Оглавление

[Введение 2](#_Toc432276688)

[Классификация 3](#_Toc432276689)

[Причины СДВГ 4](#_Toc432276690)

[Признаки СДВГ 5](#_Toc432276691)

[Диагностика синдрома дефицита внимания 7](#_Toc432276692)

[Методы и принципы лечения 9](#_Toc432276693)

[Список использованной литературы 10](#_Toc432276694)

# Введение

Гиперкинетические расстройства — синдром, для которого характерны двигательная гиперактивность, дефекты концентрации внимания и импульсивность поведения.

В отечественной литературе для обозначения этой группы состояний наиболее широко используют термины «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ), «гипердинамический синдром», «синдром нарушения внимания с гиперактивностью», «дефицит внимания с гиперактивностью», «гиперактивное расстройство с дефицитом внимания». Гиперкинетические расстройства отмечают при заболеваниях, сопровождающихся когнитивными и поведенческими расстройствами.

Синдром дефицита внимания или СДВ представляет собой биологическую незрелость мозга ребенка к моменту поступления в первый класс. Данная незрелость характеризуется повышенной отвлеченностью, отсутствием сосредоточения, импульсивностью и гиперактивностью. Поэтому говоря о синдроме дефицита внимания у детей добавляют и гиперактивность. Над этой проблемой работает большая часть психиатров и психотерапевтов, признавая, что этими признаками и качествами наделены дети индиго. Считается, что дети индиго имеют необычайную чувствительность, высокий уровень интеллекта, телепатические способности, а также обладают особой аурой индиго. Итак синдром дефицита внимания вместе с гиперактивностью – это неврологическо-поведенческое расстройство личности, которое начинается в младенчестве. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью не относят к психическим расстройствам. Симптомы СДВ могут продолжаться на протяжении подросткового периода и у взрослых.

# Классификация

В России принята классификация гиперкинетических расстройств, где в рубрике «Гиперкинетические расстройства» выделяют:

· нарушение активности и внимания;

· гиперкинетическое расстройство поведения;

· другие гиперкинетические расстройства;

· гиперкинетическое расстройство неуточнённое.

Гиперкинетическое расстройство поведения — один из немногих примеров комбинационной категории. Постановка такого диагноза свидетельствует о том, что присутствуют признаки и гиперкинетических расстройств, и расстройств поведения. Такой приём оправдан ввиду частого сосуществования этих состояний и показанного позднее значения смешанного синдрома.

По американской классификации 1994 года выделяют три формы СДВГ.

• Сочетание гиперактивности с нарушениями внимания (это самая частая форма СДВГ).

• Состояния, при которых преобладают нарушения внимания (трудность диагностики состоит в том, что нарушения внимания, как правило, есть и у детей с неврозами и невротическими состояниями). Правомерность отнесения данной формы к СДВГ до настоящего времени не определена.

• Состояния, при которых преобладает гиперактивность. Это наиболее редкая форма. В большинстве случаев гиперактивность ребёнка связана с его индивидуальными особенностями (в частности, с темпераментом) и не всегда свидетельствует о патологии.

# Причины СДВГ

Точные причины возникновения СДВГ так и не выявлены. Но повлиять могут такие факторы:

* ухудшение экологической ситуации;
* инфекционные болезни, перенесенные будущей матерью;
* действие алкоголя, лекарств, наркотиков, курение в этот период;
* угроза прерывания, несовместимость по резус-фактору, хронические заболевания матери;
* преждевременные, быстрые или затяжные роды;
* отравление наркозом, кесарево сечение, внутренние мозговое кровоизлияние, родовые осложнения, стимуляция родовой деятельности.

Опасны заболевания младенцев с поднятием высокой температуры. Астма, сердечная недостаточность, пневмония, заболевания почек, сахарный диабет может повлиять негативно на работу мозга. Отводят главенствующую роль при заболевании синдромом генетическому фактору. В комплексе часто идут сопутствующие расстройства – это биполярное аффективное расстройство, синдром Туретта, дислексия, синдром Аспергера. СДВГ, а также его лечение и коррекция в свое время вызывало много споров. В реальном существовании СДВГ продолжает сомневаться ряд медиков, психологов, педагогов, родителей и просто общественность. Одни убеждены, что СДВГ не существующий диагноз, а другие склонны верить в существовании генетических и физиологических причин импульсивного гиперактивного состояния у маленьких детей. Американские психотерапевты рассматривают СДВГ с неврологической точки зрения, как стойкое и хроническое заболевание, для которого нет способа излечения. Этим расстройством, по данным Америки, страдает до 5% детского населения, а также взрослого. Согласно действующим в России критериям диагностики, СДВГ у детей выявляют в конце дошкольного, а на поздних этапах в конце школьного возраста. Для окончательного установления диагноза требуется оценка поведения в двух социальных условиях (дома и школе). Выявленные нарушения в обучении и социального поведения дают основания для установки диагноза СДВГ. Объективность диагностики СДВГ у детей и реальных оснований для назначения лечения медпрепаратами остаётся открытым и дискуссионным, поскольку нет единых диагностических критериев, а также методов по оцениваю симптомов заболевания. СДВГ более часто встречается у мальчиков. Частота распространения мальчиков к девочкам от 3:1, но бывает и 9:1.

# Признаки СДВГ

**ИМПУЛЬСИВНОСТЬ**

Одним из главных признаков СДВГ, наряду с нарушениями внимания, является импульсивность — недостаток контроля поведения в ответ на конкретные требования. Клинически эти дети часто характеризуются как быстро реагирующие на ситуации, не дожидаясь указаний и инструкций, позволяющих выполнять задание, а также неадекватно оценивающие требования задания. В результате они очень небрежны, невнимательны, беспечны и легкомысленны. Такие дети зачастую не могут рассмотреть потенциально негативные, вредные или разрушительные (и даже опасные) последствия, которые могут быть связаны с определёнными ситуациями или их поступками. Часто они подвергают себя необоснованному, ненужному риску, чтобы показать свою смелость, капризы и причуды, особенно перед сверстниками. В результате нередки несчастные случаи с отравлениями и травмами. Дети с СДВГ могут легкомысленно и беспечно повредить или уничтожить чью-либо собственность значительно чаще, чем дети без признаков СДВГ.

Одна из трудностей в диагностировании СДВГ — то, что он часто сопровождается другими проблемами. Небольшая группа людей с СДВГ страдает редким расстройством, называемым синдром Туретта.

**НЕВНИМАТЕЛЬНОСТЬ**

1. Часто неспособен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности.
2. Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр.
3. Часто складывается впечатление, что ребёнок не слушает обращённую к нему речь.
4. Часто оказывается не в состоянии придерживаться предлагаемых инструкций и справиться до конца с выполнением уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте (что никак не связано с негативным или протестным поведением, неспособностью понять задание).
5. Часто испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности.
6. Обычно избегает вовлечения в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения (например, школьных заданий, домашней работы).
7. Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки, школьные принадлежности, карандаши, книги, рабочие инструменты).
8. Легко отвлекается на посторонние стимулы.
9. Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.
10. Часто ломает все предметы подряд (в то же время делает вид, что не он это делал).

**ГИПЕРАКТИВНОСТЬ**

1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится.
2. Часто встаёт со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.
3. Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегает, крутится, пытается куда-то залезть, причём в таких ситуациях, когда это неприемлемо.
4. Обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.
5. Часто находится в постоянном движении и ведёт себя так, «как будто к нему прикрепили мотор».
6. Часто бывает болтливым.
7. Часто отвечает на вопросы не задумываясь, не выслушав их до конца.
8. Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.
9. Часто мешает другим, пристаёт к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).
10. Во время сна раскрывается, всё время ворочается, сбивает простыню, сбрасывает на пол одеяло, при этом спит "свернувшись калачиком".

# Диагностика синдрома дефицита внимания

За рубежом психиатры диагностируют синдром дефицита внимания с гиперактивностью, и заболевание относят к психическим расстройствам. Российские же врачи склонны относить данный синдром к функциональным расстройствам по причине незрелости отдельных отделов мозга. Благодаря разработанным нейропсихологическим и психологическим методам и приёмам стало возможно проводить эффективную коррекцию поведения ребенка, а также нарушений внимания. У всех детей с синдромом дефицита внимания диагностируется нарушение восприятия объёмных 3D пространств (как ближнего пространства, так и дальнего). У детей индиго замечен эффект восприятия пространства в виде “окна”. Мозг ребенка индиго воспринимает пространство, как зеркало (обратная перспектива, где правая и левая сторона поменялись местами). Поэтому ребенок индиго пишет букву, цифру или слог зеркально, а читая переставляет слоги. Потеря строк при чтении или соскальзывания взгляда вынуждает детей сопровождать процесс чтения пальцем. При диагностике синдрома обращают внимание на аудиальный канал, который временами не слышит обращенную речь. У детей индиго может кратковременно выключаться внимание. При этом взгляд ребенка устремляется в пространство и как бы застывает. У большей половины детей затаенное левшество или “двурукость” (амбидекстрия)

Также нужно отметить, что симптомы заболевания должны возникать не позднее 7-летнего возраста, сохраняться на протяжении как минимум 6 мес и быть достаточно выраженными, чтобы свидетельствовать о неполной адаптации и о несоответствии нормальным возрастным характеристикам.

Основные симптомы, необходимые для диагноза, — нарушенное внимание и гиперактивность; они должны возникать более чем в одной сфере деятельности (например, дома, в классе, в больнице).

Дети с нарушенным вниманием преждевременно прерывают задания, оставляя их неоконченными, часто меняют деятельность, теряя, по-видимому, интерес к одной задаче из-за того, что отвлекаются на другую (при этом лабораторные данные обычно не определяют необычной сенсорной или перцептивной отвлекаемости). Эти дефекты настойчивости и внимания следует диагностировать, только если они чрезмерны для возраста ребёнка и коэффициента его умственного развития. Гиперактивность выражена в чрезмерной нетерпеливости, особенно в ситуациях, требующих относительного спокойствия (бег и прыгание, вскакивание с места, когда полагается сидеть, чрезмерные болтливость и шумливость, ёрзание и извивание). Активность должна быть чрезмерно высокой в контексте ожидаемой в этой ситуации и по сравнению с другими детьми того же возраста и интеллектуального развития. Эта особенность поведения наиболее очевидна в структурированных, организованных ситуациях, требующих высокой степени самоконтроля поведения.

Сопутствующие клинические характеристики не достаточны и даже не необходимы для постановки диагноза, но подтверждают его. К ним относят: расторможённость в социальных взаимоотношениях; безрассудство в ситуациях, представляющих некоторую опасность; импульсивное нарушение социальных правил (об этом свидетельствует то, что ребёнок вторгается или прерывает занятия других или преждевременно сбалтывает ответы на вопросы до того, как они закончены, или ему трудно ждать в очереди).

# Методы и принципы лечения

Немедикаментозное лечение включает нейропсихологический метод-упражнений, благодаря которому пациента “переносят” в ранее детство и восстанавливают нейронные связи. Коррекция по нейропсихологической методике длится девять месяцев. В результате после лечения мозг пациента функционирует более эффективно, восстанавливаются все функции. Синдромальный метод учитывает свободу действий, желания заболевшего при выборе задания. Метод учитывает, что ребенок усидчив тогда, когда ему интересно. Существуют разработанные подвижные игры, где победу в играх ребенок с СДВГ получает благодаря импульсивности. Но в определенной момент он все же должен напрячь свое внимание. Бихевиоральная психотерапия (поведенческая) включает педагогическую тактику: метод поощрения, а также наказания. Рекомендуется вдохновлять ребенка, давать положительный определенный настрой. Метод семейной психотерапии, где ребенок получает первые навыки общения.

С точки зрения социальной адаптации важно целенаправленно и длительно воспитывать в ребёнке социально поощряемые нормы поведения. В лечении СДВГ обычно используют бихевиоральные и бихевиорально-когнитивные подходы и тренинги для детей, родителей и персонала учебных заведений. Необходимо специальное консультирование, цель которого — разъяснение больному особенностей его состояния и сведение к минимуму влияния болезни на жизнь.

# Список использованной литературы

1. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. – М., Триада – Х, 2008. – С. 81 - 93.

2. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. — М., Академия, 2005. — 256 с.

3. Заваденко Н.Н. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей // РМЖ. — 2006. — Т. 14. —№ 1. — С. 51–56.

4. Кропотов Ю.Д Современная диагностика и коррекция синдрома нарушения внимания. Нецрометрика, электоромагнитная томография и нейротерапия. — Спб., ЭЛБИ-Спб, 2005. — 148 с.

5. Мусатова Н.М. Пантокальцин в лечении синдрома гиперактивности и дефицита внимания // Трудный пациент. — 2006. — № 6. — Т. 4. — С. 41–44.

ГАПОУ ЧР СПО «Канашский педагогический колледж»

Министерства образования и молодежной политики Чувашской Республики

**«Синдром дефицита внимания с гиперактивностью»**

выполнила

студентка 401 группы

Шуянова Ю.А

проверила преподаватель

Козлович В.Н

Канаш-2015