

# **ГИПЕРАКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

**(синдром дефицита внимания  
с гиперактивностью):**

клинико-психологическая сущность и ориентиры  
психолого-педагогического сопровождения

Славова Екатерина Павловна  
педагог-психолог высшей квалификационной категории

# Цель:

- ознакомление с основными клинико-психологическими особенностями СДВГ и ориентирами в организации и содержании психолого-педагогического сопровождения гиперактивных детей

Впервые описание гиперкинетического синдрома дал Х. Хоффманн (1854). Активное исследование синдрома началось во второй половине XX века, когда в качестве его наиболее вероятной причины была признана минимальная мозговая дисфункция. В отечественной науке гиперкинетический синдром обычно рассматривается шире, как синдром дефицита внимания и гиперактивности (**СДВГ**). Это связано с тем, что гиперактивность выступает как одно из проявлений целого комплекса нарушений. Основной же дефект связан с недостаточностью механизмов внимания и тормозящего контроля.

**Распространенность** СДВГ варьирует от 5 до 17 % среди детей.

Столь существенный разброс связан преимущественно с разными критериями диагностики и особенностями проявлений в разные периоды развития ребенка.

Частота встречаемости у мальчиков выше.

**Гиперактивность** - повышенная активность, которая выражается в неконтролируемом, чрезмерно, даже лихорадочно активном поведении (**Д. Добсон**).

**Гиперкинетические расстройства** – это группа, которая характеризуется:  
ранним началом;  
сочетанием чрезмерно активного, слабо модулируемого поведения с выраженной невнимательностью и отсутствием упорства при выполнении задач;  
тем, что эти поведенческие характеристики проявляются во всех ситуациях и обнаруживают постоянство во времени (**МКБ-10**).

Согласно **МКБ-10**, гиперкинетические расстройства включены в раздел «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте»:

F90. Гиперкинетические расстройства:

F90.0 Нарушение активности и внимания

F90.1. Гиперкинетическое расстройство поведения

F90.8. Другие гиперкинетические расстройства

F90.9. Гиперкинетическое расстройство неуточненное

В причинах возникновения СДВГ наибольшую роль играют три группы факторов, которые могут проявляться во взаимодействии:

- 1)** генетический фактор;
- 2)** морфо-функциональное повреждение головного мозга в перинатальном периоде развития (связанное с недоношенностью, хронической внутриутробной гипоксией плода, гипоксически-ишемической перинатальной энцефалопатией и т.д.);
- 3)** психосоциальные факторы (недостаточное взаимопонимание между родителями, агрессивные отношения, частые конфликты в семье, неадекватные подходы к воспитанию).

Указанные особенности приводят к низкой успеваемости, несмотря на наличие даже высокого интеллекта.

Подростки с СДВГ, данные о психологических характеристиках которых противоречивы, входят в группу риска по развитию патологических зависимостей (преимущественно, химических – от табака, алкоголя, наркотиков).

В 30-70 % случаев ряд симптомов СДВГ может сохраняться и при переходе во взрослый возраст.



Наиболее часто СДВГ диагностируется в возрасте 3-4 или 7-8 лет. Однако, описаны случаи появления его признаков уже на первом году жизни.

**Ранние проявления** (неспецифичны !!!):  
чрезмерная чувствительность к раздражителям  
(свету, шуму, микроклиматических факторам),  
чрезмерно громкий плач,  
нарушения сна,  
тремор.

**В дошкольном возрасте** основными проявлениями являются:

статико-моторная недостаточность,  
диспраксия,  
чрезвычайная подвижность,  
беспокойство.

В эмоциональной сфере - неуравновешенность,  
вспыльчивость, сниженная самооценка.

В более старшем возрасте может начать доминировать импульсивность, в ряде случаев сочетающаяся с агрессивностью. Возможно наличие тревожно-депрессивной симптоматики.

Клинико-психологические проявления определяются тремя основными симптомокомплексами:

невнимательностью;

гиперактивностью;

импульсивностью.

# От чего зависит выраженность проявлений?

- нарушения внимания менее выражены при субъективно интересных занятиях;
- нарушения познавательных процессов часто связаны с расстройствами слухового гнозиса;
- правильная организация материала, делающая его индивидуально понятным, способствует компенсации недостаточности памяти;
- произвольная интеллектуальная деятельность продуктивна 5-15 минут, затем 3-7 минут необходимо для восстановления энергии мозга;
- занижена самооценка, повышена тревожность;
- дефицит внимания часто сосуществует со способностью к планированию

## Ориентиры психолого-педагогической коррекции:

1. Создание положительной мотивации, ситуации успеха:
  - каждый день перед ребенком ставится определенная цель, которую он должен достичь;
  - усилия ребенка при достижении этой цели всячески поощряются;
  - в конце дня поведение ребенка оценивается в соответствии с достигнутыми результатами;
  - при достижении значительного улучшения в поведении ребенок получает обещанное вознаграждение.

2. Коррекция негативных форм поведения, в частности немотивированной агрессии.
3. Развитие дефицитарных функций (особенно, внимания).
4. Отработка конкретных навыков взаимодействия со взрослыми и сверстниками.
5. Помощь специалистов родителям гиперактивного ребенка.

## Основные ошибки в воспитании:

- недостаток эмоционального внимания, часто подменяемого медицинским уходом;
- недостаток твердости в воспитании и отсутствие надлежащего контроля за поведением ребенка;
- неумение воспитывать в детях навыки управления гневом.

УСПЕХОВ ВАМ !

Славова Екатерина Павловна

[e.slavova@mail.ru](mailto:e.slavova@mail.ru)

8-921-319-85-30