

УДК 159.952.6 (575.2) (04)

**СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ
КАК МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА**

З.А. Ахметова

Исследуется синдром дефицита внимания и гиперактивности; анализируются факторы, приводящие к данному синдрому.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности, минимальная мозговая дисфункция, импульсивность, сопутствующие психические расстройства.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является одним из самых частых детских поведенческих расстройств и наиболее частых причин обращения за помощью к психологу, психиатру, неврологу [1; 2]. Поэтому в последние время СДВГ уделяется всё больше внимания во всех странах, в том числе в России и Кыргызстане. Актуальность данной проблемы определяется следующими факторами:

1. Высокая частота данного синдрома в детской популяции. Данные о распространенности СДВГ в мире отличаются широкой вариабельностью: от 1–3% в Великобритании, до 4–20% в США. В России до сих пор отсутствуют эпидемиологические данные о частоте встречаемости СДВГ [1]. В целом по России, по данным различных авторов, распространенность синдрома колеблется от 2 до 47% [1], среди школьников – от 2 до 20% [1; 3–6]. Такой широкий диапазон распространения СДВГ обусловлен прежде всего отсутствием единых диагностических критериев.

2. Большая социальная значимость СДВГ. СДВГ является самой частой причиной нарушений поведения, трудностей обучения (100% [7]), школьной дезадаптации [1; 2; 4; 6; 8–10].

3. Интерес и сложность проблемы заключается в том, что она является комплексной: медицинской, психологической и педагогической. Для объяснения патогенеза СДВГ предложены многочисленные концепции. Несмотря на это причины и механизмы развития, способы диагностики, лечения и психологической коррекции СДВГ остаются недостаточно выясненными [5; 8; 11].

В связи с чем целью данной работы является исследование синдрома дефицита внимания и гиперактивности как научной проблемы.

Из истории исследования СДВГ

Впервые описал чрезвычайно подвижного ребёнка немецкий врач-психоневролог Г. Хоффман (1845 г.) [Цит. по 3]. Симптомы гиперактивности были впервые описаны как расстройство в 1902 г. английским врачом Дж. Стиллом [Цит. по 12]. В 30–50-х гг. для описания проблем с поведением без признаков повреждения мозга или задержки умственного развития был введен термин “минимальное повреждение мозга” [Цит. по 3, 12, 13]. Впоследствии статическая модель “минимального мозгового повреждения” уступила место более гибкой модели “минимальной мозговой дисфункции” (ММД) (1959г.), которая использовалась для описания поражений головного мозга, сопровождающихся нарушениями поведения и обучения [Цит. по 13]. В 1962 г. Оксфордская группа по международным исследованиям в детской неврологии провела симпозиум по проблемам ММД, где официально признан этот термин для обозначения совокупности проблем поведения и обучения в сочетании с легкой неврологической симптоматикой и нормальным интеллектуальным уровнем [8].

В 1968 г. во второй редакции американской классификации психиатрических болезней (DSM-II) был предложен термин “гиперкинетическая реакция детства” [Цит. по 3]. В 70-х гг. В. Дуглас доказала, что, помимо гиперактивности, основными симптомами синдрома являются дефицит внимания и слабый контроль импульсивности [Цит. по 12]. В 1980 г. Американской ассоциацией психиатров была разработана рабочая классификация – DSM-IV, в которой случаи, описанные ранее как ММД, рассматриваются как синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). В России используется междуна-

родная классификация болезней (МКБ-10), где также введено понятие “синдром дефицита внимания с и без гиперактивности” [3; 13].

Первая монография о гиперактивных детях, опубликованная в России в 1986 г. – книга чехословацких врачей, педагогов и психологов во главе с З. Тржесоглавой “Лёгкая дисфункция мозга в детском возрасте”. Благодаря этой книге педиатры СССР получили возможность ознакомиться с этой проблемой. Изучением СДВГ в отечественной науке занимались Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворова [7; 8], И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова [11; 14], И.Ю. Заломихина [1], В.Р. Кучма [9] и др.

Проявления СДВГ

СДВГ не имеет определенных физических признаков, которые можно обнаружить при рентгеновском или лабораторном исследовании. Он может быть идентифицирован только по характерным паттернам поведения [12]. Согласно DSM-4 выделяют 3 варианта течения СДВГ:

- синдром, сочетающий дефицит внимания и гиперактивность;
- синдром дефицита внимания без гиперактивности;
- синдром гиперактивности без дефицита внимания.

К основным признакам СДВГ относят [13]:

↳ **Дефицит внимания:** ребенок с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр; не доводит начатое дело до конца; легко отвлекается на постороннее; 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.

↳ **Гиперактивность:** не может играть в спокойные игры; бегает, крутится; находится в постоянном движении; не сидит спокойно, когда требуется; совершает лишние движения кистями и стопами; болтлив.

↳ **Импульсивность:** отвечает на вопросы, не задумываясь, не дослушав вопрос; выкрикивает во время уроков; мешает другим детям, взрослым, влезает в игры, разговоры; не ждет своей очереди в играх; совершает опасные для себя и окружающих действия.

Как правило, проявления СДВГ начинают обращать на себя внимание, когда ребенок начинает посещать детский сад (в 3–4 года) или школу (в 6–7 лет), так как ЦНС ребенка неспособна справляться с новыми требованиями, предъявляемыми в условиях возрастания психических

и физических нагрузок [8]. Ж.О. Горпинич [15] считает, что пики проявления СДВГ совпадают с пиками психоречевого развития: в 1–2 года (закладываются навыки речи), в 3 года (увеличивается словарный запас) и 6–7 лет (формируются навыки чтения и письма). Но уже в первые годы жизни эти дети выделяются повышенной возбудимостью, двигательной расторможенностью, непоседливостью, отвлекаемостью, наблюдаются нарушения развития речи [8]. По мнению И.П. Брызгунова, Е.В. Касатикова [14], Ж.О. Горпинич [15], максимальное проявление симптомов СДВГ приходится на возраст 7–12 лет как у мальчиков, так и у девочек.

Факторы, приводящие к СДВГ

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные изучению причин СДВГ, окончательной ясности в этом вопросе пока не достигнуто. Анализ литературных данных позволил нам выделить следующие факторы, которые могут оказаться причиной СДВГ:

1. Генетические факторы

Наследственная предрасположенность отмечается, по данным З. Тржесоглавы [Цит. по 14] у 25%, Э. Мэша и Д. Вольфа [12] – около 30%, П. Уэндера и Р. Шейдера [2] – 20–30%, Н.Н. Заваденко, И.Ю. Заломихиной – 57% детей с СДВГ [1; 8]. В настоящее время изучаются гены, регулирующие обмен нейромедиаторов в мозге, которые могут детерминировать СДВГ, в частности гены дофаминергической системы [1; 11; 12]. Исследования на близнецах показали, что корреляционная связь у гомозиготных близнецов высокая, а у гетерозиготных – низкая [9; 14]. Симптомы и диагноз СДВГ совпадали у монозиготных близнецов в 65% случаев – примерно вдвое чаще, чем у дизиготных [12].

II. Биологические факторы играют решающую роль в первые два года жизни ребёнка, в последующем они опосредуются психосоциальными факторами [14]. Биологические факторы СДВГ по времени их воздействия подразделяются на [14]:

1. **Факторы пренатальной патологии:** токсокозы, инфекционные заболевания, принятие больших доз алкоголя (5%), курение матери во время беременности (5%), травмы в области живота, угроза прерывания беременности (22% [8]), анемия и др. По данным Н.Н. Заваденко, нарушения течения беременности, обусловившие хроническую внутриутробную гипоксию плода (к которой особенно чувствителен развивающийся мозг), имели место в 67% случаев с СДВГ [8].

2. *Факторы перинатальной патологии.* Согласно данным Н.Н. Заваденко [8], патология родов среди детей с СДВГ встречалась с высокой частотой – 73%. Основное место занимают быстрые или затяжные роды, применение акушерских пособий, стимуляция родовой деятельности, отравление наркозом при кесаревом сечении (40%) [8; 14]. В числе самых распространенных причин СДВГ, являющихся следствием патологических родов, – родовая травма шейных отделов позвоночника, которая своевременно не диагностируется [1].

3. *Факторы ранней постнатальной патологии:* асфиксия, недоношенность и переносимость [8]. В ряде исследований отмечена корреляция между нарушением поведения в школьном возрасте и низким весом ребёнка при рождении (меньше 1500 гр.) [9].

Основным патогенетическим механизмом СДВГ можно считать нарушение своевременности, полноценности и синхронности созревания отдельных мозговых структур, ответственных за формирование, совершенствование функциональных блоков и систем, обеспечивающих активное и устойчивое внимание, целенаправленность и самоконтроль поведения, гармонизацию и сознательно регулируемую психомоторику [1].

Одна из последних работ ученых из университета Нью-Йорка показала, что мозг у детей с СДВГ уменьшен по сравнению со здоровыми сверстниками примерно на 3% (в области лобной и височной доли, хвостатого ядра), особенно у детей, не получавших никакого лечения [16].

III. Социально-психологические факторы

По данным Н.Н. Заваденко [8], И.П. Брызгунова [14], влияние социально-психологических факторов обнаружено в две трети случаев. Это дети из семей высокого социального риска: воспитание в неполной семье (26% случаев), многодетные семьи; низкий уровень образования у родителей (19%) и материальной обеспеченности семьи [12] (25%), семьи с высоким уровнем психологической напряженности (18%); неудовлетворительные условия проживания (14%); семьи, ведущие асоциальный образ жизни (алкоголизм (13%), наркомания, аморальный образ жизни, правонарушения); особенности воспитания – гиперопека, эгоистическое воспитание по типу “кумира семьи” или, наоборот, педагогическая запущенность, несогласованность подходов к воспитанию ребенка (12%).

R.A. King и J.D. Noshpitz установили, что у детей из семей с высоким социально-экономическим статусом последствия пре- и перинаталь-

ной патологии исчезают к моменту поступления в школу, а у детей из неблагополучных в этом отношении семей они продолжают сохраняться [Цит. по 14]. Однако компенсаторные возможности семьи ограничены тем, что реализуются на изначально дефицитной почве [1]. Кроме того, психическое развитие детей с СДВГ усугубляется пропуском “сензитивных” периодов развития, выделенных Л.С. Выготским [17].

IV. Особенности питания и влияние окружающей среды

Предполагается, что особенности питания и наличие искусственных пищевых добавок в продуктах также могут влиять на поведение ребёнка.

↳ Расстройство метаболизма глюкозы (74%) – дети проявляют всплеск неудержимой энергии в результате употребления сахара, сладостей и даже фруктовых соков [18]. Однако по сведениям И.П. Брызгунова, Е.В. Касатиковой [14] роль сахара в происхождении СДВГ преувеличена.

↳ Влияние аллергенов (искусственные консерванты, красители, ароматизаторы, шоколад, кофеин и др.) выявлено приблизительно у 50% детей с СДВГ [18]. Однако сведения И.П. Брызгунова и др. [14] не подтверждают связь пищевых добавок с гиперактивностью. По данным П. Уэндера и соавт. [2], гипотеза, что причиной СДВГ является пищевая аллергия, в контролируемых испытаниях не подтвердилась.

↳ Недостаток магния, который необходим для полноценного сна и нормального метаболизма глюкозы [18].

↳ Исключение из рациона продуктов, содержащих большое количество салицилатов, снижает гиперактивность ребёнка. Однако эти сведения также нуждаются в тщательной проверке [14].

Загрязнение окружающей среды диоксидами, солями тяжёлых металлов (молибден, кадмий) ведёт к расстройству ЦНС. Увеличение содержания свинца – сильнейшего нейротоксина – в окружающей среде может быть причиной появления поведенческих нарушений у детей [14]. Однако, по данным Э. Мэша, Д. Вольфа [12], свинец не был обнаружен в крови и зубах у детей с СДВГ.

Сопутствующие психические расстройства

Анализ данных относительно сопутствующих СДВГ психических расстройств позволил нам сгруппировать их следующим образом:

I. Когнитивные процессы

1. Восприятие. Ребенок может иметь абсолютно нормальное зрение, но его мозг оказы-

вается неспособным обрабатывать соответствующие сигналы. У такого ребенка может быть искаженное видение букв и цифр, поэтому ему труднее научиться читать и писать. У многих детей с СДВГ наблюдается плохое восприятие формы предметов [19].

2. Память. Объем оперативной памяти снижен, ребенок в уме может удерживать и оперировать ограниченным количеством информации, большая часть которой вскоре забывается. Долговременная память слабая, так как временные связи образуются с трудом [14].

3. Внимание. Нарушение внимания встречается в 100% случаев СДВГ [8]: ребенок не может сконцентрироваться продолжительное время на каком-либо занятии. Повышенная отвлекаемость может быть связана со своим телом, одеждой [14], любым звуком, движением [15]. Главный дефицит внимания при СДВГ – недостаток непрерывности внимания или бдительности [12]. Согласно Э. Рутман, основной причиной синдрома является нарушение поддерживающего внимания (процесс, обеспечивающий в течение длительного времени внимание к редким, непредсказуемым сигналам) [10]. Основные свойства внимания: концентрация, переключение, устойчивость, распределение, объем – у них все ниже нормы [6; 12]. По данным Е.Ю. Обуховой и др., у детей с СДВГ наблюдается наличие “парциального дефицита операций контроля интерференции (поддержание внимания к целевому стимулу в присутствии помехи)” [20; С. 68], высокая импульсивность реагирования (повышенный уровень ложных тревог) [20].

4. Умственная работоспособность. Объем мышления снижен. Хотя психологи отмечают у таких детей средний или даже выше среднего коэффициент интеллекта [1; 14]. Согласно Э. Мэшу и др., их трудности заключаются не в недостатке интеллекта, а в применении когнитивных навыков в повседневной жизни [12]. Однако, по данным З. Тржесоглавы, коэффициент интеллекта снижается на 10% от уровня нормы уже в 7-летнем возрасте из-за нарушения внимания и восприятия [цит. по 14]. Согласно данным О.М. Разумниковой, Е.И. Николаевой [6], нарушения внимания связаны с показателями невербального интеллекта. Работоспособность у детей с СДВГ на занятиях низкая, утомляемость повышена [11]. Характерная черта умственной деятельности – цикличность: могут продуктивно работать 5–15 минут, затем в течение 3–7 минут теряют контроль над умственной активностью, занимаются посторонними делами [14].

5. Речь. 30–60% детей с СДВГ обнаруживают речевые расстройства. У них часто возникают трудности с использованием речи в повседневных ситуациях, характерна чрезмерная говорливость и громкость, часто перекакивают с одной мысли на другую, не умеют выслушивать собеседника, перебивают других [12]. Недостаточно сформированы прагматические речевые функции. В частности, нарушены способность к пониманию выраженных в речи эмоций, реакций, инструкций, юмора [8]. При обучении письму могут появляться дисграфии [14].

II. Эмоционально-волевая сфера

Нарушения в эмоционально-волевой сфере имеют место у 72% мальчиков и 74% девочек с СДВГ [7]. Прежде всего, это чрезмерная возбудимость и импульсивность, обусловленные дефицитом сдерживающего контроля и саморегуляции поведения. Эмоциональное развитие, как правило, запаздывает [1; 2]. Тревожность повышена, по данным Э. Мэша и др. [12], у 25%, Н. Н. Заваденко [8] – у 74–76% детей с СДВГ. Им характерны вспыльчивость, беспокойство, внутренняя напряженность, переживание чувства страха, депрессивность (20%) [12; 14], высокая эмоциональная раздражительность, плаксивость, эмоциональная неустойчивость [8; 15], склонность остро переживать трудности, неудачи [1; 15]. Эмоциональные реакции зачастую непредсказуемы – с неожиданными и немотивированными переходами от смеха к слезам [5]. Наблюдаются отклонения в мотивационной сфере: частые отказы что-либо делать, отсутствие интереса к систематическим, требующим внимания занятиям. Деятельность гиперактивных детей нецеленаправленна, маломотивирована и не зависит от ситуации [14].

III. Личностные особенности

Для детей с СДВГ характерны задиристость [8], заниженная самооценка [1; 5; 8; 14; 15; 19], высокий уровень агрессивности [6; 8–10; 14; 15; 19], склонность к риску (50% детей с СДВГ) [12], избегающее поведение [1], трудности социальной адаптации [4; 7; 12].

IV. Межличностные отношения

Как правило, у детей с СДВГ нарушены отношения как со сверстниками, так и со взрослыми [14]. В отношении сверстников агрессивны, требовательны, эгоистичны [14], не любят уступать [2; 12], не могут соблюдать правила ведения беседы [8], не умеют действовать совместно с другими. Не всегда умеют сочувствовать и сопереживать [12; 14], невосприимчивы к оттенкам межличностных взаимоотношений [7]. Из-за не-

приязни со стороны сверстников, из-за стремления к лидерству они вынуждены общаться с самыми “покладистыми” или с младшими детьми [14; 19]. Служат как бы социальным катализатором, влияющим на поведение других детей, часто в нежелательном направлении [14]. По этим причинам гиперактивному ребёнку больше всех грозит непонимание со стороны окружающих, таких детей не любят и отвергают сверстники [10; 14]. При социометрических исследованиях эти дети получают от своих товарищей зачастую отрицательные выборы [9]. Причем дети с СДВГ не испытывают недостатка в социальных знаниях, они просто не могут применить эти знания во время общения [12]. На детей с СДВГ обычные наказания и поощрения не действуют [2].

V. Особенности поведения

По данным Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Сувориновой, нарушения поведения встречаются у 71% мальчиков и 68% девочек с СДВГ [7], они могут проявляться в виде упрямства, непослушания, негативизма [8; 9]. СДВГ часто способствует развитию алкоголизма и наркомании [2; 8; 9; 14]. Подросткам с СДВГ характерна склонность к правонарушениям, они часто попадают в асоциальные компании [14]. Лишь 15% (против 50% в контроле) из них оканчивает школу. Частота асоциального поведения у подростков с синдромом СДВГ колеблется от 10 до 50% [1]. По данным И.Ю. Заломихиной, признаки асоциального поведения выявлены у 11% школьников 10–11 лет [1]. Около половины всех детей с СДВГ обнаруживают признаки оппозиционно-вызывающего расстройства. Они проявляют повышенную реактивность, агрессивны по отношению к сверстникам, упрямы, нетерпеливы и драчливы [7; 12]. Примерно у 30–50% детей с СДВГ может развиваться кондуктивное расстройство: нарушают общественный порядок, у них часто возникают серьезные проблемы в школе или с правоохранительными органами [12].

Таким образом, синдром дефицита внимания с гиперактивностью на сегодняшний день является чрезвычайно актуальной проблемой как для медицины, так и для психологии и педагогики, поскольку данный синдром отличается высокой частотой встречаемости (до 47%), большой социальной значимостью и недостаточной изученностью. Большая социальная значимость синдрома связана с тем, что он является самой частой причиной нарушений поведения, трудностей обучения, школьной дезадаптации. Кроме того, данный синдром способствует возникновению сопутствующих психических расстройств у

детей, таких как нарушения восприятия, памяти, внимания, умственной работоспособности, речи, эмоционально-волевой сферы, личностных проблем. Чаще всего 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 – тревожный, а перспективы довольно мрачные. В подобной ситуации нельзя надеяться на то, что дети “перерастут” свое состояние. В связи с чем существует необходимость в дальнейшем изучении данной проблемы, разработке эффективных способов диагностики, а также психопрофилактики и психологической коррекции проявлений этого синдрома.

Литература

1. *Заломихина И.Ю.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей // *Логопед.* – 2007. – №3. – С. 33–39.
2. *Уэндер П., Шейдер Р.* Психиатрия / Под ред. Р. Шейдера; Пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – 485 с.
3. *Белюсова Е.Д., Никанорова М.Ю.* Синдром дефицита внимания/гиперактивности // (<http://www.nevromed.ru/zabol/sdv1.htm>)
4. *Войнов В.Б.* К проблеме психофизиологической оценки успешности адаптации детей к школьным условиям // *Мир психологии.* – 2002. – №1. – С. 134–142.
5. *Добсон Д.* Непослушный ребенок: Практик. руководство для родителей. – М.: Пенаты: Т-Око, 1992. – 205 с.
6. *Разумникова О.М., Николаева Е.И.* Соотношение оценок внимания и успешности обучения // *Вопр. психол.* – 2001. – №1. – С. 123–129.
7. *Тревожность у детей с гиперактивностью и дефицитом внимания: терапевтическая эффективность пираретама / Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинова.* Метод. рекомендации каф. нерв. болезней пед. факультета РГМУ. – М., 2002.
8. *Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Румянцева М.В.* Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики // *Дефектология.* – 2003. – №6.
9. *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.
10. *Рутман Э.М.* Исследование развития внимания в онтогенезе // *Вопр. психол.* – 1990. – №4. – С. 161–167.

11. *Касатикова Е.В., Ларионов Н.П., Попкова Е.В., Брызгунов И.П.* Исследование особенностей обмена катехоламинов у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью // Вопросы медицинской химии. – 2000. – №5.
12. *Мэш Э., Вольф Д.* Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с.
13. Минимальная мозговая дисфункция у детей: Методические рекомендации. – Екатеринбург, 2003.
14. *Брызгунов И.П., Касатикова Е.В.* Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001. – 96 с.
15. *Горпинич Ж.О.* Гиперактивность детей младшего школьного возраста // <http://festival.1september.ru/articles/103539/?member=103539>
16. Science News, 2002. – Vol. 162. – №15.
17. *Выготский Л.С.* Проблемы общей психологии. Собр. соч. Т. 2. – М., 1982.
18. *Максимова А.* Гиперактивность и дефицит внимания у детей. – Ростов на Дону: Феникс, 2006. – 224 с.
19. *Кайгородов Б.В., Насырова О.А.* Гиперактивность как школьная и индивидуальная проблема // Мир психологии. – 1996. – №1. – С. 100–106.
20. *Обухова Е.Ю., Строганова Т.А., Грачёв В.В.* Нарушения внимания у детей с особенностями развития // Вопр. психол. – 2008. – №3. – С. 61–70.