

УДК 159.922.76-056.34 (575.2) (04)

## СОПУТСТВУЮЩИЕ НАРУШЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

*З.А. Ахметова*

Рассматриваются основные признаки, а также сопутствующие факторы, связанные с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

*Ключевые слова:* синдром дефицита внимания и гиперактивности; импульсивность; нарушения в когнитивной; эмоционально-волевой и поведенческой сферах.

В настоящее время синдрому дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей уделяется все больше внимания во всех странах, в том числе в России и Кыргызстане, о чем свидетельствует растущее число публикаций по данной проблеме. Во всем мире СДВГ весьма распространен: от 1–3% в Великобритании до 4–20% в США. В России, по данным различных авторов, распространенность синдрома колеблется от 2 до 47% [1]. По данным Н.Н. Заваденко и др., СДВГ является самой частой причиной нарушений поведения (в 100% случаев СДВГ) и трудностей обучения в дошкольном и школьном возрасте [2], школьной дезадаптации [1–7]. Кроме того, СДВГ – это наиболее распространенная причина обращения за помощью к психологу, психиатру, неврологу [1, 7], поскольку данный синдром связан также с такими сопутствующими явлениями, как нарушения в когнитивной, эмоционально-волевой сферах, в поведении и во взаимоотношениях с окружающими. В связи с этим изучение данного синдрома и его проявлений представляет на сегодняшний день актуальнейшую проблему.

Целью данной работы является теоретический анализ сопутствующих нарушений, связанных с СДВГ.

Диагностика СДВГ проводится на основе критериев DSM-IV, которые включают описание основных паттернов поведения. Данные опросников для родителей, результаты психологических и нейрофизиологических исследований носят лишь дополнительный характер [8]. К основным признакам этого синдромокомплекса относят дефицит внимания, гиперактивность и импульсивность.

1. *Синдром дефицита внимания* характеризуется следующими признаками: ребенок с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр; не доводит начатое дело до конца, быстро переходит от незавершенного к новому; легко отвлекается на постороннее; избегает или высказывает агрессивность при выполнении заданий, которые требуют длительного сохранения внимания; испытывает сложности при самостоятельной организации видов деятельности; часто теряет предметы; проявляет забывчивость в повседневных ситуациях; “не слушает” обращенную речь; демонстрирует неспособность удерживать внимание на деталях, из-за небрежности допускает частые ошибки в сферах своей деятельности [9].

2. *Синдром гиперактивности* проявляется следующими симптомами: ребенок не может играть в тихие, спокойные игры; бегают, крутятся, пытается куда-то влезть в неприемлемых ситуациях (бесцельная двигательная активность); часто находится в постоянном движении, “как будто к нему прикрепили мотор”; не сидит спокойно, когда требуется, вскакивает; крутится, ерзает, сидя на месте; совершает лишние движения кистями и стопами (бесцельные движения); демонстрирует болтливость [9].

3. *Синдром импульсивности*, по данным И.П. Брызгунова и др., встречается у 63–84% детей с СДВГ [10]. Импульсивность может проявляться: 1) частыми выкриками с места, ребенок выкрикивает ответ, не дослушав вопроса, без разрешения встает со своего места [3, 7, 11]; 2) “влезаниями” в разговор или работу других детей [3, 7, 8]; 3) неспособностью ждать своей очереди в играх, во время занятий и т.д. [3, 7, 11];

4) частой сменой настроения [11]; 5) ребенок часто действует, не подумав, может попадать в опасные ситуации [3, 8, 11, 12]; 6) нравится работа, которую можно сделать быстро [11]; 7) легко переносит наказания, не помнит обиды, не держит зла, поминутно ссорится со сверстниками и тут же мирится [12]. Импульсивность повышает риск травм [8], приводит к крайней нетерпеливости, излишней активности в отстаивании собственных интересов, что нередко создает конфликтные ситуации [3]. Никто, даже сам ребенок, не знает, что сделает в следующий миг [12]. Анализ данных относительно *сопутствующих* нарушений, связанных с СДВГ, позволил нам сгруппировать их следующим образом.

### I. Когнитивные процессы

1. *Восприятие*. Ребенок с СДВГ может иметь абсолютно нормальное зрение, но у него может быть искаженное видение букв и цифр, поэтому ему труднее по сравнению с другими детьми научиться читать и писать [13]. У многих детей с СДВГ наблюдается плохое восприятие формы предметов [14].

2. *Память*. Объем оперативной памяти и мышления снижен, ребенок может удерживать в уме и оперировать ограниченным количеством информации, большая часть которой вскоре забывается. Долговременная память слабая, так как временные связи образуются с трудом [10].

3. *Внимание*. Нарушения внимания при СДВГ встречается в 100% случаев [3]: ребенок не может сконцентрироваться более или менее продолжительное время на каком-либо занятии, его внимание перескакивает с одного предмета на другой. Наблюдается повышенная отвлекаемость, она может быть связана с собственным телом, одеждой [10], любым звуком, движением в классе [12]. Главный дефицит внимания при СДВГ – недостаток непрерывности внимания или бдительности [15]. Согласно Э. Рутман, основной причиной СДВГ является нарушение поддерживающего внимания (процесс, обеспечивающий в течение длительного времени внимание к редким, непредсказуемым сигналам или состояние готовности обнаружить и реагировать на определенные незначительные изменения, возникающие со случайными интервалами в окружающей среде) [6]. Основные характеристики внимания: концентрация, переключение, устойчивость, распределение, объем – у них ниже нормы [5, 8]. По данным Е.Ю. Обуховой и др., у детей с СДВГ наблюдаются наличие “парциального дефицита операций контроля ин-

терференции (поддержание внимания к целевому стимулу в присутствии помехи)” [16, с. 68]. высокая импульсивность реагирования (повышенный уровень ложных тревог) [16].

4. *Умственная работоспособность*. Объем мышления снижен, хотя психологи отмечают у таких детей средний или даже выше среднего коэффициент интеллекта [1, 10]. Согласно Э. Мэшу и др., их трудности заключаются не в недостатке интеллекта, а, скорее, в применении когнитивных навыков в ситуациях повседневной жизни [15]. Однако, по данным З. Тржесоглавы, было установлено снижение коэффициента интеллекта на 10% от уровня нормы уже в 7-летнем возрасте из-за нарушения внимания, визуальнo-двигательной координации и восприятия [цит. по 10]. Согласно данным О.М. Разумниковой, Е.И. Николаевой [5], нарушения внимания связаны с показателями невербального интеллекта. По сведениям И.П. Брязгунова, Е.В. Касатиковой, работоспособность у детей с СДВГ на занятиях низкая, утомляемость повышена [10]. Характерная черта умственной деятельности детей с СДВГ – цикличность: могут продуктивно работать 5–15 минут, затем в течение 3–7 минут теряют контроль над умственной активностью, занимаются посторонними делами [10].

5. *Речь*. От 30 до 60% детей с СДВГ обнаруживают речевые расстройства. У них часто возникают трудности с использованием речи в повседневных ситуациях, характерна чрезмерная говорливость и громкость, часто перескакивают с одной мысли на другую, не умеют выслушивать собеседника, перебивают других [15]. У детей с СДВГ недостаточно сформированы так называемые прагматические речевые функции. В частности, нарушены способность к речевому общению с окружающими, пониманию выраженных в речи эмоций, реакций, инструкций, юмора [3]. Речь быстрая, часто косноязычная, невнятная. При обучении письменной речи могут появляться дисграфии [10].

### II. Эмоционально-волевая сфера

Нарушения в эмоционально-волевой сфере, по данным Н.Н. Заваденко и др., имеют место у 72% мальчиков и 74% девочек с СДВГ [2]. Прежде всего, это чрезмерная возбудимость и импульсивность. Эмоциональное развитие, как правило, запаздывает, что проявляется неуравновешенностью, вспыльчивостью, нетерпимостью к неудачам [1, 7]. Характерна частая смена настроения. Тревожность повышена, по данным Э. Мэша и др. [15], у 25%, Н.Н. Заваденко [3] – у 74–76 % детей с СДВГ. Для них характерны

беспокойство, внутренняя напряженность, переживание чувства страха, депрессивность (20%) [15], высокая эмоциональная раздражительность, плаксивость, эмоциональная неустойчивость [3, 12], склонность остро переживать трудности [12]. С высокой тревожностью тесно связаны такие параметры, как заниженная самооценка [1, 3, 10, 12–14], комплекс неполноценности [13], неуверенность в себе [3]. Эмоциональные реакции зачастую непредсказуемы – с неожиданными и немотивированными переходами от смеха к слезам [13]. Наблюдаются определенные отклонения и в мотивационной сфере: частые отказы что-либо делать, отсутствие интереса к систематическим, требующим внимания занятиям, главным образом к учебной деятельности. Деятельность гиперактивных часто нецеленаправленна, маломотивирована, не зависит от ситуации [10].

### III. Особенности поведения

По данным Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Сувориной, нарушения поведения встречаются у 71% мальчиков и 68% девочек [2], согласно Э. Мэш, Д. Вольф – у 50% детей с СДВГ [15]. Сопутствующие СДВГ нарушения поведения рассматриваются в качестве прогностически неблагоприятных факторов [3]. Согласно данным И.Ю. Заломихиной, в связи со значительными нарушениями поведения 18% школьников с СДВГ обучалось на дому [1]. С психологической точки зрения проблемы поведения ребенка, как считают Э. Мэш и Д. Вольф, связаны со статистической характеристикой, которую называют экстернализированным поведением, заключающимся в сочетании импульсивных, сверхактивных, агрессивных и делинквентных актов [15].

Большинство авторов к непатологическим формам нарушения поведения, встречающимся при СДВГ, относят импульсивность, агрессивность [3, 10, 12], склонность к риску [15], некоторые формы делинквентного поведения [15], а также трудности во взаимодействии с окружающими людьми [2, 3, 10].

1. *Склонность к риску.* Согласно данным Э. Мэш, Д. Вольф, до 50% детей с СДВГ считаются склонными к риску. В результате несчастных случаев они более чем в два раза чаще по сравнению с другими детьми получают переломы костей, рваные раны, тяжелые ушибы, отравления или черепно-мозговые травмы [8, 15]. Пожизненная предрасположенность к риску и тяга к опасным ситуациям в сочетании с пониженной склонностью к здоровому образу жизни определяют прогноз меньшей продолжительности жизни (в среднем – на 8 лет короче) [15]. Лица с СДВГ

в четыре раза чаще сверстников без СДВГ попадают в дорожно-транспортные происшествия [17]. СДВГ – фактор риска раннего начала курения, злоупотребления психоактивными веществами и рискованного сексуального поведения [15].

2. *Агрессивность.* По данным А. Кошелевой и др., матери 66% детей с СДВГ отмечают, что их дети вступают в конфликты во время игр, агрессивны [18]. Согласно А. Максимовой, у 65% детей с СДВГ есть проблемы с повиновением вышестоящим авторитетам, в том числе проявления агрессивности на словах и вспышки раздражения [17]. По И.П. Брызгунову и др., 32% гиперактивных детей проявляют агрессивное поведение [10]. Все эти данные свидетельствуют о том, что агрессивность – это весьма распространенное явление у детей с СДВГ. По сведениям А. Максимовой, такое поведение уже начинает проявляться среди детей с СДВГ так называемого ползункового возраста, эти дети дерутся, царапаются, кусаются, без видимых причин ими овладевают припадки ярости, все разрушают, проявляют агрессивность к другим детям и даже по отношению к взрослым [17]. Как указывает Е. Дударева [19], гиперактивные дети, как правило, не злы, они не способны долго вынашивать обиду или планы мести, не склонны к целенаправленной агрессии, но в запале драки, когда отказывают слабые механизмы торможения, они могут быть безотчетно жестоки. Е.А. Дремова считает, что ребенок ожесточается в результате постоянных укоров, одергиваний, наказаний [11]. Он способен вывести из себя даже самых спокойных взрослых: никого столько не укоряют, не наказывают, не одергивают, сколько его. В результате ребенок ожесточен, у него развивается отрицательная, а часто и агрессивная реакция на окружающих, он становится неуправляемым, “трудным” ребенком. Такая модель защитного поведения порой выгодна для него, а потому трудно исправима, считают И.П. Брызгунов и др. [10].

3. *Делинквентное поведение* у детей с СДВГ имеет следующие проявления:

➤ *Асоциальное поведение.* Согласно А. Максимовой, причины, по которым ребенок с СДВГ совершает антиобщественные поступки, кроются в том, что такой ребенок не способен предугадать результаты своего поведения и не признает авторитетов [17]. Ю. С. Шевченко отмечает [цит. по 1], что частота асоциального поведения у подростков с синдромом СДВГ колеблется от 10 до 50%. По данным И.Ю. Заломихиной – у 11% школьников 10–11 лет [1]. Подростки

с СДВГ в четыре раза чаще попадают под арест, чем их сверстники, не страдающие СДВГ [8].

- Развитие аддиктивных расстройств: алкоголизма и наркомании [3, 8, 10].
- Незапланированные беременности у девочек [8].
- Подростки с СДВГ часто попадают в асоциальные компании по следующим причинам: а) такие подростки являются подчиняемыми и ведомыми [10]; б) ребенок с СДВГ живет в состоянии непрерывного стресса. Уходя в школу, он знает, что его опять будут ругать, поэтому такой ребенок быстро находит место, где его принимают и даже одобряют, это место – улица, двор [19]; в) выраженные симптомы в детском возрасте [8]; г) СДВГ у родителей [8]; д) низкий социально-экономический статус семьи; е) низкий интеллектуальный уровень родителей [8].

#### IV. Межличностные отношения

Быстрые и импульсивные дети не умеют сдерживать свои желания, организовывать поведение. В любой ситуации доставляют окружающим много хлопот. Как правило, у детей с СДВГ нарушены отношения как со сверстниками, так и со взрослыми [10]. В отношении сверстников такие дети агрессивны, требовательны, эгоистичны [10], не любят уступать [7, 15], не могут соблюдать правила ведения беседы [3], все это приводит к конфликтам и обеспечивает плохую репутацию [15]. Дети с СДВГ более разговорчивы, чем другие дети, и более склонны к началу общения [2], служат как бы социальным катализатором, влияющим на поведение других детей, часто в нежелательном направлении [10]. Не всегда умеют сочувствовать и сопереживать [10, 15], невосприимчивы к оттенкам межличностных взаимоотношений [2]. Стремятся к лидерству, но не умеют действовать совместно с другими. По этим причинам гиперактивному ребенку больше всех грозит непонимание со стороны окружающих, таких детей не любят и отвергают сверстники [10, 15]. При социометрических исследованиях эти дети получают от своих товарищей зачастую отрицательную характеристику [4]. Из-за неприязни со стороны сверстников, из-за стремления верховодить они вынуждены общаться с самыми “покладистыми” или младшими детьми [7, 10]. Причем дети с СДВГ не испытывают недостатка в социальных знаниях, они просто не могут применить эти знания во время общения [15]. Трудно складываются и отношения с взрослыми. Гиперактивные край-

не “неудобны” для воспитателей, учителей и даже родителей, в некоторых случаях такие дети могут провоцировать родителей к резко агрессивным реакциям [18]. В классе такой ученик – постоянная головная боль для учителя [10]. На детей с СДВГ обычные наказания и поощрения не действуют. Ни ласка, ни похвала не стимулируют хорошее поведение – более того, поощрения должны быть очень весомыми, иначе ребенок будет вести себя хуже [7].

Таким образом, синдром дефицита внимания с гиперактивностью на сегодняшний день является чрезвычайно актуальной проблемой, поскольку данный синдром отличается высокой частотой встречаемости (до 47%), большой социальной значимостью и недостаточной изученностью. Большая социальная значимость данного синдрома связана с тем, что он является самой частой причиной нарушений поведения, трудностей обучения, школьной дезадаптации. Кроме того, данный синдром способствует возникновению таких сопутствующих нарушений, как нарушения восприятия, памяти, внимания, умственной работоспособности, речи, эмоционально-волевой сферы, поведения. Симптомы гиперактивности и дефицита внимания переходят в зрелый возраст и могут стать причиной неудач и во взрослой жизни. Поэтому прогноз для детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью довольно тревожный. В связи с этим существует необходимость в дальнейшем изучении данной проблемы, разработке способов диагностики и коррекции этого синдрома.

#### Литература

1. Заломихина И. Ю. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей // Логопед. 2007. № 3. С. 33–39.
2. Тревожность у детей с гиперактивностью и дефицитом внимания: терапевтическая эффективность пираретама / Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинова [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/02\\_03c/30.shtml](http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/02_03c/30.shtml)
3. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Румянцева М.В. Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики // Дефектология. 2003. № 6. С. 13–20.
4. Кучма В.Р., Брызгунов И.П. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей (Вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза). М., 1994. 43 с.

5. *Разумникова О.М., Николаева Е.И.* Соотношение оценок внимания и успешности обучения // *Вопр. психол.*, 2001. № 1. С.123–129.
6. *Рутман Э.М.* Исследование развития внимания в онтогенезе // *Вопр. психол.* 1990. № 4. С. 161–167.
7. *Психиатрия* / Под ред. Р. Шейдера; пер. с англ. М.: Практика, 1998. 485 с.
8. *Монина Г.Б., Лютова-Робертс Е.К., Чутко Л.С.* Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь. СПб.: Речь, 2007. 186 с.
9. Минимальная мозговая дисфункция у детей. Методические рекомендации. Екатеринбург, 2003. 34 с.
10. *Брызгунов И.П., Касатикова Е.В.* Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. М.: Изд-во института психотерапии, 2001. 96 с.
11. *Дремова Е.А.* Гиперактивные дети и проблемы их обучения [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.education.rekom.ru/5\\_2001/dremowa.html](http://www.education.rekom.ru/5_2001/dremowa.html)
12. *Горпинич Ж.О.* Гиперактивность детей младшего школьного возраста [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://festival.1september.ru/articles/103539/?member=103539>
13. *Добсон Д.* Непослушный ребенок: Практик. руково для родителей. М.: Пенаты: Т-Око, 1992. 205 с.
14. *Кайгородов Б.В., Насырова О.А.* Гиперактивность как школьная и индивидуальная проблема // *Мир психологии.* 1996. № 1. С. 100–106.
15. *Мэш Э., Вольф Д.* Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. 384 с.
16. *Обухова Е.Ю., Строганова Т.А., Грачев В.В.* Нарушения внимания у детей с особенностями развития // *Вопр. психол.* 2008. № 3. С. 61–70.
17. *Максимова А.* Гиперактивность и дефицит внимания у детей. Ростов н/Д: Феникс, 2006. 224 с.
18. *Кошелева А.Д., Алексеева Л.С.* Диагностика и коррекция гиперактивности ребенка. М.: НИИ семьи, 1997. 64 с.
19. *Дударева Е.* Гипердинамический ребенок [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.e1.ru/articles/kid/page\\_1/000/384/article\\_384.html](http://www.e1.ru/articles/kid/page_1/000/384/article_384.html)