

Пирязева Марина Владимировна

старший преподаватель

Королевская Ольга Викторовна

студентка

ФГБОУ ВО «Липецкий государственный педагогический университет

им. П.П. Семенова-Тян-Шанского»

г. Липецк, Липецкая область

ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ШКОЛЬНОМ КОЛЛЕКТИВЕ

Аннотация: в статье проводится теоретический анализ проблемы социальной дезадаптации детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) в контексте школьного коллектива. Рассматриваются ключевые симптомы СДВГ (невнимательность, гиперактивность, импульсивность) в качестве факторов, препятствующих успешному формированию межличностных отношений. Выявляются и описываются опосредующие механизмы данного влияния, включая дефицит социальных и исполнительных функций, трудности в декодировании невербальных сигналов и формировании репутации. Подчеркивается комплексный характер проблемы, требующий не только медицинской, но и психолого-педагогической коррекции, направленной на улучшение социальной интеграции учащихся с СДВГ.

Ключевые слова: СДВГ, социальная адаптация, межличностные отношения, школьный коллектив, гиперактивность, импульсивность, сверстники, социальные навыки.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), относясь к распространённым нарушениям нейроразвития (распространённость: 5–7%), характеризуется не только когнитивно-поведенческой симптоматикой (невнимательность, гиперактивность, импульсивность), но и стойкой социальной дезадапта-

цией. Школьный класс как первичная модель социума выступает ключевым контекстом для манифестации данных трудностей. Исследование межличностного взаимодействия в этой группе представляется актуальным ввиду его определяющего влияния на формирование самооценки, психического благополучия и последующей интеграции индивида в общество.

Клиническая картина СДВГ детерминирует формирование прямых барьеров в процессе социального взаимодействия. Наибольший деструктивный потенциал в межличностном контексте обладает импульсивность, которая эксплицируется в виде: неспособности к отсрочке поведенческих реакций (ожидание очереди), тенденции к интерактивным вторжениям (перебивание), а также генерации спонтанных, нерефлексированных ответов и действий без учёта их социальных импликаций [1]. Подобные поведенческие паттерны интерпретируются референтной группой сверстников как нарушение принципов реципрокности и коммуникативного этикета, что потенцирует рост уровня отверждения и эскалацию конфликтных ситуаций.

Гиперактивность, проявляющаяся в виде психомоторного беспокойства и дефицита моторного контроля, ограничивает участие ребёнка в видах деятельности, сопряжённых со статичными позами и соблюдением формализованных правил. Высокий уровень экстернальной активности, вторжение в персональное пространство других индивидов и генерация чрезмерного шума обусловливают низкий статус такого ребёнка в качестве партнёра для кооперативной деятельности, требующей устойчивой концентрации внимания.

Невнимательность оказывает опосредованное, однако системное влияние на процесс социальной адаптации. Ребенок демонстрирует тенденцию к исключению из контекста групповой интеракции, что проявляется в персеверативных ошибках при следовании коллективным инструкциям, а также в нарушении мнемических функций, связанных с хранением договоренностей и обязательств перед сверстниками. Кумулятивным эффектом данных поведенческих паттернов является формирование репутации ненадежного партнера, что деструктурирует базис для установления устойчивых доверительных отношений.

Помимо первичной симптоматики, СДВГ индуцирует развитие вторичных дефицитов, потенцирующих социальную дезадаптацию. Ключевым из них выступает дефицит исполнительных функций, характеризующийся недостаточностью планирования, оперативной памяти, когнитивной гибкости и процессов самоконтроля [6]. В социальном дискурсе это транслируется в неспособность: к формированию последовательной коммуникативной стратегии, антиципации реакций референтной группы, оперативной поведенческой регуляции в зависимости от контекстуальных изменений и консолидации релевантного социального опыта.

Нарушения интерпретации социальных сигналов. Согласно данным исследований, у детей с СДВГ наблюдается дефицит в распознавании невербальных сигналов (просодия, мимика, позы) и понимании сложных речевых конструкций (ирония, сарказм). Эта особенность приводит к ошибочной интерпретации социальных ситуаций, неадекватным реакциям и формированию у окружающих восприятия ребенка как социально некомпетентного.

Эмоциональная дисрегуляция. Высокая эмоциональная реактивность, импульсивность и низкая устойчивость к фruстрации являются коморбидными проявлениями СДВГ. Несформированность навыков саморегуляции проявляется в чрезмерно интенсивных эмоциональных реакциях на незначительные стимулы, что провоцирует социальную депривацию и стигматизацию ребенка в качестве конфликтного и неуравновешенного.

Социальные ошибки, детерминированные симптомокомплексом СДВГ, инициируют формирование у индивида устойчивой негативной репутации в рамках референтной группы. Сверстники вырабатывают негативные экспекции, акцентируя девиантные поведенческие паттерны, что потенцирует развитие предвзятого отношения, стигматизации и феномена социального остракизма. Сформировавшаяся стигма обладает значительной когнитивной инерцией: даже демонстрация ситуационно-адекватного поведения может подвергаться когнитивному искажению – дисконfirmации или негативной атрибуции – сквозь призму укоренившегося стереотипа.

Данный процесс генерирует самоподкрепляющийся патологический цикл: хроническое отвержение со стороны группы провоцирует у ребенка с СДВГ развитие коморбидных состояний, таких как повышенная тревожность, заниженная самооценка и социальная аутизация, либо, в качестве компенсаторного механизма, – эскалацию агрессивного и оппозиционного поведения. Эти реакции, в свою очередь, экзацербируют исходные дефициты социального функционирования, консолидируя статус индивида как изолированного [2].

Наблюдения подчеркивают необходимость комплексного подхода к помощи детям с СДВГ. Помимо фармакотерапии и коррекции основных симптомов, критически важными являются целенаправленные психолого-педагогические вмешательства. Такие программы должны быть направлены на развитие социальных навыков, обучение распознаванию эмоций, тренировку самоконтроля и когнитивной гибкости. Не менее важна работа с самим школьным коллективом – информирование учителей и сверстников о природе СДВГ для формирования более толерантной и инклюзивной среды, способной принять и поддержать ребенка с особыми потребностями.

Список литературы

1. Касатикова Е.В. Характеристика детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / Е.В. Касатикова, И.П. Бризгунов // Педиатрия. – 2001. – Ч. 2. – С. 40–42.
2. Касатикова Е.В. Влияние различных факторов риска на развитие синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей / Е.В. Касатикова, М.П. Ларионов, Л.В. Баш // Медицинский научный и учебно-методический журнал. – 2003. – №16. – С. 61–64.
3. Лютова Е.К. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми / Е.К. Лютова. – СПб.: Речь, 2000.
4. Никольская И.М. Психологическая защита у детей / И.М. Никольская, Р.М. Грановская. – СПб.: Речь, 2001.
5. Романчук О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей / О.И. Романчук. – М.: Генезис, 2010. – EDN RYRZQZ

6. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам / А.Л. Сиротюк. – М.: Сфера, 2008.
7. Труфанова Г.К. Проблемы межличностных отношений у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / Г.К. Труфанова // Специальное образование. – 2014. – №2. – С. 50–56. – EDN SJGWOP