

## ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ

**Т.В. КОСЕНКОВА, М.С. ГОМБАЛЕВСКАЯ, Е.А. ФЕДОРОВА**

*Санкт–Петербургская государственная педиатрическая академия,  
г. Санкт–Петербург, Россия*

**Введение.** В последнее время отмечается увеличение количества детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), что определяет направления исследования специалистов в области медицины, психологии и педагогики. Запоздывание процессов созревания высших психических функций, специфические трудности обучения и планирования организации сложных видов деятельности, слабая психоэмоциональная устойчивость ребенка при неудачах, низкая самооценка, упрямство, лживость, вспыльчивость, агрессивность, неуверенность в себе и проблемы в коммуникативных отношениях – основные проявления данной патологии в детском возрасте.

Незрелость двигательных и психических функций в раннем детстве к периоду полового созревания перерастает в нарушения адаптационных механизмов, что может стать одной из причин девиантного и делинквентного поведения подростков и проявляться отрицанием авторитетов, незрелым и безответственным поведением, нарушением семейных и общественных правил, неумением поддерживать определенную поведенческую реакцию на протяжении длительного времени, формированием трудно исправляемой агрессивной модели защитного поведения и ранним развитием тяги к алкоголю и наркотическим веществам.

Неадекватность поведения, социальная дезадаптация, личностные расстройства могут стать причиной неудач и во взрослой жизни. Гиперактивные люди суетливы, нетерпеливы, непоследовательны, импульсивны, вспыльчивы. Трудность планирования, концентрации внимания на предмете деятельности при высокой неорганизованности и неустойчивости настроения мешают в продвижении по службе и в устройстве семейной жизни.

В связи с этим данная патология представляет серьезную медико-социальную и психологическую проблему.

Этиология и патогенез синдрома дефицита внимания и гиперактивности окончательно не выяснены, несмотря на большое количество исследований, однако на современном этапе доминирующими считаются три группы факторов: генетические факторы (57%), повреждение центральной нервной системы во время беременности и родов (84%), социальные (негативное воздействие внутрисемейных и внесемейных факторов – 63%).

Большинство исследователей отмечают три основных блока проявления СДВГ: гиперактивность, нарушения внимания и импульсивность (Ю.С. Шевченко, Н.Н. Заваденко и др.).

**Гиперактивность** проявляется избыточной двигательной активностью с нарушением координации, несформированностью мелкой моторики и практики, беспокойством, многочисленными посторонними движениями, чрезмерной болтливостью, неспособностью усидеть на одном месте, снижением продолжительности сна.

**Нарушения внимания** проявляются в трудностях его удержания, в снижении избирательности и выраженной отвлекаемости с частыми переключениями с одного занятия на другое. Это сопровождается непоследовательностью в поведении, забывчивостью, неумением слушать и сосредоточиться, частой потерей личных вещей. Дети стараются избежать заданий, требующих длительных умственных усилий. Однако показатели внимания таких детей подвержены существенным колебаниям. Если деятельность ребенка связана с заинтересованностью, увлеченностью и удовольствием, то они способны удерживать внимание часами.

**Импульсивность** выражается в неумении регулировать свои действия, подчиняться правилам и ждать. Дети эмоционально лабильны, часто повышают голос, перебивают других.

К подростковому возрасту повышенная двигательная активность в большинстве случаев исчезает, а импульсивность и дефицит внимания сохраняются.

Анализ возрастной динамики СДВГ показал два всплеска проявления синдрома, что обусловлено динамикой развития высшей нервной деятельности и отражает критические периоды формирования систем мозга, отвечающих за мыслительную деятельность, внимание, память. Первый отмечается в 5–10 лет и приходится на период подготовки к школе и начало обучения, когда происходит смена стадий интеллектуального развития, формируются условия для становления аб-

страстного мышления и произвольной регуляции деятельности. Второй – 12–15 лет – совпадает с периодом полового созревания, при котором гормональные перестройки в организме ребенка отражаются на особенностях его поведения и отношения к учебе.

Среди мальчиков 7–10 лет признаки синдрома диагностируются в 2–3 раза чаще, чем среди девочек. В подростковом возрасте это соотношение составляет 1:1, а среди 20–25-летних – 1:2 с преобладанием девушек. При этом у девочек более выражены социальная дезадаптация, учебные трудности, личностные расстройства.

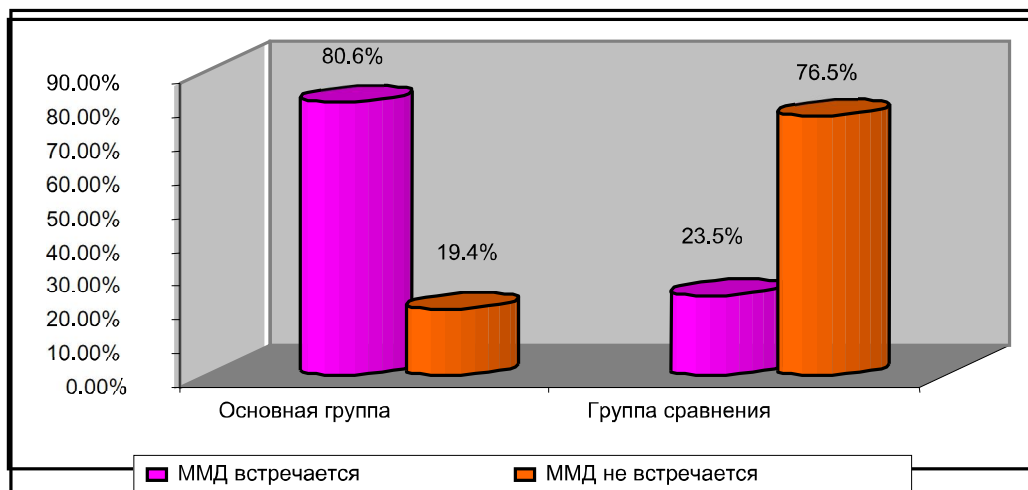
Более частая встречаемость синдрома у мальчиков обусловлена высокой уязвимостью плода мужского пола к различным воздействиям во время беременности и родов. У девочек полушария головного мозга менее специализированы из-за большего количества межполушарных связей, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных механизмов по сравнению с мальчиками при поражении центральной нервной системы.

**Методика и объекты исследования.** Всего обследовано 70 детей в возрасте 6–7-ми лет. Основную группу составили 36 детей из социально неблагополучных семей. Группу сравнения – 34 ребенка из социально благополучных семей.

**Методы исследования:**

1. Оценка социального анамнеза.
2. Наблюдение.
3. Беседа с воспитателями и детьми.
4. Методы изучения последствий перинатального поражения центральной нервной системы (Тест Тулуз-Пьерона).
5. Методы изучения личностных особенностей ребенка (проективный тест «Рисунок человека»).
6. Методы изучения эмоционального состояния ребенка (тест М. Люшера).
7. Математические методы обработки результатов с использованием программы Statistika 6.0. (составление таблиц сопряженности признаков, корреляционный анализ).

**Результаты и их обсуждение.** При проведении исследования с помощью теста Тулуз-Пьерона (компьютерная обработка данных в системе Statistika, таблицы сопряженности признаков: тип ММД и пол) было установлено, что у детей основной группы последствия перинатального поражения центральной нервной системы в виде малой мозговой дисфункции (ММД) встречаются в 3 раза чаще, чем в группе сравнения и составили 80,6% по отношению к 23,5% (рис.).



**Рисунок – Частота встречаемости ММД у обследованных детей 6–7-ми лет**

При этом основной группе из 29 детей с последствиями перинатального поражения ЦНС в виде ММД наиболее часто встречались следующие типы профилей:

1. Реактивный тип – 20 детей (69%), из них мальчиков – 12, девочек – 8. При этом синдром дефицита внимания и гиперактивности регистрировался у всех детей с данным типом профиля (100%).

2. Субнормальный тип – 6 детей (21%), из них мальчиков – 4, девочек – 2. У детей с данным типом профиля синдром дефицита внимания и гиперактивности встречается только у одного ребенка (17%).

3. Ригидный тип – 3 ребенка (10%), из них мальчиков – 2, девочек – 1. У детей с данным типом профиля не выявлено ни одного случая СДВиГ.

При анализе аналогичных показателей в группе сравнения было установлено, что среди детей с последствиями перинатального поражения ЦНС в виде ММД реактивный тип также являлся преобладающим и встречался у 21 ребенка (62%), из них мальчиков – 12, девочек – 9. При этом среди детей с реактивным типом ММД синдром дефицита внимания и гиперактивности также встречался у всех обследованных респондентов (21 ребенок – 100%).

Субнормальный тип ММД имели 13 детей (37,5%) группы сравнения, среди которых не выявлено ни одного случая СДВиГ. Респондентов с ригидным типом ММД в группе сравнения не было. Как показали проведенные исследования, в основной группе и в группе сравнения при наличии последствий перинатального поражения центральной нервной системы наиболее часто встречался реактивный тип ММД (основная группа – 69%; группа сравнения – 62,5%), который в 100% случаев сочетался с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Дети с данной патологией характеризовались двигательной расторможенностью, вынужденной, неуправляемой реактивностью, сочетающейся с повышенной возбудимостью, отсутствием контроля за выполняемой деятельностью, бурными эмоциональными реакциями с неглубокими внутренними переживаниями.

Изучение эмоциональной сферы у детей с реактивным типом ММД и СДВиГ позволило установить, что у обследованных основной группы и группы сравнения эмоциональное состояние, в целом, неудовлетворительное, при этом у 40% респондентов было плохое эмоциональное состояние, сопровождавшееся высоким уровнем нервно-психического неблагополучия, быстрой утомляемостью, эмоциональной нестабильностью, чрезмерной активностью, возбуждением, преобладанием негативных переживаний. У половины детей преобладало весьма плохое эмоциональное состояние с очень высоким уровнем нервно-психического неблагополучия, наличием устойчивой невротизации личности, перевозбуждением, высокой суетливостью, зажатостью. Скорее плохое эмоциональное состояние в основной группе встречалось лишь в 10% случаев. Удовлетворительное и скорее хорошее эмоциональное состояние в основной группе не встречалось (табл.).

Таблица – Особенности эмоционального состояния обследованных детей

Эмоциональное состояние обследованных детей	Основная группа ММД+ СДВиГ	Группа сравнения	
		ММД+С ДВиГ	Без ММД и СДВиГ
<b>Весьма плохое</b> свидетельствует об очень высоком уровне нервно-психического неблагополучия обследуемого: наличии устойчивой невротизации личности, перевозбуждении, излишне высокой активированности, суетливости, лихорадочности, зажатости.	50%		
<b>Плохое</b> свидетельствует о высоком уровне нервно-психического неблагополучия: быстрой утомляемости, эмоциональной нестабильности, чрезмерной активности, возбуждении, преобладании негативных переживаний.	40%	20%	
<b>Скорее плохое</b> свидетельствует о несколько повышенном уровне нервно-психического неблагополучия обследуемого: повышенной утомляемости, неуравновешенности, наличии негативных эмоциональных переживаний.	10%	80%	
<b>Удовлетворительное</b> характеризуется повышенной активностью, энергичностью, стремлением получать информацию из окружения			73,1%
<b>Скорее хорошее</b> свидетельствует о несколько повышенном уровне нервно-психического благополучия, общительности, восприимчивости ко всему новому, стремлении расширять кругозор, желании быть в центре внимания			26,9%

В группе сравнения при сочетании последствий перинатального поражения ЦНС и ММД (реактивный тип) встречалось в основном скорее плохое (80%) и плохое (20%) эмоциональное состояние, в то время в основной группе при сочетании аналогичных факторов преобладало весьма плохое (50%) и плохое (40%) эмоциональное состояние. В группе сравнения у детей без последствий перинатального поражения центральной нервной системы и СДВиГ эмоциональное состояние характеризовалось как удовлетворительное (73,1%), которое отличается повышенной активностью, энергичностью, стремлением получать информацию из окружения и скорее хорошее (26,9%), которое свидетельствует о несколько повышенном уровне нервно-психического благополучия, общительности, восприимчивости ко всему новому, стремлении расширять кругозор, желании быть в центре внимания (табл.).

Таким образом, последствия перинатального поражения ЦНС способствуют формированию синдрома дефицита внимания и гиперактивности, так как при реактивном типе ММД синдром дефицита внимания и гиперактивности встречается у всех обследованных детей. Эмоциональное состояние респондентов с последствиями перинатального поражения нервной системы в виде реактивного типа ММД было весьма плохим или плохим.

При изучении личностных особенностей с помощью проективного теста «Рисунок человека» было установлено, что у детей основной группы преобладают такие личностные особенности, как импульсивность (20%), негативизм (13%), агрессивность (11%), асоциальные тенденции (10%), тревожность (9%), гиперактивность (8%), враждебность (7%), нарушения общения (6%), потребность в опоре (6%), а также недостаточная социальная адаптированность (5%), слабая бытовая ориентация (3%) и эмоциональная напряженность (2%).

У детей из группы сравнения с перинатальным поражением ЦНС в виде ММД с СДВиГ из социально благополучных семей наиболее часто встречалась демонстративность, в то время как импульсивность отмечена лишь у 20% обследуемых. Тревожность в группе сравнения встречалась у 15%, что в 1,7 раза чаще, чем в основной группе. При этом важно отметить, что враждебность, агрессивность, асоциальность и эмоциональная напряженность у респондентов группы сравнения не встречались. Это позволяет предположить, что данные личностные особенности формируются под влияние социальной среды, в которой находится ребенок в первые годы своей жизни. Негативизм в группе сравнения встречался только в 5% случаев, что в 2,6 раза реже, чем в основной группе. Кроме того, для респондентов группы сравнения были характерны такие личностные особенности, как экстравертированность, тенденция к завышению самооценки и напряженность в контактах, которые в основной группе не встречались. Это также подтверждает положение о том, что благоприятные микросоциальные условия могут способствовать формированию экстравертированности и завышенной самооценки.

В группе сравнения среди детей с отсутствием перинатального поражения ЦНС в виде ММД и СДВиГ преобладали такие особенности, как потребность получать информацию из окружения (35%), общительность (20%), высокая активность (15%), демонстративность (10%), экстравертированность (10%), склонность к широким, но формальным контактам (5%), развитое воображение (5%). Следовательно, при отсутствии перинатального поражения ЦНС у ребенка не формируются такие личностные качества, как импульсивность, негативизм, тревожность, гиперактивность.

Проведение корреляционного анализа позволило установить, что между последствиями перинатального поражения ЦНС в виде реактивного типа ММД с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и такими показателями, как импульсивность ( $R=0,89$ ), негативизм ( $R=0,63$ ), тревожность ( $R=0,62$ ), агрессивность ( $R=0,59$ ), гиперактивность ( $R=0,57$ ), асоциальные тенденции ( $R=0,50$ ), нарушения общения ( $R=0,44$ ) и враждебность ( $R=0,44$ ) отмечается высокая прямая корреляция. Следовательно, наиболее характерными личностными особенностями для детей с реактивным типом ММД и СДВиГ являются: импульсивность, негативизм, тревожность, агрессивность, гиперактивность, а также асоциальные тенденции, нарушения общения и враждебность. В то же время, высокая обратная корреляция отмечается между перинатальным поражением ЦНС в виде реактивного типа ММД с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и такими показателями, как стремление получать информацию из окружения ( $R=0,94$ ), общительность ( $R=0,90$ ), высокая активность ( $R=0,81$ ), экстравертированность ( $R=0,73$ ), склонность к широким, но формальным контактам ( $R=0,58$ ), развитое воображение ( $R=0,58$ ).

#### **Выводы.**

1. Наибольший вклад в формирование последствий перинатального поражения центральной нервной системы в виде малой мозговой дисфункции вносят биологические факторы (особенности течения беременности, родов, постнатального периода).

2. Воздействие неблагоприятных факторов на ребенка во время беременности и родов способствует формированию реактивного типа ММД с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

3. Эмоциональное состояние респондентов с последствиями перинатального поражения ЦНС в виде реактивного типа ММД и СДВиГ было весьма плохим или плохим.

4. Социальные факторы, воздействующие на ребенка в постнатальный период, оказывают влияние на формирование личности и поведение ребенка.

5. Наиболее характерными личностными особенностями для детей с последствиями перинатального поражения ЦНС в виде реактивного типа ММД из социально неблагополучных семей являются: импульсивность, негативизм, тревожность, гиперактивность, асоциальные тенденции, нарушения общения и враждебность.

6. При разработке психокоррекционных мероприятий у ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности необходимо проводить коррекцию поведения для исключения формирования асоциальности в подростковом возрасте.

## **FACTORS INFLUENCING THE FORMATION ATTENTION DEFICIT DISORDER AND HYPERACTIVITY IN CHILDREN**

***T.V. KOSENKOVA, M.S. GOMBALEVSKAYA, E.A. FEDOROVA***

### ***Summary***

The largest contribution to the formation of the consequences of perinatal lesions of the central nervous system is made especially during pregnancy, childbirth and the postnatal period. In the most affected respondents' emotional state, and the social factors that influence the formation of personality and behavior of the child. The most distinctive personality traits of these children are: impulsiveness, negativism, anxiety, hyperactivity, antisocial tendencies, communication disorders and hostility. In developing the measures necessary psychocorrectional correction of behavior to prevent the formation of asociality in adolescence.

© Косенкова Т.В., Гомбалеvская М.С., Федорова Е.А.

*Поступила в редакцию 8 сентября 2011г.*