

УДК: 159.972

© Фальова О.Є., Рєєва О.Ю., 2011 р.

О.Є.Фальова, О.Ю.Рєєва

Національний педагогічний університет  
імені Г.С. Сковороди, м. Харків

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ГІПЕРАКТИВНИХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Проаналізовані психологічні особливості гіперактивних дітей молодшого шкільного віку, приведені сучасні підходи щодо корекції синдрому дефіциту уваги і гіперактивності.

*Ключові слова:* синдром дефіциту уваги і гіперактивності, гіперактивність, імпульсивність, увага.

**Е.Е. Фалева, О.Ю. Рєєва**

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ГИПЕРАКТИВНЫХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Проанализированы психологические особенности гиперактивных детей младшего школьного возраста, приведены современные подходы к коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

*Ключевые слова:* синдром дефицита внимания и гиперактивности, гиперактивность, импульсивность, внимание.

**E.E. Faleva, O.J. Reeva**

### **PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF HYPERACTIVE MIDCHILDHOOD CHILDREN**

The psychological features of hyperactive midchildhood children were analyzed; the modern approaches of Attention-Deficit/Hyperactivity disorder were described.

*Key words:* Attention-Deficit / Hyperactivity disorder, hyperactivity, impulsiveness, attention.

**Актуальність дослідження.** Важливим завданням сучасної школи є досягнення найбільш ефективної форми організації навчальної діяльності дітей. Для цього необхідно знати природу та закономірності індивідуальних особливостей дітей як суб'єктів навчальної діяльності. Проблема надання допомоги гіперактивним дітям багато років є актуальною в педагогіці та психології. В освітніх установах ведеться пошук умов, адекватних психічним і фізичним можливостям учнів даної категорії.

Вітчизняні та зарубіжні дослідження (Л.О. Бадалян, Л.Т. Журкова, М.М.Заваденко, Б.І. Мастюкова, Л.О. Ясюкова, Дж. Стілл, В. Дуглас та інші)

свідчать про те, що кількість учнів з вираженими складнощами в розвитку когнітивної сфери, останні роки помітно зросла.

До групи ризику відносяться діти, що мають мінімальні мозкові дисфункції. Близько 20% молодших школярів мають симптоми даного порушення [4, 12]. Л.О.Бадалян, М.М. Заваденко, Т.Ю.Успенська відзначають, що проявом мінімальних мозкових дисфункцій є гіперактивність [1, 74]. Синдром дефіциту уваги і гіперактивності при цьому діагностують у 11-12% (О.С.Петрухін, М.М.Заваденко).

У зарубіжній психології симптоми гіперактивності були вперше описані як розлад в 1902 році англійським лікарем Дж. Стіллом, який вважав, що поява симптомів гіперактивності викликана слабким, «гальмуючим волеспрямунням» («inhibitory volition») і «недостатнім моральним контролем» («defective moral control») [1, 9].

У сімдесятих роках В.Дуглас довела, що, крім власне гіперактивності, основними симптомами синдрому гіперактивності і дефіциту уваги є недолік уваги і слабкий контроль імпульсивності [6]. В даний час слабка саморегуляція і розгальмування розглядаються як основні порушення у гіперактивних дітей.

Незважаючи на публікації з психології та педагогіці вітчизняних та зарубіжних вчених, проблема гіперактивних дітей молодшого шкільного віку стоїть достатньо гостро. При наявності ряду зарубіжних і вітчизняних досліджень [1; 6; 8 тощо], існує безліч невирішених проблем. Сучасна психологія не може надати відповіді на такі питання, як: з чого складаються основні діагностичні критерії синдрому гіперактивності і дефіциту уваги; як розвиток особистості пов'язаний з розвитком когнітивної сфери гіперактивної дитини; чим і як може практичний психолог допомогти у питаннях шкільної адаптації та корекції поведінки дитини.

*Ціль дослідження* – визначити психологічні особливості гіперактивних дітей молодшого шкільного віку та сучасні підходи щодо корекції даного порушення.

Концепція синдромів дефіциту уваги була сформульована вченими на базі досліджень мінімальних мозкових дисфункцій у дітей [1; 2]. Термін «мінімальні мозкові дисфункції» почав широко застосовуватися, починаючи з 60-х років, коли їм стали позначати групу різних по етіології, патогенезу і клінічним проявам патологічних станів. Надалі стало очевидним, що мінімальні мозкові дисфункції неможливо розглядати в рамках цілісної діагностичної концепції через широку різноманітність симптоматики. У зв'язку з цим була виділена самостійна група синдромів дефіциту уваги [1, 74].

У сучасній науці не вироблені єдині методологічні підходи до оцінки терміну «мінімальні мозкові дисфункції», а так само його діагностичні критерії [3, с.44]. На даний час прийнято таке визначення: мінімальні мозкові дисфункції це – збірна група різних за етіологією, патогенезом і клінічними проявами патологічних станів (Л.О.Бадалян, Л.Т.Журкова, Б.М.Мастюкова, 1978). Характерними ознаками є підвищена збудливість, емоційна лабільність, дифузні легкі неврологічні симптоми, помірно виражені сенсорно-моторні і мовні порушення, розлад сприйняття, підвищене відволікання, труднощі поведінки, недостатня сформованість навичок інтелектуальної діяльності, специфічні труднощі навчання. Але самі автори визнають, що це визначення позбавлене чіткості критеріїв [1].

В результаті досліджень (Ю.І.Барашнев та інш.) було виділено п'ять груп (форм) мінімальних мозкових дисфункцій:

1. Синдром гіперактивності з дефіцитом уваги, що виявляється у вигляді підвищеної збудливості, агресивності, імпульсивності, розсіяної уваги і неможливості концентруватися на одному предметі або дії.

2. Синдром гіпоактивності з дефіцитом уваги, що характеризується короткочасністю зосередження уваги, загальмуванням, млявістю.

3. Порушення тонкої і загальної моторики, що визначається недосконалою координацією, неврегульованістю рухів, а також їх надлишком.

4. Зміна сприйняття, пов'язана з відсутністю у дитини належних навичок і невмінням орієнтуватися в різних ситуаціях.

5. Мовні дисфункції у вигляді порушення імпресивної та експресивної мови [2].

До недавнього часу у наукових джерелах описувалися два типи мінімальних мозкових дисфункцій, що легко виділяються за поведінковими ознаками: астенічний і гіперактивний. Результати досліджень Л.О.Ясюкової (1997) з використанням тесту Тулуз-П'єрона, дозволили виділити і описати ще три типи [8]. На даний момент вчені виділяють п'ять типів мінімальних мозкових дисфункцій:

1. Астенічний;
2. Реактивний (відповідає гіперактивному);
3. Ригідний;
4. Активний;
5. Субнормальний.

Поширеність виділених типів серед дітей з мінімальними мозковими дисфункціями, згідно дослідженням Л.О.Ясюкової, приблизно наступна: астенічний – 15%, реактивний – 25%, ригідний – 20%, активний – 10%, субнормальний – 30% [8].

Синдром дефіциту уваги і гіперактивності описує дітей, що виявляють стійкі та невідповідні їх віку симптоми неухважності, гіперактивності та імпульсивності [6, 133]. Термін «гіперактивність» походить від слів: «активний» (від лат. «activus» – діяльний, дієвий) та «гіпер» (від грец. «hyper» – понадміру, який вказує на перевищення норми). Розлад, який зараз прийнято називати синдромом дефіциту уваги і гіперактивності раніше мав безліч інших назв, основних симптомів і передбачуваних причин.

Імпульсивність – це схильність до здійснення необдуманих дій. Їх причиною стають випадкові зовнішні обставини або такі ж випадкові власні думки і емоції при цьому планування дій і самоконтроль відсутні (або недостатньо сформовані). Підвищена імпульсивність може бути слідством, як неврологічних порушень, так і педагогічних прорахунків (розпещеності, надмірної опіки) [3, 132].

Симптомами когнітивної імпульсивності є: дезорганізованість, поспішне мислення, у зв'язку з цим необхідність нагляду.

Симптоми поведінкової імпульсивності включають вигуки в класі або дії без урахування наслідків. Дітям з поведінковою імпульсивністю важко подавити свої реакції у складній, провокуючій ситуації. Наприклад, дівчинка чіпає електроплиту, щоб переконатися, що вона гаряча, хоча вона чимала (8 років), щоб розуміти, що краще цього не робити [6, 136].

Реактивність поведінки – патологічний стан посилення і безконтрольності дій з порушенням соціально-етичних норм [3, 50].

Дослідники [1; 6; 8] доводять, що гіперактивність (рухове розгальмування) має неврологічну природу. Для неї характерні висока рухливість, відволікання, порушення уваги. Гіперактивна дитина не може усидіти на місці, постійно крутить що-небудь в руках. Вона погано сприймає завдання, поставлене дорослим, перескакує з одного заняття на інше, хоча іноді може довго займатися якою-небудь улюбленою справою, не відриваючись і не відволікаючись. При гіперактивності часті (але не обов'язкові) тики та нав'язливі рухи [6, с.136].

Гіперактивна дитина це дитина з більше ніж нормальною активністю, підвищеною афективністю, особливостями поведінки, що дезадаптують, дуже рухома, імпульсивна. У дітей даної категорії проявляються такі поведінкові особливості, як: неспокій (69,7%), невротичні звички (69,7%), порушення сну (46,3%) і апетиту (35,9%), настирливі рухи, тики, рухова активність, незручність, в більшості своїй ці діти конфліктні [3, с.50].

У наукових джерелах представлені різні дані про поширеність синдрому дефіциту уваги і гіперактивності. Так в США ці цифри коливаються від 4 до 20%, у Великобританії – 1-3%, у Германії – 8-18%, Італії – 3-10%, Китаї – 1-13%, Австралії – 7-10%. Такий широкий діапазон обумовлений відсутністю єдиних діагностичних критеріїв і методів оцінки симптомів захворювання [4, 12].

Серед хлопчиків 7-12 років ознаки синдрому діагностуються в 2-3 раз частіше, ніж у дівчаток. Таке співвідношення може бути обумовлене вищою уразливістю хлопчиків до патогенетичних дій під час вагітності матері і пологів.

У дівчаток великі півкулі головного мозку менш спеціалізовані, тому вони мають більший резерв компенсаторних функцій у порівнянні з хлопчиками при поразці центральної нервової системи. У 6-7 років діти з синдромом не готові до навчання в школі у зв'язку з уповільненням темпів функціонального дозрівання кори та підкіркових структур. Систематичні шкільні навантаження можуть призвести до зриву компенсаторних механізмів центральної нервової системи і розвитку дезадаптаційного шкільного синдрому, що посилюється навчальними труднощами. Тому питання про готовність до школи для гіперактивних дітей повинне вирішуватися у кожному конкретному випадку психологом і лікарем, що спостерігає дитину [4, 28].

За останні 100 років було висунуто багато біологічних і соціально-психологічних теорій, що пояснюють проблемну поведінку таких дітей. Проте часто діти з синдромом дефіциту уваги і гіперактивності володіють високими інтелектуальними здібностями, про що свідчать тестування, але у зв'язку з особливостями протікання психічних процесів не в змозі використовувати закладений потенціал в процесі навчання [6, 128].

Діти з синдромом дефіциту уваги і гіперактивності розрізняються за багатьма характеристиками. З цієї причини, керівництво МКБ-10 і DSM-IV, виділяє чотири форми синдрому:

1. З переважними порушеннями уваги,
2. З переважанням гіперактивності та імпульсивності,
3. Змішана форма,
4. Резидуальна форма.

Перша форма містить симптоми неуважності, слабкої концентрації уваги і дезорганізованості (ADHD-PI); друга – симптоми гіперактивності та імпульсивності (ADHD-HI). Кожна форма включає багато різних симптомів, які потрібно визначати і оцінювати по-різному. Тому виділяють ще змішану та резидуальну форму синдрому.

Діти з синдромом дефіциту уваги і гіперактивності першої форми – «сплять на ходу», «не від миру цього», «витають в хмарах», легко заплутуються. У них

часто виникають труднощі з навчанням, вони поволі обробляють інформацію, їм важко що-небудь пригадати. Дослідники [6] роблять висновки про те, що проявами синдрому у цьому випадку є порушення швидкості обробки інформації та виборчої уваги. Вони часто бувають тривожними і стурбованими, у них можуть спостерігатися розлади настрою. У соціальному плані вони можуть бути боязкими, забитими або знаходитися в ізоляції.

В протилежність переважно неуважним дітям, гіперактивні-імпульсивні і змішані форми частіше виявляють проблеми, пов'язані з гальмуванням і стабільністю поведінки. Знехтувані своїми однолітками, вони агресивні і опозиційні, їх виганяють зі школи або переводять в спеціальні класи. Оскільки позначки гіперактивності та імпульсивності проявляються переважно значно раніше (у дошкільному віці) , ніж комплексні позначки змішаної форми (у молодшому шкільному віці і пізніше), вчені не прийшли ще до остаточного висновку чи є вони двома формами або однією формою в різному віці.

Поведінка дітей з синдромом дефіциту уваги і гіперактивності – постійне джерело стресу і важких переживань для самої дитини, її домочадців, вчителів і однокласників. Постійно збуджені, неуважні, непосидючі та галасливі, такі діти приковують до себе увагу вчителя, якому необхідно стежити, щоб вони сиділи спокійно, виконували завдання, не заважали однокласникам. Ці школярі на уроці постійно зайняті своїми справами, їх важко утримати на місці, примусити вислухати завдання і тим більше виконати його до кінця. Вчителя вони «не чують», все втрачають, все забувають. Вони «незручні» через свою надмірну активність та імпульсивність. Оскільки сучасна школа є системою норм, правил, вимог, що регламентують життя дитини, то можна говорити про існуючу систему навчання, як про не пристосовану до роботи з гіперактивними дітьми [4]. Саме тому останніми роками проблема ефективності навчання гіперактивних дітей стає все більш обговорюваною серед педагогів і шкільних психологів.

Так, ще кілька років тому в початкових класах гіперактивних дітей було по одному-два в класі, а зараз в цю групу потрапляє вже близько 20% учнів. І цей відсоток постійно зростає [4, 22].

Дослідження (Barkley, 1997) показують, що при всіх існуючих проблемах поведінки, рівень інтелекту гіперактивної дитини у середньому менше ніж у дітей контрольної групи лише на 7–10 одиниць та відповідає середнім або вище ніж середнім значенням, і такі діти можуть успішно освоювати програму загальноосвітньої школи за умов відповідності вимог шкільного середовища можливостям дитини [6, с.139]. Їх труднощі полягають не в недоліку інтелекту, а в застосуванні когнітивних навичок в повсякденному житті. Проте сама система навчання, особливо на перших етапах в школі, є такою, що психотравмує і призводить до виникнення у гіперактивних дітей дезадаптивних станів.

Гіперактивні діти (особливо молодші школярі) відчувають підвищену потребу в русі, що не відповідає вимогам шкільного життя, просидіти за партою 4–6 уроків (по 35–40 хвилин) підряд для них завдання непосильне.

Дослідники [4] виділяють ще одну проблему, яка полягає в суперечності між імпульсивністю поведінки дитини і нормативністю відносин на уроці. Це проявляється у невідповідності поведінки дитини сталій схемі: питання вчителя – відповідь учня.

Навички читання й писання у гіперактивної дитини значно нижчі, ніж у однолітків, і не відповідають його інтелектуальним здібностям. Письмові роботи виконуються неохайно, з помилками із-за неуважності. При цьому дитина не схильна прислухатися до порад дорослих. Фахівці [4, 14] припускають, що справа тут не тільки у порушенні уваги. Труднощі формування навичок писання й читання нерідко виникають із-за недостатнього розвитку координації рухів, зорового сприйняття, мовного розвитку.

Система пред'явлення навчального матеріалу в школі є педагогічним монологом, який вимагає від дитини уважного слухання і виконавської поведінки, тоді як гіперактивним дітям потрібні перш за все візуальні та тактильні опори в отриманні інформації.

Таким чином, можна говорити про невідповідність способів пред'явлення навчального матеріалу (його недостатньої різноманітності) багатоканальному сприйняттю гіперактивної дитини. І ще одна особливість шкільного середовища –



це відсутність ігрового простору, тоді як для таких дітей воно необхідне, оскільки дозволяє організувати ігри на зняття статичної напруги, обігравання агресивності, корекцію механізмів емоційного реагування, розвиток навичок соціальної поведінки. А оскільки в школі простір для гри не визначений, то гіперактивні діти будують його не завжди там, де це вважається за можливе, і знову не відповідають вимогам, що пред'являються їм шкільним життям.

О.Л.Венгер дав практичні рекомендації щодо роботи з гіперактивними дітьми, а так само з відповідними типами акцентуації поведінки [5, 7].

Гипертимний склад особи є благодатним ґрунтом для соціальної дезорієнтації. Імпульсивність і гіперактивність різко підвищують частоту зіткнень дитини з соціальними нормами. Підвищена активність дитини з гипертимним складом особи породжує немало труднощів, вона потребує постійного контролю. Таким чином, такій дитині необхідна своєчасна допомога, інакше надалі може сформуватися асоціальна або навіть психопатична особа. Дослідники (Халецкая О.В, Трошин В.М., 1998) також доводять, що серед малолітніх правопорушників значний відсоток складають гіперактивні діти [4; 6].

Дитина з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності зазнає певних труднощів встановлення емоційного контакту з навколишнім середовищем. Їй досить складно відчувати себе комфортно в повсякденних ситуаціях і отримувати задоволення, позитивні емоції просто від того, що вона бачить або чує. Ця проблема зберігається і в дорослому віці.

Замість виборчих емоційних переваг гіперактивна дитина реагує на всі подразники однаково. Світ повний різних стимулів і всі вони однаково цікаві. Природно, людині, що володіє такою особливістю, важко направляти свою увагу на щось одне [6].

Гіперактивні діти виглядають виключно діяльними, але фактично – це рухове розгальмування, вимушена, некерована реактивність, що поєднується з підвищеною збудливістю, і стомлюваністю. Їх поведінку К. Левін називає «польовою». Предмети притягають їх до себе, діти обов'язково повинні доторкнутися до всього, що попадається їм на очі, узяти в руки навіть ті

предмети, які їм абсолютно не потрібні. Вони не можуть контролювати свою поведінку, вони спочатку діють, а потім розуміють, що відбулося [3, 50]. Присутність вчителів і батьків не є для реактивних дітей стримуючим чинником. Вони і при дорослих поведуться так, як інші діти можуть поводитися тільки в їх відсутності. Часто однокласники розважаються тим, що провокують цих дітей на грубі витівки й бійки у присутності вчителів, які починають їх вважати хуліганами. На різке зауваження реактивні діти дають різку відповідь. Не можуть виконати обіцянки, дають слово, але не можуть його стримати. Т.Н. Бондаренко [3, 50] відмічає, що такі діти ні у кого не викликають співчуття, тільки роздратування, засудження, неприязнь.

Гіперактивна дитина знаходить джерела стимуляції в різних ризикованих або збудливих ситуаціях, це їх підживлює і приносить задоволення, а крім того привертає увагу дорослих. Такі негативні прояви є ще однією вагомою причиною для активного пошуку цікавого заняття, яке може зацікавити дитину.

Діти з синдромом дефіциту уваги і гіперактивності дуже часто дратівливі і емоційно лабільні. Вони легко переходять від сміху до сліз. Настрій таких дітей є дуже мінливим. У своїх емоційних і поведінкових проявах вони бувають непередбачувані. Емоційна активність може виявлятися в підвищеній балакучості. Дратівливість досить легко можна зняти слабкими стимулами, якщо чимось здивувати або збентежити, сказати або зробити щось незвичайне. Діти (окрім тих, хто відноситься переважно до неуважного типу) виявляють порушення процесів гальмування поведінкових реакцій, що означає повну нездатність уповільнити свої реакції на події або припинити яку-небудь дію, коли вона вже почалася. Порушення гальмування призводить до багатьох проблем, пов'язаних з недоліками когнітивних, мовних і моторних навичок.

Сім'ї гіперактивних дітей мають багато труднощів, включаючи внутрішні взаємини, що характеризуються загальною негативністю, неслухняністю дітей, зайвою строгістю батьків, конфліктами між братами і сестрами. Батьки можуть переживати сильний дистрес і пов'язані з цим проблеми, найбільш загальними з яких є депресії у матерів й асоціальна поведінка батьків (наприклад зловживання

алкоголем і наркотиками), ослаблення контактів з друзями і родичами, часті подружні конфлікти і розлучення. Ще більш ускладнювати ситуацію в сім'ї може те, що самі батьки іноді мають симптоми гіперактивності та супутні розлади [6, 142]. У багатьох випадках часті сімейні конфлікти, подружні сварки і поява психологічних проблем у батьків обумовлені більшою мірою не самим синдромом, а супутніми поведінковими розладами, що виникають у дитини.

Доля гіперактивних дітей багато в чому залежить від відношення оточуючих, особливо від членів сім'ї. Якщо в сім'ї зберігається розуміння, терпіння й тепле відношення до дитини, то значно зростає можливість зникнення всіх негативних боків поведінки. Інакше, навіть після медикаментозного лікування, патологія характеру залишається, а може і посилюватися. Враховуючи особливості когнітивного і емоційного розвитку дитини з синдромом, можна мати з ним цілком прийнятні відношення. Це сприяє стабільному функціонуванню сім'ї і дає можливість формування соціально прийнятних потреб і інтересів у дитини.

Дослідники відзначають, що близько 25% дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності, як правило хлопчики старші семи років, страждають надмірною тривожністю [6]. Ці діти побоюються бути відірваними від своїх батьків, їх лякають будь-які зміни в житті, вони бояться проходити тестування, встановлювати соціальні контакти або ходити до доктора. Оскільки їх тривога більш часта і сильніша, ніж зазвичай, вона негативно впливає на мислення і поведінку дитини. Загальний зв'язок між синдромом дефіциту уваги та гіперактивності й тривожністю в підлітковому віці зменшується або зникає.

Багато гіперактивних дітей страждають від депресії. Хоча депресія може бути частково пов'язана з деморалізуючою дією симптомів дефіциту уваги і гіперактивності, вона також може бути наслідком підвищеного ризику депресивних розладів в їх сім'ях.

Синдром дефіциту уваги і гіперактивності є серйозною проблемою, оскільки у 80% дітей, що діагностуються, виявляються супутні психічні розлади, а саме: опозиційність, тривожність, депресії. Проблеми гіперактивних дітей комплексні і вимагають уваги батьків, лікарів, педагогів і психологів. Причому

медичні, психологічні і педагогічні завдання часом так перекликаються, що неможливо провести розмежувальну лінію між ними.

У загальному комплексі медико-психолого-педагогічних заходів предметом постійних дискусій є необхідність і доля медикаментозної терапії. Найбільш категоричним є висновок про те, що ліки дають найбільший ефект при лікуванні синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Тому лікарям, як відзначає Саскии ван дер Оорд, при лікуванні синдрому краще не комбінувати медикаментозну терапію з поведінковою, оскільки поліпшення від прийому ліків «не залишають простору для поведінкової терапії» [7].

З іншого боку, піддається критиці [4, 52] інтерпретація індивідуальних особливостей поведінки дитини як хвороби, яка підлягає медичному лікуванню. Мається на увазі те, що психолого-педагогічні методи дозволяють триваліше корегувати порушення поведінки і труднощі в навчанні, крім того психостимулятори мають побічні дії і не завжди ведуть до поліпшення

У сучасній науці особливо актуальною є проблема діагностики даного порушення. У зв'язку з великою поширеністю синдрому і широкою різноманітністю супроводжуючих симптомів збільшується вірогідність помилкової постановки діагнозу, а внаслідок цього, не коректної терапії. Учителі початкових класів не можуть без допомоги досвідченого фахівця відрізнити синдром дефіциту уваги і гіперактивності від інших психологічних особливостей поведінки проблемного школяра. В результаті застосовують різні виховні заходи, у тому числі покарання, які можуть виявитися не лише даремними, але і провокуючими для такої дитини.

Таким чином, можна зробити висновки.

1. У сучасній науці не вироблені єдині методологічні підходи до оцінки терміну «мінімальні мозкові дисфункції», а так само його діагностичні критерії [3, с.44]. Синдром дефіциту уваги і гіперактивності є однією з форм мінімальних мозкових дисфункцій.

2. Синдром дефіциту уваги і гіперактивності описує дітей, що виявляють стійкі та невідповідні їх віку симптоми неуважності, гіперактивності та

імпульсивності [6,с.133]. На даний момент вчені виділяють п'ять типів мінімальних мозкових дисфункцій: астеничний, реактивний (відповідає гіперактивному), ригідний, активний, субнормальний [8].

3. У дітей з синдромом дефіциту уваги і гіперактивності не складаються взаємини з однокласниками, педагогами. Це призводить до вторинних негативних психологічних реакцій на мікросоціум з формуванням невротичних і патохарактерологічних реакцій, що посилює дезадаптацію дитини в сім'ї і школі, сприяє соціально-психологічній деформації особи, девіантній та адиктивній поведінці. У зв'язку з цим потрібна психолого-педагогічна корекція синдрому, спрямована на зниження несприятливих психосоціальних чинників.

4. Первинна постановка лікарем-невропатологом або лікарем-психіатром діагнозу і медикаментозна терапія доповнюються психологічною і педагогічною корекцією, що визначає комплексний підхід до проблем гіперактивної дитини і може гарантувати успіх в подоланні негативних проявів даного синдрому.

### Список літератури

1. Бадалян Л.О., Заваденко Л.О., Успенская Т.Ю. Синдромы дефицита внимания у детей // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 1993. – №3. – С. 74-90.
2. Барашнев Ю.И., Лицев А.Э. К генезу минимальных мозговых дисфункций у детей // Российский вестник перипатологии и педиатрии. – 1955. – №6. – С. 11-17.
3. Бондаренко Т.Н. Профилактическая диагностика минимальных мозговых дисфункций у детей младшего школьного возраста // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – №7. – С.44-61.
4. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях. – М.: Изд. института психотерапии, 2002. – 96 с.
5. Венгер А.Л. На что жалуетесь? Выявление и коррекция неблагоприятных вариантов развития личности детей и подростков. – Москва-Рига: Педагогический Центр «Эксперимент», 2000. – 176 с.
6. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. – СПб.: ПРАЙМ-еврознак, 2003. – 384 с.
7. Сухотина Н.К. Красова А.В. Современные подходы к терапии гиперкинетических расстройств у детей // Журнал клинической и социальной психиатрии. – 2006. – № 2. – С. 44-46.
8. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций: Методическое руководство. – СПб: ГП «Иматон», 1997. – 78 с.