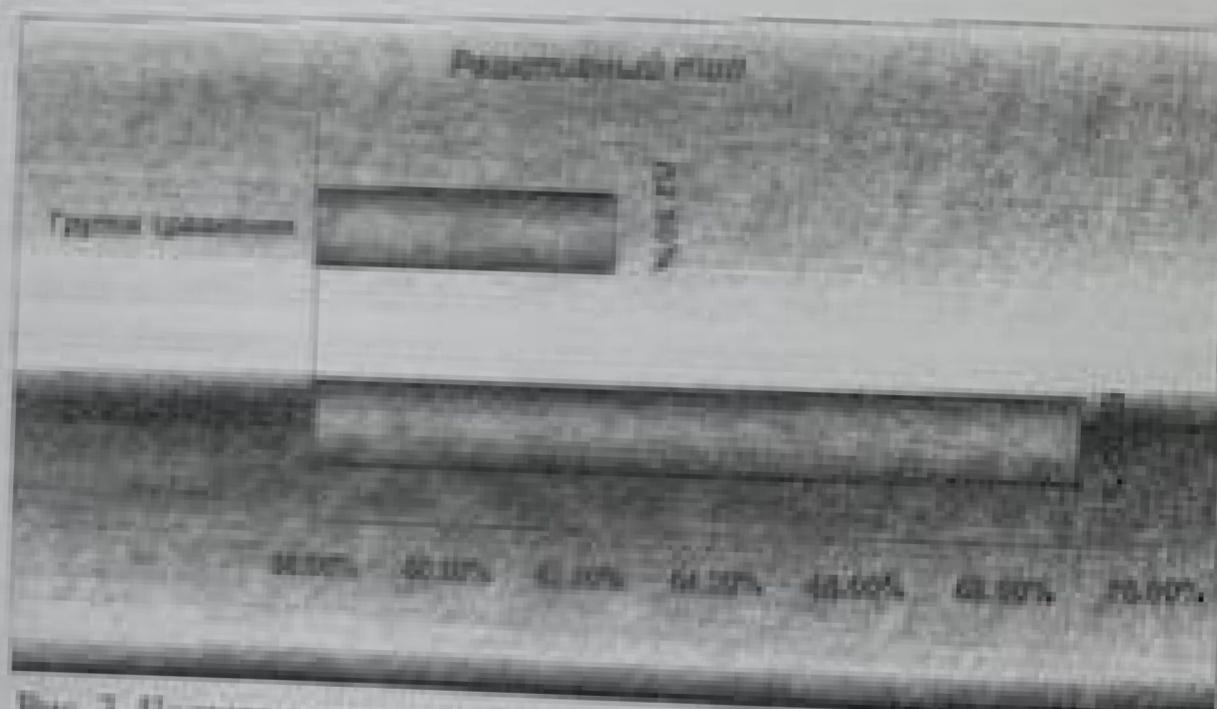


Рис. 3. Частота встречаемости реактивного типа ММД среди детей 6-7 лет.

Результаты исследования эмоциональной сферы приведены в таблице №1.

Таблица №1. Особенности эмоционального состояния детей с последствиями перинатального поражения ЦНС в виде ММД с СДВГ

Эмоциональное состояние	Основная группа ММД+СДВГ	Группа сравнения	
		ММД+СДВГ	Без ММД в СДВГ
Весьма плохое - свидетельствует об очень высоком уровне нервно-психического неблагополучия обследуемого, наличии устойчивой невротизации личности, перевозбуждении, излишне высокой активированности, суэтильности, лихорадочности, зажатости.	50%	—	—
Плохое - свидетельствует о высоком уровне нервно-психического неблагополучия, быстрой утомляемости, эмоциональной нестабильности, чрезмерной активности, возбужденности, преобладании негативных переживаний.	40%	20%	—
Скорее плохое - свидетельствует о несколько повышенном уровне нервно-психического неблагополучия обследуемого: повышенной утомляемости, неуравновешенности, наличии негативных эмоциональных переживаний.	10%	80%	—
Удовлетворительное - характеризуется повышенной активностью, энергичностью, стремлением получать информацию из окружения	—	—	73.1%
Скорее хорошее - свидетельствует о несколько повышенном уровне нервно-психического благополучия, общительности, восприимчивости ко всему новому, стремлении расширить кругозор, желании быть в центре внимания	—	—	26.9%

Как видно из таблиц, у детей из основной группы и группы сравнения с последствиями перинатального поражения ЦНС в виде малой мозговой дисфункции с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (основная группа – 69%, группа сравнения – 62,5%) эмоциональное состояние в целом, неудовлетворительное. При этом в основной группе (69%) преобладает весьма плохое эмоциональное состояние (50%), которое свидетельствует об очень высоком уровне нервно-психического неблагополучия обследуемых, наличии устойчивой невротизации личности, перевозбуждением, наличии высокой активированности, чувствительности, лихорадочности, зажатости и плохое эмоциональное состояние (40%), которое свидетельствует о высоком уровне нервно-психического неблагополучия, быстрой утомляемости, эмоциональной нестабильности, чрезмерной активности, возбуждении, преобладании негативных переживаний, скорее плохое эмоциональное состояние в основной группе встречается лишь в 10% случаев. В то время как в группе сравнения (62,5%) преобладает скорее плохое эмоциональное состояние (80%), которое свидетельствует о несколько повышенном уровне нервно-психического неблагополучия обследуемого: повышенной утомляемости, неуравновешенности, наличии негативных эмоциональных переживаний, плохое эмоциональное состояние встречается в 2 раза реже и составляет 20% по отношению к 40% основной группы, весьма плохое эмоциональное состояние в группе сравнения не встречается.

Кроме того, результаты исследования позволили установить, что в группе сравнения у 26 (76,5%) испытуемых не выявлено ни одного случая перинатального поражения ЦНС в виде ММД с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Проведенный анализ эмоционального состояния показал, что в данной группе детей преобладает удовлетворительное эмоциональное состояние (73,1%), которое характеризуется повышенной активностью, энергичностью, стремлением получать информацию из окружения и скорее хорошее эмоциональное состояние (26,9%), которое свидетельствует о несколько повышенном уровне нервно-психического благополучия, обязательности, восприимчивости ко всему новому, стремлении расширять кругозор, желании быть в центре внимания.

Таким образом, можно сделать вывод, что перинатальное поражение ЦНС в виде реактивного типа ММД с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в совокупности с социальными фак-

горам оказывает негативное влияние на эмоциональное состояние детей.

Проективный тест «Рисунок человека» позволил установить, что в основной группе у детей с перинатальным поражением ЦНС в виде ММД с СДВиг из социально-неблагополучных семей (69%) преобладают такие личностные особенности как: импульсивность (20%), негативизм (13%), агрессивность (11%), асоциальные тенденции (10%), тревожность (9%), гиперактивность (8%), враждебность (7%), нарушения общения (6%), потребность в опоре (6%), а также недостаточная социальная адаптированность (5%), слабая бытовая ориентация (3%) и эмоциональная напряженность (2%). (Рис. 5.1.).

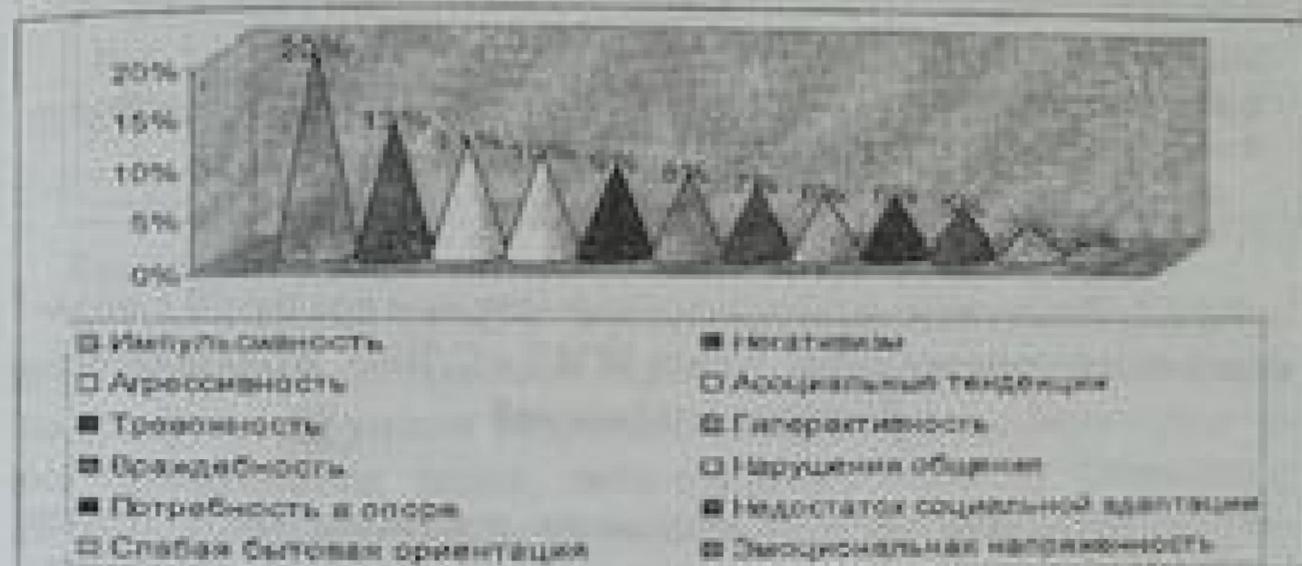


Рис. 5.1. Личностные особенности характерные для детей с перинатальным поражением ЦНС в виде ММД с СДВиг из социально-неблагополучных семей

В свою очередь, у детей из группы сравнения с перинатальным поражением ЦНС в виде ММД с СДВиг из социально-благополучных семей наиболее часто встречалась демонстративность, в то время как импульсивность отмечена лишь у 20% обследуемых. Тревожность в группе сравнения встречалась у 15%, что в 1.7 раза чаще, чем в основной группе. При этом важно отметить, что враждебность, агрессивность, асоциальность и эмоциональная напряженность у респондентов группы сравнения не встречались. Негативизм в группе сравнения встречался в 5% случаев, что в 2.6 раза реже, чем в основной группе. Кроме того, для респондентов группы сравнения характерны такие личностные особенности как

экстравертированность, тенденция к излишней самооценке и напряженность в контактах, которые в основной группе не встречаются. (Рис. 5.2.)

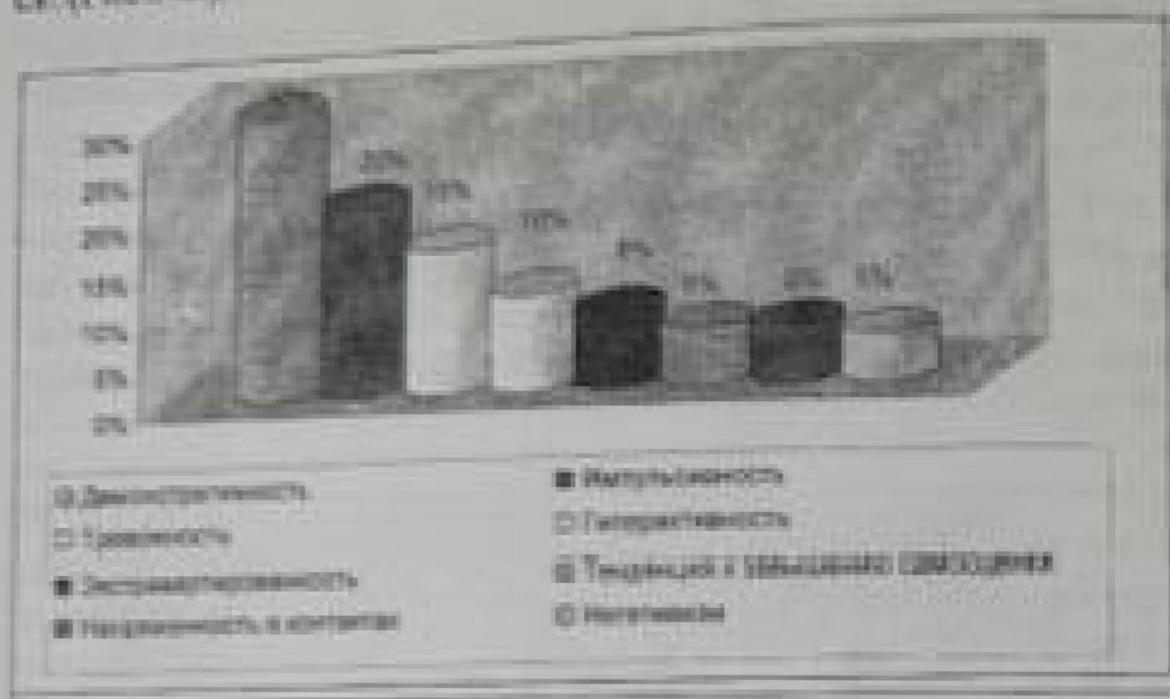


Рис. 5.2. Личностные особенности характерные для детей с перинатальным поражением ЦНС в виде ММД и СДВиг из социально-благополучных семей

Кроме того, результаты исследования показали, что в группе сравнения среди детей с отсутствием перинатального поражения ЦНС в виде ММД и СДВиг (76.5%) преобладают такие особенности как потребность получить информацию из окружения (35%), общительность (20%), высокая активность (15%), демонстративность (10%), экстравертированность (10%), склонность к широким, но формальным контактам (5%) и развитое воображение (5%). (Рис. 5.3.)

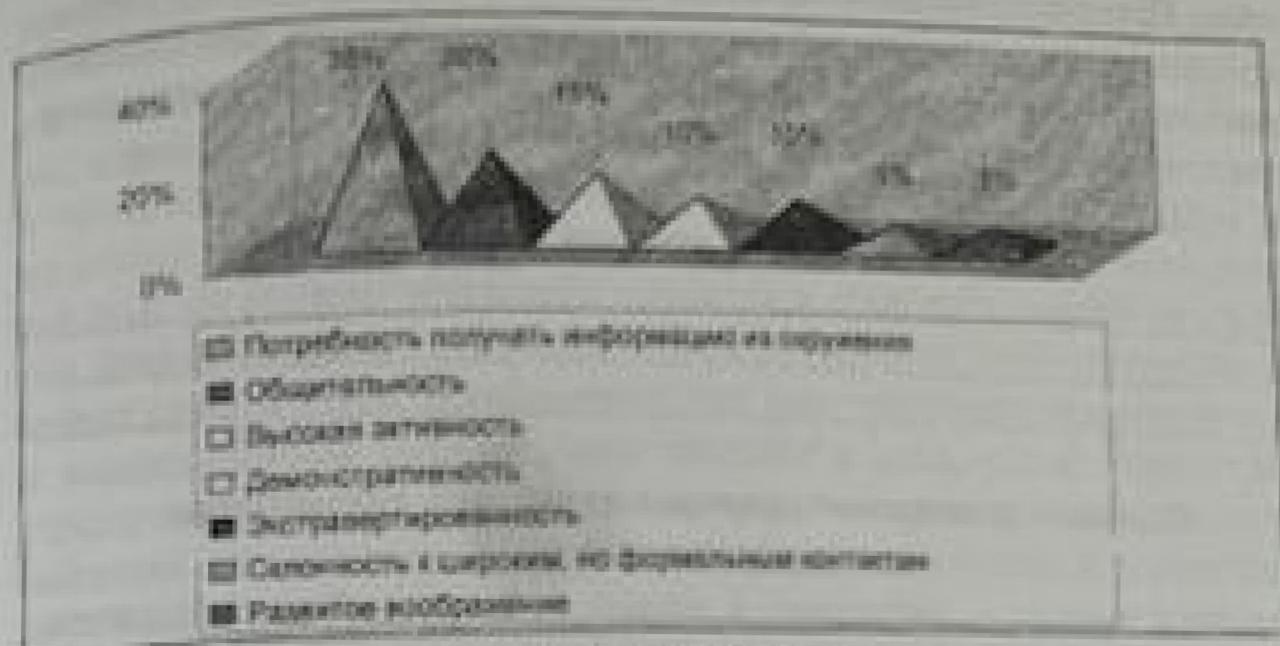


Рис. 5.3. Личностные особенности характерные для детей с отсутствием перинатального поражения ЦНС в виде ММД с СДВГ из социально-благополучных семей.

#### Выводы:

1. Наибольший вклад в формирование последствий перинатального поражения центральной нервной системы в виде малой мозговой дисфункции вносят биологические факторы (особенности течения беременности, родов, постнатального периода). Социальные факторы, воздействующие на ребенка в постнатальный период, оказывают влияние на формирование личности и поведение ребенка.

2. В социально-неблагополучных семьях у детей с последствиями Перинатального поражения ЦНС наиболее часто встречается реактивный тип ММД, который в 100% случаев сочетается с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

3. Для детей с последствиями перинатального поражения ЦНС в виде ММД с синдромом дефицита внимания и гиперактивности характерно преобладание негативного эмоционального состояния. При этом среди детей из социально-неблагополучных семей преобладает весьма плохое эмоциональное состояние.

4. Наиболее характерными личностными особенностями для детей с последствиями перинатального поражения ЦНС в виде реактивного типа ММД из социально-неблагополучных семей являются: импульсивность, негативизм, тревожность, гиперактивность, социальные тенденции, нарушения общения и враждебность.

5. При разработке психокоррекционных мероприятий у ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности необходимо проводить коррекцию поведения для исключения формирования асоциальности в подростковом возрасте.

Для заметок:

---

---

---

### Психосоматическое здоровье детей, его сохранение и укрепление

Старший преподаватель  
кафедры «Социальной педагогики и  
организации работы с молодежью»  
ИСО КГПУ им. К.Э. Циолковского  
Прохорова Е.П.

*«Если ты нездоров телом, подумай о том,  
что происходит в твоей душе.  
Если болит Душа, жди потери здоровья».*  
*Мудрость в притчах и иносказаниях.*

Самое ценное, что у человека есть – это его жизнь, его психическое и физическое здоровье. Сохранение и укрепление здоровья человека одна из главных задач любого общества. Можно ли говорить, что, улучшив материальное положение в семье, общество будет иметь здоровое поколение в будущем? Материальное благосостояние семьи решает многие проблемы, но хотя этот фактор и основной, но все же, недостаточный. Богатые одежды никогда не прикроют наготы души. Многие проблемы отклонений: в развитии детей, в их самочувствии обусловлены тяжелой наследственностью, неправильном воспитании, асоциальном поведении членов семьи и т.д. Дети, все чаще, находятся без надзора родителей, без их заботы и внимания.

Большинство детей, воспитывающихся в детских домах, приютах, интернатах из маргинальных, асоциальных семей. Рассмотрим данную ситуацию на примере приюта «Детство» г. Калуга. За пять месяцев работы в выше указанном учреждении проживало и