**Содержание**

1. Введение

2. Этиология синдрома дефицита внимания и гиперактивности

3. Классификация СДВГ. Основные симптомы СДВГ

4. Подходы к коррекции синдрома дефициты внимания и гиперактивности

5. Заключение

Список используемой литературы

**1. Введение**

**Внимание** — это направленность психической деятельности на какой либо предмет, ситуацию или социальные отношения. Ни один психический процесс невозможен без концентрации и удержания внимания на каком бы то ни было объекте или событии. Внимание как необходимое условие познавательной или любой другой деятельности изучается психологией с давних пор и является важной составной частью когнитивной психологии.

Есть взрослые люди, у которых с детского возраста имеются различные нарушения внимания. Зачастую эти взрослые в детском возрасте были очень активными и подвижными непоседами. Чрезмерная активность с годами к подростковому возрасту исчезла или значительно уменьшилась, а вот такие качества, как невнимательность и импульсивность, порывистость в поведении остались, к сожалению, на всю жизнь. Чрезмерная активность, порывистость могут быть индивидуальными свойствами темперамента и вовсе не означать какой-либо патологии или отклонения в развитии. Однако же, если эта чрезмерная активность сочетается в детском возрасте с нарушениями активного внимания, то родители и педагоги сталкиваются со специфической проблемой, название которой **Синдром дефицита внимания и гиперактивности** (СДВГ).

Синдром дефицита внимания и гиперактивности - неврологическое – поведенческое расстройство развития, начинающееся в детском возрасте.

СДВГ и его лечение вызывает много споров, начиная уже с 1970 годов. С неврологической точки зрения СДВГ рассматривается как стойкий и хронический синдром, для которого не найдено способа излечения. По данным для населения Соединенных Штатов, это расстройство присутствует у 3-5 % людей, включая как детское, так и взрослое население. Согласно действующим (по состоянию на начало 2007 года) критериям диагностики, СДВГ можно диагностировать, начиная с позднего дошкольного или школьного возраста, поскольку для выполнения требований постановки диагноза необходима оценка поведения ребенка как минимум в двух условиях обстановки (например, дома и в школе). Наличие нарушений обучения и социальных функций является необходимым критерием для установления диагноза СДВГ. Вопрос об объективности диагностики СДВГ и достаточных основаниях для назначения медикаментозного лечения остается дискуссионным, в силу отсутствия единых диагностических критериев и методов оценки симптомов заболевания.

**2. Этиология Синдрома дефицита внимания и гиперактивности**

Этиология изучена недостаточно. Большинство исследователей предполагают генетическую природу синдрома. В семьях детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности нередко имеются близкие родственники, имевшие в школьном возрасте аналогичные нарушения. Для выявления наследственной отягощенности необходим длительный и подробный расспрос, так как трудности обучения в школе взрослыми людьми сознательно или бессознательно "амнезируются". В родословных детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности также часто прослеживается отягощенность по обсессивно-компульсивному синдрому (навязчивые мысли и принудительные ритуалы), тикам и синдрому Жиль де ля Туретта. Вероятно, существует генетически детерминированная взаимосвязь нейромедиаторных нарушений в головном мозге при данных патологических состояниях.

Предполагается, что синдром дефицита внимания и гиперактивности детерминируется мутациями 3 генов, регулирующих дофаминовый обмен - гена D4 рецепторов, гена D2 рецепторов и гена, ответственного за транспорт дофамина носителями мутантного гена являются дети с наиболее выраженной гиперактивностью. Наряду с генетическими, выделяют семейные, перинатальные и перинатальные факторы риска развития синдрома дефицита внимания и гиперактивности. К семейным факторам относят низкое социальное положение семьи, наличие криминального окружения, тяжелые разногласия между родителями. Особенно значимыми считаются нейропсихиатрические нарушения, алкоголизация и отклонения в сексуальном поведении у матери. Перинатальные и перинатальные факторы риска развития синдрома дефицита внимания включают асфиксию новорожденных, употребление матерью во время беременности алкоголя, некоторых лекарственных препаратов, курение.

Предполагается, что в основе патогенеза синдрома лежат нарушения активирующей системы ретикулярной формации, которая способствует координации обучения и памяти, обработке поступающей информации и спонтанному поддержанию внимания. Нарушения активирующей функции ретикулярной формации, по всей видимости, связаны с недостаточностью в ней норадреналина. Невозможность адекватной обработки информации приводит к тому, что различные зрительные, звуковые, эмоциональные стимулы становятся для ребенка избыточными, вызывая беспокойство, раздражение и агрессивность. Нарушения в функционировании ретикулярной формации предопределяют вторичные нарушения нейромедиаторного обмена головного мозга. Теория о связи гиперактивности с нарушениями обмена дофамина имеет многочисленные подтверждения, в частности, успешность терапии синдрома дефицита внимания/гиперактивности дофаминергическими препаратами. Возможно, что нарушения нейромедиаторного обмена, приводящие к гиперактивности, связаны с мутациями в генах, которые регулируют функции дофаминовых рецепторов. Отдельные биохимические исследования у детей с синдромом дефицита внимания/гиперактивности свидетельствуют, что в головном мозге нарушается обмен не только дофамина, но и других нейромедиаторов - серотонина и норадреналина.

Помимо ретикулярной формации, важное значение в патогенезе синдрома дефицита внимания/гиперактивности имеет, вероятно, дисфункция лобных долей (префронтальной коры), подкорковых ядер и соединяющих их проводящих путей. Одним из подтверждений данного предположения является сходство нейропсихологических нарушений у детей с синдромом дефицита внимания и у взрослых при поражении лобных долей мозга. При спектральной томографии головного мозга у 65% детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности обнаружено снижение кровотока в префронтальной коре головного мозга при интеллектуальных нагрузках.

**3. Классификация СДВГ. Основные симптомы СДВГ**

Синдром дефицита внимания и гиперактивности - дисфункция центральной нервной системы (преимущественно ретикулярной формации головного мозга), проявляющаяся трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов.

Термин "синдром дефицита внимания" был выделен в начале 80-х годов из более широкого понятия "минимальной мозговой дисфункции". История изучения минимальной мозговой дисфункции связана с исследованиями Е. Kahn и соавт. (1934), хотя отдельные исследования проводились и ранее. Наблюдая детей школьного возраста с такими нарушениями поведения, как двигательная расторможенность, отвлекаемость, импульсивность поведения, авторы высказали предположение, что причиной данных изменений является повреждение головного мозга неизвестной этиологии, и предложили термин "минимальное мозговое повреждение". В дальнейшем в понятие "минимальное мозговое повреждение" были включены и нарушения обучения (трудности и специфические нарушения в обучении навыкам письма, чтения, счета; нарушения перцепции и речи). Впоследствии статическая модель "минимального мозгового повреждения" уступила место более динамичной и более гибкой модели "минимальной мозговой дисфункции".

В 1980 г. Американской ассоциацией психиатров была разработана рабочая классификация - DSM-IV (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), - согласно которой случаи, описанные ранее как минимальная мозговая дисфункция, предложено рассматривать как синдром дефицита внимания и синдром гиперактивности. Основной предпосылкой явился тот факт, что наиболее частые и значимые клинические симптомы минимальной мозговой дисфункции включали нарушение внимания и гиперактивность. В последней классификации DSM-IV данные синдромы объединены под одним названием "синдром дефицита внимания/гиперактивности". В МКБ-10 синдром рассматривается в разделе "Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте" в подразделе "Нарушение активности и внимания" (F90.0) и "Гиперкинетическое расстройство поведения" (F90.1).

Согласно американской классификации болезней DSM-IV выделяют 3 варианта этого нарушения:

* синдром, сочетающий дефицит внимания и гиперактивность;
* синдром дефицита внимания без гиперактивности;
* синдром гиперактивности без дефицита внимания.

Чаще всего встречается первый вариант заболевания — сочетание гиперактивности и невнимательности.

Вторым по распространённости является невнимательный вариант без гиперактивности. Он встречается гораздо чаще у девочек, чем у мальчиков и отличается своеобразным уходом в свои фантазии и мечтания, то есть ребёнок в течении дня может периодически витать в облаках.

Наконец, третий гиперактивный вариант без нарушения внимания может с одинаковой степенью вероятности быть проявлением определённых нарушений центральной нервной системы и также инвидуальными свойствами темперамента. Кроме того, нарушением внимания страдают дети с неврозами и невротическими реакциями. Другие заболевания также могут сопровождаться подобными нарушениями.

Многие родители и воспитатели считают, что основная проблема — это сверхподвижность ребёнка. Спору нет, гиперактивный ребёнок выводит из терпения даже самых спокойных и уравновешенных родителей и воспитателей, нарушает порядок в классе или детсадовской группе, своей фонтанирующей нервной энергией раздражает не только взрослых, но даже сверстников.

Но дело в том, что гиперактивность не является ключевой проблемой. Как уже говорилось выше, по мере созревания структур головного мозга, примерно к 13-15 годам гиперактивность значительно уменьшается или исчезает совсем. Могут оставаться только суетливые движения у взрослого и/или неспособность зафиксироваться в одном положении на долгое время.

Основными же симптомами СДВГ являются нарушение концентрации внимания и импульсивное, необдуманное поведение. Хотя причина или причины до сих пор достоверно не выяснены, целый ряд исследований позволяет предположить, что ведущим компонентом этого нарушения является **неспособность мозга ребёнка к адекватной саморегуляции**. Это касается как инициирования, так и торможения поведения и активности.

Гиперактивный ребенок, независимо от ситуации, в любых условиях - дома, в гостях, в кабинете врача, на улице - будет вести себя одинаково: бегать, бесцельно двигаться, не задерживаясь надолго на любом, самом интересном предмете. И на него не подействуют ни бесконечные просьбы, ни уговоры, ни подкуп. Он просто не может остановиться. У него не работает механизм самоконтроля, в отличие от его сверстников, даже самых избалованных и живых. Этих можно уговорить, наказать, в конце концов. Гиперактивных - бесполезно, их надо сперва подлечить.

Проявление синдрома дефицита внимания с гиперактивностью определяется тремя основными критериями (симптомокомплексами). Это невнимательность, гиперактивность и импульсивность.

Понятие "невнимательность" в данном случае складывается из следующих признаков:

- Обычно ребенок не способен удерживать (сосредоточивать) внимание на деталях, из-за чего он допускает ошибки при выполнении любых заданий (в школе, детском саду).

- Ребенок не в состоянии вслушиваться в обращенную к нему речь, из-за чего складывается впечатление, что он вообще игнорирует слова и замечания окружающих.

- Ребенок не умеет доводить выполняемую работу до конца. Часто кажется, что он таким образом высказывает свой протест, потому что ему не нравится эта работа. Но дело все в том, что ребенок просто не в состоянии усвоить правила работы, предлагаемые ему инструкцией, и придерживаться их.

- Ребенок испытывает огромные трудности в процессе организации собственной деятельности (не важно - построить ли дом из кубиков или написать школьное сочинение).

- Ребенок избегает заданий, которые требуют длительного умственного напряжения.

- Ребенок часто теряет свои вещи, предметы, необходимые в школе и дома: в детском саду никогда не может найти свою шапку, в классе - ручку или дневник, хотя предварительно мама все собрала и сложила в одном месте.

- Ребенок легко отвлекается на посторонние стимулы.

- Ребенок постоянно все забывает.

Для того чтобы поставить ребенку диагноз "невнимательность", у него должно присутствовать как минимум шесть из перечисленных признаков, которые сохраняются по меньшей мере шесть месяцев и выражены постоянно, что не позволяет ребенку адаптироваться в нормальной возрастной среде.

Понятие "гиперактивность" включает в себя следующие признаки:

- Ребенок суетлив, никогда не сидит спокойно. Часто можно видеть, как он беспричинно двигает кистями рук, стопами, елозит на стуле, постоянно оборачивается.

- Ребенок не в состоянии долго усидеть на месте, вскакивает без разрешения, ходит по классу и т. п.

- Двигательная активность ребенка, как правило, не имеет определенной цели. Он просто так бегает, крутится, карабкается, пытается куда-то залезть, хотя порой это бывает далеко не безопасно.

- Ребенок не может играть в тихие игры, отдыхать, сидеть тихо и спокойно, заниматься чем-то определенным.

- Ребенок всегда нацелен на движение.

- Часто бывает болтливым.

Понятие "импульсивность" включает в себя следующие признаки:

- Ребенок часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не дослушав их до конца, порой просто выкрикивает ответы.

- Ребенок с трудом дожидается своей очереди, независимо от ситуации и обстановки.

- Ребенок обычно мешает другим, вмешивается в разговоры, игры, пристает к окружающим.

Говорить о гиперактивности и импульсивности можно только в том случае, если из перечисленных выше признаков присутствуют как минимум шесть и сохраняются они не менее шести месяцев.

Признаки синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) можно обнаружить у детей самого раннего возраста. Буквально с первых дней жизни у ребенка может быть повышен мышечный тонус. Такие дети изо всех сил стараются освободиться от пеленок и плохо успокаиваются, если их пытаются туго запеленать или даже надеть стягивающую одежду. Они могут с раннего детства страдать частыми неоднократными, немотивированными рвотами. Не срыгиваниями, характерными в младенчестве, а именно рвотами, когда все, что съел, - тут же обратно фонтанчиком. Такие спазмы - признак расстройства нервной системы. (И здесь важно не спутать их с пилоростенозом - проблема желудка, неспособного принять много пищи. Она тоже выливается, но уже по совершенно другой причине. Конечно, здесь уже без помощи доктора не обойтись.)

Гиперактивные дети на протяжении всего первого года жизни плохо и мало спят, особенно ночью. Тяжело засыпают, легко возбуждаются, громко плачут. Они чрезвычайно чувствительны ко всем внешним раздражителям: свету, шуму, духоте, жаре, холоду и т. д. Чуть постарше, в два-четыре года, у них появляется диспраксия, так называемая неуклюжесть, более отчетливо заметна неспособность сосредоточиться на каком-нибудь, даже интересном для него, предмете или явлении: бросает игрушки, не может спокойно дослушать сказку, досмотреть мультик.

Но наиболее заметными гиперактивность и проблемы с вниманием становятся к моменту, когда ребенок попадает в детский сад, и принимают совсем угрожающий характер в начальной школе.

**4. Подходы к коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности**

В разных странах подходы к лечению и коррекции СДВГ и доступные методы могут отличаться. Однако, невзирая на эти различия, большинство специалистов считают наиболее эффективным комплексный подход, который сочетает в себе несколько методов, индивидуально подобранных в каждом конкретном случае. Используются методы модификации поведения, психотерапии, педагогической и нейропсихологической коррекции. «Лекарственная терапия назначается по индивидуальным показаниям в тех случаях, когда нарушения со стороны когнитивных функций и проблемы поведения у ребенка с СДВГ не могут быть преодолены лишь с помощью немедикаментозных методов.» В США для лечения используется вызывающий привыкание риталин.

В настоящий момент есть несколько подходов к методам лечения СДВГ

Работа по коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности должны быть своевременными и обязательно включать:

* приемы семейной и поведенческой терапии, обеспечивающие лучшее взаимодействие в семьях с детьми, страдающими СДВГ;
* формирование навыков социального взаимодействия в ходе специальных коррекционных занятий;
* коррекцию плана школьного обучения - через особую подачу учебного материала и создание такой атмосферы на уроке, которая максимально повышает возможности успешного обучения детей;
* лекарственную терапию, которая назначается по индивидуальным показаниям тогда, когда когнитивные и поведенческие нарушения не могут быть преодолены лишь с помощью методов поведенческой терапии, психолого-педагогической коррекции и психотерапии.

*Нейропсихологический*

Когда с помощью различных упражнений мы возвращаемся на предыдущие этапы онтогенеза и заново простраиваем те функции, которые сформировались архаично неправильно и уже закрепились. Для этого их нужно, как любой другой неэффективный патологический навык, целенаправленно раскрыть, растормозить, разрушить и создать новый навык, который более соответствует эффективной работе. И это осуществляется на всех трёх этажах мыслительной деятельности. Это трудоёмкая многомесячная работа. Ребёнок вынашивается 9 месяцев. И нейропсихологическая коррекция рассчитана на этот срок. И тогда мозг начинает работать более эффективно, с меньшими энергетическими затратами. Старые архаичные связи, отношения между полушариями нормализуются. Энергетика, управление, активное внимание простраиваются.

*Синдромальный*

Представим, что зрелый личностно ребёнок хочет вести себя в соответствии с нормами, хочет учиться, воспринимать знания. Его родители хорошо воспитали. Он должен сидеть спокойно на уроке. Должен быть внимательным и слушать, контролировать себя. Три трудные задачи одновременно. Ни один взрослый человек три работы, трудные для него, не в состоянии выполнить. Поэтому синдромальная работа заключается в том, что ребёнку дается интересная деятельность (произвольная). Но в этой деятельности идет постпроизвольное внимание (когда мы чем-то заинтересовались и вникли, мы уже напрягаемся без дополнительных затрат). Поэтому, когда говорят, что дети с СДВГ в состоянии просидеть за компьютером очень долго, то это совсем другое внимание.

Существуют подвижные игры, которые требуют только напряжения внимания. Ребёнок движется по условиям игры, он может быть взрывчат, импульсивен. Это может помогать ему выигрывать. Но игра рассчитана на внимание. Тренируется эта функция. Затем тренируется функция сдержанности. При этом он может отвлекаться. Каждая задача решается по мере поступления. Так улучшается каждая функция по отдельности.

Но ни одно лекарство не учит, как себя вести, поэтому добавляются ещё два направления:

Бихевиоральная или поведенческая психотерапияакцентируется на тех или иных поведенческих шаблонах, либо формируя, либо гася их с помощью поощрения, наказания, принуждения и вдохновления.

Работа над личностью. Семейная психотерапия, которая формирует личность и которая определяет, куда направить эти качества (расторможенность, агрессивность, повышенную активность).

Весь этот комплекс методов психокоррекции и медикаментозного лечения при своевременной диагностике поможет гиперактивным детям вовремя скомпенсировать нарушения и полноценно реализоваться в жизни.

Лекарственная терапия при СДВГ

Отечественными специалистами при лечении СДВГ традиционно используются препараты ноотропного ряда. Их применение патогенетически обосновано, поскольку ноотропные препараты оказывают стимулирующее действие на недостаточно сформированные у этой группы детей высшие психические функции (внимание, память, речь, праксис, организация, программирование и контроль психической деятельности). Не следует воспринимать положительное воздействие стимулирующих препаратов на пациентов с гиперактивностью как парадокс. Наоборот, высокая эффективность ноотропов представляется закономерной, т.к. гиперактивность является лишь одним из **проявлений СДВГ** и сама обусловлена нарушениями со стороны высших психических функций. Кроме того, эти препараты положительно действуют на обменные процессы в ЦНС и способствуют созреванию тормозных и регуляторных систем мозга. По химической структуре ноотропы представляют собой неоднородную группу ЛС, которая включает несколько классов препаратов. Исследования показали, что проведенное лечение с применением ноотропных препаратов в 60-70% случаев дает положительный эффект, который проявляется в улучшении характеристик поведения, показателей моторики, внимания, памяти, других высших психических функций, а также в определенном улучшении показателей биоэлектрической активности мозга по данным ЭЭГ. Лечение детей, страдающих СДВГ с коморбидными расстройствами, представляет собой сложную задачу для клинициста, и его принципы разработаны недостаточно. Перспективы решения этой задачи связаны с применением нового ЛС - атомоксетина гидрохлорида (страттеры). Основной механизм действия этого препарата связан с блокадой обратного захвата норадреналина. Вероятным объяснением терапевтической активности служит то, что в исследованиях на животных было обнаружено увеличение содержания дофамина и норадреналина в префронтальной коре в результате подавления обратного захвата этих нейромедиаторов. Хотя атомоксетин блокирует на пресинаптической мембране связывание норадреналина с белком-переносчиком, обеспечивающим его обратный захват, экспериментально установлено, что в префронтальной коре дофамин связывается с тем же транспортным белком, что и норадреналин. Префронтальная кора играет ведущую роль в обеспечении УФ мозга, а также внимания и памяти, и увеличение концентрации норадреналина и дофамина в этой области под действием препарата приводит к ослаблению **проявлений СДВГ**. Положительное действие обычно проявляется уже в начале терапии, однако эффект продолжает нарастать на фоне непрерывного приема препарата в течение месяца. Результаты проведенных исследований показывают, что у большинства пациентов с СДВГ клиническая эффективность достигается при назначении атомоксетина в диапазоне доз 1,0-1,5 мг/кг/сут. с однократным приемом в утренние часы, хотя некоторым пациентам могут потребоваться более высокие дозы до 1,8 мг/кг/сут. Атомоксетин особенно эффективен в случаях **сочетания СДВГ** с деструктивным поведением, тревожными расстройствами, тиками и энурезом.

Специалистами также разработана система своеобразной "скорой помощи" при работе с гиперактивным ребенком. Вот главные ее постулаты:

- Отвлечь ребенка от капризов.

- Поддерживать дома четкий распорядок дня.

- Предложить выбор (другую возможную в данный момент деятельность).

- Задать неожиданный вопрос.

- Отреагировать неожиданным для ребенка образом (пошутить, повторить действия ребенка).

- Не запрещать действие ребенка в категоричной форме.

- Не приказывать, а просить (но не заискивать).

- Выслушать то, что хочет сказать ребенок (в противном случае он не услышит вас).

- Автоматически, одними и теми же словами повторять многократно свою просьбу (нейтральным тоном).

- Сфотографировать ребенка или подвести его к зеркалу в тот момент, когда он капризничает.

- Оставить в комнате одного (если это безопасно для его здоровья).

- Не настаивать на том, чтобы ребенок во что бы то ни стало принес извинения.

- Не читать нотаций (ребенок все равно их не слышит).

**5. Заключение**

Раннее выявление СДВГ у детей и безотлагательное проведение коррекционных мероприятий с применением комплекса эффективных современных методов позволяют достичь значительных результатов и преодолеть характерные для них трудности адаптации.

Психологическое сопровождение детей с СДВГ показывает, что даже без лечения по мере взросления всегда происходит некоторая нормализация работы мозга. Даже если не улучшается внимательность, сглаживается явная "цикличность" интеллектуальной деятельности, реже происходят "отключения". Становясь старше ребята начинают чувствовать тот момент, когда "мысли начинают разбегаться" и становится трудно сосредоточиться. Они отвлекаются, отдыхают и продолжают работу, когда это состояние проходит. Общее время, в течение которого они могут продуктивно обучаться, значительно увеличивается. Но все же шесть уроков они выдерживать не могут, и, если в конце учебного дня оказываются уроки по основным предметам (особенно по русскому языку или математике), то стойкая неуспеваемость может быть им обеспечена. При интенсивном лечении, избавившись от невнимательности, дети становятся медлительными. Приобретенная медлительность вызывает новые трудности в обучении детей с минимальной мозговой дисфункцией, дети не успевают следить за объяснением педагога. В результате этого они отстают от своих сверстников. Систематизация материала для таких детей также идет медленнее, чем у здоровых сверстников. Им особенно необходимо хотя бы общее упреждающее знакомство с информацией, которая будет излагаться на занятии. В целом, развития скоростных показателей, депрессированных в процессе медикаментозного лечения, с возрастом обычно не отмечается.

**Список используемой литературы**

1. «Детская патопсихология» составитель Н.Л. Белопольская. Москва.2004 год.

2. М.Н. Фишман «Нейрофизиологические механизмы отклонений в умственном развитии у детей» . Москва. 2006 год

3. Т.Г. Визель «Основы нейропсихологии». Москва. 2006 год.

4. «Дети с СДВГ: причины, диагностика, комплексная помощь» под ред. М. М. Безруких. Москва. 2009 год.

5. В.В. Лебединский «Нарушение психического развития у детей». Москва. 1985 год.

6. А.И. Захаров «Как предупредить отклонения в поведении ребёнка». Москва. 1986 год.