

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации Кафедра нервных болезней с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема:
«Синдром дефицита внимания с гиперактивностью»

Выполнила:
ординатор 2 года обучения
Козлова А.Е.

КРАСНОЯРСК 2024г

Оглавление

Введение.....	3
Современные представления о синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)	4
Биологические факторы возникновения и развития СДВГ	6
Особенности клинических проявлений СДВГ	8
Тренинги и игры	11
Заключение	15
Список использованной литературы:	16

Введение

Одной из главных проблем современного общества является ухудшение здоровья детей как результат неблагоприятного воздействия социально – экономических, экологических и школьных факторов. По данным различных специалистов около 90% дошкольников и школьников имеют отклонения в физическом и психическом развитии, среди которых одно из ведущих мест занимает синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) .

Для многих родителей эта аббревиатура — не пустой звук. Проблемы начинаются с момента поступления их ребенка в детский сад. При большой численности групп даже в современных детских садах у воспитателя просто не хватает терпения на ребенка с СДВГ. В школе неприятности только увеличиваются, так как дошкольник приходит недостаточно готовый к обучению из-за функциональной незрелости, что, как правило, приводит к школьной дезадаптации, среди причин которой большое значение имеет наличие недиагностированного и нелеченного СДВГ.

История этого заболевания включает в себя почти столетие клинических и научных публикаций и служит основой для концептуализации расстройства и его лечения. Хотя одно из первых упоминаний о гиперактивных детях, или детях с СДВГ, встречается в сочинениях врача Heinrich Hoffman; заслуга, как первым авторам, сфокусировавшим серьезное научное внимание на поведенческих аспектах детей, которые очень близки к тому, что сейчас известно под СДВГ, принадлежит George Still и Alfred Tredgold.

В 1980 году в третьем издании Американской психиатрической ассоциации «Диагностическое и статистическое руководство психических нарушений» был впервые представлен термин «attention deficit»(дефицит внимания), который заменил термины «легкая дисфункция мозга», «минимальная мозговая дисфункция» и другие. Базовым симптомом стало «нарушение внимания». Это было обосновано тем, что нарушение внимания встречается у всех детей с этим синдромом, а повышенная двигательная активность не всегда.

В настоящее время СДВГ рассматривается как нейробиологическое нарушение, симптомокомплекс которого включает в себя невнимательность, гиперактивность, импульсивность, трудности в обучении и межличностных отношениях. Обычно это нарушение сочетается с поведенческими и тревожными расстройствами, задержками в формировании языка и речи, а также школьных навыков.

Исследованием этой проблемы в России заинтересовались в конце 20-го века. На сегодняшний день в нашей стране получены данные о 7-28%-й распространенности СДВГ среди младших школьников. Разброс в цифрах объясняется тем, что до сих пор не существует единых методических подходов и критериев диагностики данного расстройства.

Современные представления о синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)

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).

Диагностические критерии СДВГ:

Из перечисленных ниже признаков хотя бы шесть должны сохраняться не менее 6 месяцев:

- *Неспособность сосредоточиться на деталях.* Дошкольник воспринимает и запоминает предмет в общем, не вдаваясь в подробности и детали. Детали имеют большое значение в нашей жизни. Человек не учитывает каких-то мелочей и подробностей и, как результат, испытывает трудности или вынужден ликвидировать последствия такого невнимательного подхода к делу [14].
- *Ошибки по невнимательности.* Такого рода ошибки также известны как "беззаботные ошибки" и мы хорошо знаем как дорого такие ошибки могут стоить в жизни.
- *Неспособность вслушиваться в обращенную речь.* Дошкольники и школьники с СДВГ недослушивают вопросы или обращенную к ним речь. Трудно говорить об установлении нормальных социальных отношений, если кто-то не слушает вас или перебивает.
- *Неспособность доводить задания до конца.* Это является огромной трудностью для школьника с СДВГ. Усилия родителей и педагогов как раз должны быть направлены на то, чтобы приучить ребёнка заканчивать любые дела [14].
- *Низкие организаторские способности.* Дошкольник должен, как следует удерживать внимание на том, что он делает и мысленно не терять

содержания задания. Не мешает, при этом, расставлять приоритеты: что сначала, что потом и что для этого нужно. Важно, также, по ходу действия приспосабливаться к вполне возможным изменениям в ситуации.

Оказывается, не так всё просто. Всё это связано с исполнительными функциями головного мозга, которые у ребёнка СДВГ недостаточно хорошо развиты [14].

- *Отрицательное отношение к заданиям, требующим умственного напряжения.* Такое отношение вполне естественно, потому что трудные задания требуют дополнительных умственных усилий, энергетических ресурсов, которых у ребёнка не так уж и много.

- *Отвлекаемость на посторонние раздражители.* Эта характеристика является противоположностью устойчивости внимания. Дошкольник и школьник отвлекается на посторонние стимулы-раздражители, которые к делу отношения не имеют. Тут есть две стороны медали. С одной стороны, ребёнок обнаруживает повышенное реагирование на посторонние стимулы, с другой стороны, ему так трудно удерживать внимание на задании или игре. Как следствие, внимание уходит на сторону.

- *Забывчивость.* Связана с плохой способностью концентрировать внимание и со слабой кратковременной памятью. Чего только дети СДВГ не забывают в школе и в различных общественных местах: зонты, перчатки, шапки, различные личные вещи, школьные принадлежности и многое другое. Для некоторых детей и их родителей это представляет большую финансовую проблему.

Биологические факторы возникновения и развития СДВГ

· Пре- и перинатальные факторы

Считается, что дети, перенесшие асфиксию во время рождения, а также воздействия различных неблагоприятных факторов во время беременности матери попадают в группу риска возникновения СДВГ. К таким факторам относятся употребление матерью алкоголя, некоторых лекарственных препаратов, курение, токсикозы во время беременности, обострение клинических заболеваний у матери, инфекционные заболевания, попытки прервать беременность, травмы в области живота, длительные роды, недоношенность и другие [7; 8].

Важную роль в развитии СДВГ отводят раннему органическому повреждению ЦНС. Данная патология преобладает у мальчиков, так как у них более высокая уязвимость мозга под влиянием пре- и перинатальных патологических факторов [5].

Причины поражения развивающегося мозга можно разделить на четыре основных типа: *гипоксический, инфекционный, механический и токсический* [14].

Следует помнить, что существует зависимость между сроками беременности, в которой произошло воздействие патологических факторов на плод, и тяжестью исходов. Например, неблагоприятные воздействия в ранние сроки онтогенеза могут явиться причиной возникновения пороков развития, детских церебральных параличей и умственной отсталости. А вот патологические воздействия на плод в более поздние сроки беременности очень часто влияют на формирование высших корковых функций и служат фактором риска для развития синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

· Генетические причины

Генетическая концепция формирования СДВГ предполагает наличие врожденной неполноценности функциональных структур мозга, отвечающих за внимание и моторный контроль [4].

В США и Чехословакии по результатам исследования отмечалась наследственная предрасположенность к заболеванию у 10-20% дошкольников и школьников с СДВГ.

В пользу генетического фактора говорит близнецовый метод исследований. Симптомы СДВГ проявляются у обоих монозиготных близнецов значительно чаще, чем у дизиготных. Среди братьев и сестер детей с СДВГ установлена значительная частота заболевания. Риск развития СДВГ выше, если у матери или обоих родителей имеются указания на синдром дефицита внимания в анамнезе [14].

В семьях детей с СДВГ очень часто встречаются близкие родственники с нарушениями внимания и имевшие аналогичные трудности в детстве. Более того, исследования показали, что у 57% родителей детей, страдающих СДВГ, наблюдались такие же симптомы.

Иногда различные особенности поведения родственников не оставляют сомнений в наследственной предрасположенности к этому заболеванию. Такие люди могут быть трудны в общении и забывчивы. Им бывает трудно организовать свою деятельность эффективно. В отдельных случаях требуются длительные и неоднократные расспросы родственников, потому что какие-то сложности детского и подросткового возраста мало кто любит вспоминать.

Среди родственников могут быть люди, страдающие обсессивно-компульсивным синдромом (навязчивые мысли и действия), тиками, синдромом де ля Туретта.

· **Нейробиологические факторы**

Нейромедиаторы — это общее название биологических веществ, которые выделяются нервными окончаниями и обеспечивают проведение нервных импульсов в синапсах. В зависимости от тех эффектов, которые они достигают, медиаторы бывают возбуждающими и тормозными. К числу важных нейромедиаторов относятся допамин (или дофамин), норадреналин и серотонин.

Эти химические вещества помогают мозгу посылать, проводить и получать сигналы. При СДВГ в определенных частях мозга может возникать дефицит этих веществ. В результате, некоторые сигналы не передаются нервными клетками, потому что не могут преодолеть расстояния между ними. При СДВГ уровень нейромедиаторов может меняться. Это проявляется в том, что характерные симптомы то усиливаются, то ослабляются [4].

· **Социальные факторы СДВГ**

Социально - психологические факторы, в том числе внутрисемейные и внесемейные играют важную роль в формировании синдрома дефицита внимания с гиперактивностью [4;13;14].

Психологический микроклимат – ссоры, конфликты, алкоголизм и аморальное поведение родителей, воспитание в неполных семьях, длительная разлука с родителями или смерть одного из них не могут не отразиться на психике ребенка [14].

Особенности воспитания – эгоистическое воспитание по типу «кумира семьи» или наоборот педагогическая запущенность могут стать причиной ухудшения развития ребенка [14].

Бытовые условия проживания и материальная обеспеченность – у дошкольников из социально-благополучных семей последствия пре- и перинатальной патологии в основном исчезают к моменту поступления в школу, тогда как у дошкольников из семей с низким материальным уровнем жизни или социально-неблагополучных семей они продолжают сохраняться и создают предпосылки для формирования школьной дезадаптации [1; 6].

Психосоциальные факторы являются управляемыми факторами развития СДВГ. Изменив окружение ребенка и отношение к нему, можно повлиять на течение заболевания и значительно снизить влияние медико-биологических факторов. Неблагоприятные психосоциальные условия не являются самостоятельной причиной формирования СДВГ, а лишь провоцируют дальнейшее развитие заболевания.

Особенности клинических проявлений СДВГ

Невнимательность. Проведенные исследования гласят, что у дошкольников и школьников с СДВГ отмечаются значительные затруднения в постоянстве волевых усилий или устойчивости внимания по отношению к заданиям (сосредоточенность на деятельности). При СДВГ наиболее драматичны ситуации, которые требуют от детей устойчивого внимания при выполнении скучных, надоедливых, а также тяжелых и неприятных заданий. Однако при заинтересованном выполнении дошкольником или школьником дополнительных заданий показатели устойчивости внимания детей с СДВГ не отличаются от показателей нормальных детей [4].

Тем не менее, когда становятся возможным конкурирующие друг с другом и сменяющие друг друга виды деятельности, дети с СДВГ могут быть рассеянными и отвлеченными, и, фактически, им больше по душе отсрочить выполнение не нравящегося задания, если есть возможность проявить себя в какой – либо соревновательной деятельности [4].

Исследования показали, что нерабочее поведение или невнимательность на выполняемой работе фиксировалась гораздо чаще у школьников и дошкольников с СДВГ, чем у нормальных детей или детей, имеющих трудности в обучении.

Импульсивность. Одним из главных признаков СДВГ, наряду с нарушениями внимания, является импульсивность – недостаток контроля поведения в ответ на конкретные требования [4].

Признаки импульсивности:

- отвечает на вопрос, не выслушав его;
- не может дождаться своей очереди;
- вмешивается в разговоры и игры других.
- делает что – либо, не подумав о том, какие будут последствия.

Дошкольник не способен остановиться и подумать, дождаться инструкций и указаний, прежде чем заговорить или совершить действие. В результате он очень небрежен, невнимателен, беспечен и легкомыслен. Такой ребенок зачастую не может рассмотреть потенциально вредные, негативные или опасные последствия, которые могут быть связаны с определенными ситуациями или их поступками. Он часто подвергает себя необоснованному, ненужному риску, чтобы показать свою смелость, причуды перед сверстниками.

Ситуации и игры, требующие совместного участия, сотрудничества, взаимодействия, сдержанности и строгости со своими сверстниками, являются особенно проблематичными для импульсивных дошкольников. В устной речи они часто говорят нескромно, несдержанно, неосторожно, не задумываясь о чувствах окружающих. Для них также обычное явление – преждевременные ответы на вопросы и прерывание разговоров. Такое поведение очень часто истолковывается как ребячливость, леность, чрезмерная грубость и безответственность.

Гиперактивность. Избыточная двигательная активность, не всегда является обязательным симптомом. У части детей она может быть нормальной или даже сниженной, что зачастую затрудняет своевременную диагностику и соответственно, коррекцию рассматриваемого вопроса.

Признаки гиперактивности:

Ребенок гиперактивен, если он:

- совершает суетливые движения руками и ногами;
- часто вскакивает со своего места;
- гиперподвижен в ситуациях, когда гиперподвижность неприемлема;
- не может играть в "тихие" игры;
- всегда находится в движении;
- очень много говорит.

Коротко говоря, ребёнок находится в постоянном движении. Даже когда он сидит, двигаются его конечности и голова. Так что гиперактивность невозможно перепутать с чем – либо ещё. Правда, для достоверности, ребёнок может считаться гиперактивным или гипердинамичным, если он ведёт себя так, по меньшей мере, в двух местах, дома и в школе [4;14].

По мнению многих авторов, перечисленные ниже симптомы тоже характерны для СДВГ.

Нарушения координации. Нарушения тонких движений, таких как завязывание шнурков, пользование ножницами, раскрашивание, письмо; равновесия – дошкольникам и школьникам с СДВГ трудно кататься на роликах, двухколесном велосипеде; зрительно-пространственной координации – неспособность к спортивным играм, особенно с мячом [5;9; 12].

Эмоциональные нарушения. Эмоциональное развитие дошкольника, как правило, опаздывает, что проявляется неуравновешенностью, вспыльчивостью, нетерпимостью к неудачам [5;9; 12].

Поведенческие расстройства. При СДВГ наблюдаются часто, но не всегда. Кроме того, не у всех детей с поведенческими расстройствами имеется СДВГ. У дошкольников с СДВГ чаще бывает ночное недержание мочи, они хуже засыпают, а утром часто бывают сонливы [5;9; 12].

Настроение

Депрессия

Если кто-нибудь будет уверять, что у дошкольников и школьников не бывает депрессии, то он окажется в корне не прав. По оценкам Американской психиатрической ассоциации один из десяти детей в возрасте от 6 до 12 лет постоянно испытывает чувство печали — это признак депрессии. У многих из них есть и СДВГ [14].

У ребенка с СДВГ может развиваться депрессивное состояние на фоне низкой самооценки, помноженной на неприятие в кругу сверстников. Дошкольник может проявлять мало интереса к жизни, спать меньше или наоборот больше, чем раньше [14].

По данным R.S.Jensen школьники с СДВГ испытывают состояние депрессии из-за конфликтных ситуаций дома и в школе, из-за постоянного неуспеха в учебе или в других видах деятельности.

По некоторым оценкам американской статистики, до 70% людей с СДВГ в то или иное время своей жизни лечатся от депрессии. Американская Академия педиатрии считает, что примерно половина детей с СДВГ страдает от депрессии и тревожных различных состояний [14].

Тревожность

По данным R.S.Jensen 25% детей с СДВГ имеют повышенный или высокий уровень тревожности. Уровень тревожности определяется специальными компьютерными программами, которые представляют из себя диагностические тесты. В настоящее время существует довольно много компьютерных тестов, позволяющих оценить и проявить личностные качества или болезненные состояния. Эти тесты дают очень ценную информацию для дальнейшей работы с детьми и с взрослыми [4;14].

Если обнаруживается, что дошкольник или школьник тревожен, то его состояние может быть обусловлено неуверенностью и сомнениями в своих силах и неумением эффективно строить отношения с другими людьми, особенно со сверстниками. Дети с СДВГ гораздо хуже адаптируются в новой обстановке и более подвержены воздействию негативных стресс-факторов. Это тоже увеличивает тревожный фон настроения ребенка.

Тренинги и игры

Значение различных тренингов и игр для интеллектуального, творческого, эмоционального развития дошкольника невозможно переоценить. Дошкольник развивается в игре, он усваивает социальные роли, снимает стресс, связанный с адаптацией к новой ситуации или к новым условиям, проявляет все те способности, которые в нем заложены.

Шумные игры

Часто гиперактивный ребенок выбирает шумные игры. Это естественно, ведь ему трудно сдерживать себя и трудно оставаться на одном месте. Поэтому вполне логично подбирать для него подвижные игры. Подвижные игры по правилам не только развивают определенные качества, они также приучают гиперактивного ребенка к дисциплине, к подчинению своей деятельности определенной цели. Игры с очень четкими правилами способствуют развитию внимания.

В подвижных играх дошкольник с СДВГ также развивается эмоционально. Он учится контролировать свое поведение, учится терпеть и ждать, откладывать желаемое на потом. Все эти качества потом пригодятся ему в общении со сверстниками и взрослыми.

В подвижных играх также развивается мышление ребенка. Ведь он все время должен удерживать в голове несколько компонентов ситуации и оперировать ими мысленно. Дошкольник учится также подмечать детали. Если он чего-то не учтет или забудет, он может проиграть.

Подвижные игры развивают ребенка физически, тренируют его ловкость, гибкость, учат избегать травматических ситуаций. Наконец, если у дошкольника начинает получаться играть вместе с другими детьми, это повышает его самооценку и авторитет в глазах других детей.

Невозможность постановки комплексной задачи

Чтобы помочь ребенку с СДВГ развиваться и успешно обучаться, необходимо помнить о невозможности постановки комплексной задачи в самом начале. Гиперактивный дошкольник без должной тренировки не может одновременно внимательно слушать, спокойно сидеть и сдерживать свои импульсы.

На первом этапе каждая игра должна быть нацелена на развитие какого-то одного качества. Удерживая несколько условий в голове, ребенок может ни одного из них не выполнить, быстро истощиться и начать переживать свою неудачу.

Например, если цель игры – внимательно следить за действиями партнеров и быстро на эти действия реагировать, то можно не обращать внимание на несдержанность и постоянные перемещения в пространстве.

Если в задачу игры входит тренировка сдержанности, то концентрировать внимание на чем-то необязательно.

Тренировка сразу двух функций

Проведя работу по развитию одной функции и получив положительные результаты, можно переходить к тренировке сразу двух функций. Например,

через игру могут тренироваться внимание и контроль импульсивности или внимание и контроль двигательной активности.

Когда у гиперактивного дошкольника появляется опыт участия в коллективных играх на развитие сразу двух функций, можно постепенно начать заниматься с ним более сложными игровыми формами, предполагающими развитие сразу всех функций в одной и той же игре [14].

Постепенное вовлечение в игру

Гиперактивные дети не слишком уверены в своих силах, но они хотят участвовать во всех играх и мероприятиях. Если ребенок почувствует, что его неудача не вызывает отторжения, он будет пробовать свои силы снова и снова, сначала делая то, что у него получается легче всего, потом все остальное [13;14].

В игре или в коллективной работе такому ребенку тяжело дожидаться своей очереди и считаться с интересами других. Поэтому лучше всего включать таких детей в игру поэтапно, начиная с индивидуальной работы, переходя к играм в маленькой группе, в конечном итоге переходить к коллективным играм [14].

Компьютерные игры

Синдромальный подход

Синдромальная работа заключается в том, что ребенку дается интересная с точки зрения психолога/педагога произвольная деятельность. Эта деятельность, конечно же, подбирается с учетом предпочтений конкретного ребенка. В результате этой деятельности возникает постпроизвольное внимание. Постпроизвольное внимание – это когда человек сначала делает усилия, а потом ему становится интересно и он уже поддерживает уровень активного внимания без напряжения [4;13;14].

Компьютерные игры

Именно на постпроизвольном внимании формируется увлечение гиперактивных дошкольников или школьников компьютерными играми. Несмотря на все нарекания различных специалистов в адрес сидения за компьютером, компьютерные игры имеют много положительных сторон [13].

Ограниченное пространство дисплея компьютера позволяет организовать внимание гиперактивного ребенка. Гиперактивный дошкольник или школьник может утомиться быстрее, чем любой другой, но не отвлечется.

Компьютерные игры и упражнения – это достаточно азартная деятельность, что очень хорошо соответствует эмоциональным характеристикам гиперактивного ребенка [13;14].

В случае неудачи, ребенок может повторить всю игру или этап игры, и сравнив свои результаты с предыдущими, убедиться в том, что теперь у него получается лучше [14].

Компьютер — это очень визуально и наглядно, что дает возможность гиперактивному школьнику лучше усваивать любой материал.

Если ограничивать время нахождения ребенка за компьютером, то можно использовать компьютерные ресурсы для развития его дефицитных функций [14].

Лекарственная терапия назначается по индивидуальным показаниям в тех случаях, когда нарушения когнитивных функций и проблемы поведения у ребенка с СДВГ не могут быть преодолены лишь с помощью психолого-педагогических и психотерапевтических методов коррекции (Заваденко Н.Н., 2006).

Широкое применение в лечении СДВГ, в частности, в США, Канаде и ряде западноевропейских стран, в настоящее время находят стимуляторы ЦНС. В качестве препаратов первого ряда обычно рекомендуются метилфенидат и декстроамфетамин, которые доступны в различных формах короткого и длительного действия. Эти препараты обладают высокой терапевтической эффективностью при СДВГ, но не зарегистрированы Фармакологическим комитетом Министерства здравоохранения РФ.

Новым эффективным препаратом, специально разработанным для лечения СДВГ, является атомоксетин гидрохлорид (Страттера). Он не относится к числу стимуляторов ЦНС, основной механизм его действия связан с блокадой обратного захвата норадреналина, что сопровождается увеличением содержания норадреналина в синаптической щели и приводит к ослаблению проявлений СДВГ. Атомоксетин оказывает благотворное влияние на характеристики поведения детей и подростков с СДВГ.

Положительный эффект развивается постепенно, выраженный эффект наблюдается, по меньшей мере, спустя 3–4 недели непрерывного приема препарата. Для достижения и поддержания терапевтического эффекта атомоксетина, оптимальным является режим назначения с однократным приемом препаратом в сутки. Начальная доза 0,5 мг/кг/сут, затем следует постепенно наращивать дозу до средней терапевтической 1,2 мг/кг/сут. Каждое повышение дозы следует производить не ранее 3–7 дней приема препарата в предыдущей дозе. Максимальная терапевтическая доза — 1,8 мг/кг/сут.

Атомоксетин особенно эффективен в случаях сочетаний СДВГ с деструктивным поведением, тревожными расстройствами, тиками, энурезом. В отличие от трициклических антидепрессантов, которые имеют сходный механизм действия и в некоторых случаях применяются в терапии СДВГ, атомоксетин не дает антихолинергических побочных эффектов (сухость во рту, тошнота и рвота, запор, задержка мочи, нечеткость зрения) и не оказывает существенного влияния на функциональные показатели сердечно–сосудистой системы.

При лечении СДВГ используются препараты ноотропного ряда. Их применение при СДВГ патогенетически обосновано, поскольку ноотропные препараты оказывают стимулирующее действие на недостаточно сформированные у детей этой группы высшие психические функции (внимания, памяти, организации, программирования и контроля психической деятельности, речи, праксиса).

Большинство ноотропных препаратов в связи с их психостимулирующим действием применяется в первую половину дня. Целесообразно назначать ноотропные препараты в виде монотерапии, уделяя при этом внимание индивидуальному подбору оптимальных дозировок и

продолжительности лечения. В первые дни приема рекомендуется постепенное наращивание дозы. Продолжительность курсов лечения ноотропами составляет от одного до 3–4 месяцев. Если на протяжении учебного года имеется необходимость в проведении нескольких курсов лечения, то между ними оставляют интервалы на 2–4 недели, которые лучше планировать на время каникул. Когда результаты первого курса оказываются недостаточными, индивидуально должен решаться вопрос об увеличении продолжительности лечения, назначении повторного курса ноотропов после перерыва или сочетании фармакотерапии с методами психолого–педагогической коррекции (Заваденко Н.Н., 2006).

Побочные эффекты на фоне лечения ноотропами у детей наблюдаются редко, не бывают стойкими и значительно выраженными. Часто они возникают при неточном соблюдении родителями режимов назначения ноотропов с постепенным увеличением дозы, приемом препаратов в утренние и дневные часы. Среди возможных побочных эффектов ноотропов встречаются: ощущение тяжести в голове, появление возбудимости и раздражительности, трудности засыпания и беспокойный сон. При подобных жалобах следует уточнить режим назначения ноотропов, несколько уменьшить дозу.

Заключение

Мы рассмотрели феномен СДВГ с точки зрения современной психологии, выяснили, какая на сегодняшний день проводится работа с дошкольниками и школьниками в рамках практической психологии, психиатрии и педагогики.

Проанализировав литературу, можно сказать, что существует множество факторов, которые влияют на возникновение и развитие синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Основными из них являются: *биологические факторы* - генетические причины, нейробиологические, пре- и перинатальные повреждающие факторы; *психосоциальные факторы* – неблагоприятная семейная обстановка: воспитание в неполной семье; частые конфликты; низкий уровень материальной обеспеченности семьи; низкий уровень образования у родителей и т.д. Этиология СДВГ имеет комбинированный характер, так как, если удастся установить причину нарушений, всегда следует учитывать действие нескольких факторов, влияющих друг на друга.

Также были выявлены и изучены клинические проявления СДВГ, такие как импульсивность – недостаток контроля поведения в ответ на конкретные указания или требования; невнимательность – не способность сосредоточиться на деятельности; гиперактивность – избыточная активность.

СДВГ является не единственной трудностью, с которой приходится сталкиваться ребенку, существует целый ряд сопутствующих состояний, которые по своей природе не менее сложны, чем сама патология. Такие состояния как *чувствительность*: низкая чувствительность, тактильная сверхчувствительность, вкусовая чувствительность; *настроение*: депрессия и тревожность считаются осложняющими факторами СДВГ.

Затем, в практической части мы рассмотрели методы преодоления СДВГ, в которые вошли коррекционная работа на развитие внимания, мышления, координации движения, релаксацию и эмоционально-личностную сферу; тренинги и игры. Также в приложениях были рассмотрены методика Мюнстерберга, корректурные пробы Ландольта и Тулуз-Пьерона.

Список использованной литературы:

1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей
2. Методические рекомендации для педагогов по организации мероприятий с обучающимися с СДВГ разного возраста с использованием техник развития дефицитарных функций – 2020 г
3. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непосредственный ребенок, или все о гиперактивных детях. – М.: Изд – во Института психотерапии, 2002. – 96с.
4. Грибанов А.В., Волокитина Т.В., Гусева Е.А., Подоплекин Д.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. – М.: Академический Проект, 2004. – 176с.