

## **КОРРЕКЦИОННАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

УДК 616.89: 159.9

### **СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ: ЭТИОЛОГИЯ, ВИДЫ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ**

**И.А. Барияк<sup>1</sup>, Н.Л. Барияк<sup>2</sup>, Е.А. Карасева<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет», Тверь

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

DOI: 10.26456/vtpsyed/2020.3.088

Представлены результаты теоретического исследования по проблеме синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Рассматривается история изучения синдрома дефицита внимания и гиперактивности, теории этиологии синдрома, факторы и причины формирования, его классификация, методы психологической работы с расстройством.

**Ключевые слова:** СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности), ММД (минимальные мозговые дисфункции), этиология, психоневрологическое расстройство.

На протяжении уже нескольких десятилетий не перестает быть актуальной проблема изучения синдрома дефицита внимания и гиперактивности (далее СДВГ).

СДВГ представляет собой психоневрологическое расстройство. Это расстройство привлекает специалистов из многих сфер профессиональной деятельности: неврологов, педиатров, психологов, педагогов и т.д. С каждым годом растет процент детей, имеющих трудности в поведении, обучении, которые не обуславливаются педагогической запущенностью или отсутствием заботы о ребенке. Как показывают многочисленные зарубежные и отечественные исследования, от 50 до 80 % случаев с СДВГ приходится на наследуемость данного синдрома. Но наличие других факторов также может увеличить риск развития СДВГ. Исследования, которые проводились Н.Н. Заваденко [3], показали, что раннее повреждение центральной нервной системы (далее ЦНС) в пренатальный, перинатальный и неонатальные периоды обнаруживает развитие СДВГ в 84 %. Также было установлено, что особенности внутрисемейных отношений влияют на развитие синдрома в 63 % случаев. Но этими факторами не ограничивается риск развития синдрома.

Исследователи, занимающиеся изучением СДВГ, опираются на определённые подходы и теории, факторы, причины, повышая значимость одних и нивелируя другие. Тем самым теряется понимание

глубины проблемы данного вида психоневрологического расстройства.

Проводимое нами исследование по теоретическому анализу медико-психологической литературы направлено на систематизацию и обобщение результатов изучения СДВГ отечественными и зарубежными учеными для понимания этиологии СДВГ, факторов, обуславливающих его формирование, и использование комплексного подхода при работе с СДВГ.

#### *История изучения СДВГ*

Одним из первых описаний синдрома дефицита внимания и гиперактивности приходится на конец XIX в. Немецкий психиатр Генрих Хоффман в своём стихотворении «Непоседа Фил» описал мальчика, имевшего нарушения эмоций и поведения, которые сейчас рассматриваются как симптомы проявления изучаемого нами синдрома [2, 5].

В начале XX в. врачи стали чаще обращать внимание на поведенческие проблемы 6–7-летних детей, у которых отмечались эмоциональные и волевые нарушения, существенным образом сказывающиеся на деятельности, в том числе и на обучении.

В середине XX в. многие расстройства поведения, а также различные клинические проявления, вызываемые легкими ризидуальными мозговыми повреждениями, стали обозначаться термином «минимальные дисфункции мозга» (МДМ в зарубежной трактовке), или «минимальные мозговые дисфункции» (ММД – в отечественной). К характерным признакам ММД (МДМ) принято было относить: лёгкие диффузные неврологические симптомы (головокружения, повышенную утомляемость, раздражительность и т.д.), гиперактивность, умеренно выраженные сенсомоторные и речевые нарушения, эмоциональную лабильность, нарушения поведения, специфические трудности в обучении и т.д. [6].

Зарубежные специалисты считали этот термин не совсем удачным, так как он не обладает информативностью. В частности, при исследовании детей с энцефалитом был обнаружен синдром гиперактивности в результате поражения мозга. Этот симптом прекрасно укладывался в картину «минимальных дисфункций мозга». Однако позже было установлено, что синдром гиперактивности может и не быть признаком поражения мозга [2, 6].

И лишь в последней четверти XX в. выявленные в медицине синдромы, характерные для МДМ (ММД), были объединены термином «синдром дефицита внимания» с последующим уточнением – «синдром дефицита внимания и гиперактивности». Наиболее широкое распространение термин СДВГ получил в Северной Америке, а потом постепенно распространился по всему миру.

Данный синдром включен в классификацию болезней DSM-IV, а в МКБ-10 он представлен как гиперкинетическое расстройство. До включения синдрома в классификацию DSM ученые использовали концепцию «Дефицит внимания, моторного контроля и перцепции (ДВМП)». Были разработаны критерии и диагностические алгоритмы,

включающие симптоматику и синдромы при постановке МДМ. Если рассматривать МКБ-10, то при постановке диагноза следует учитывать наличие всех типов: и гиперактивность, и невнимательность, и импульсивность.

Таким образом, СДВГ, включающий в себя достаточно приличный симптомокомплекс, относится к пограничным медицинским, психологическим расстройствам.

#### Этиология СДВГ

В настоящее время СДВГ является полиэтиологическим психоневрологическим расстройством. Выделяют следующие теории этиологии СДВГ (рис. 1).



Рис. 1. Теории этиологии СДВГ

Развитие синдрома может быть обусловлено поражением генов, нарушением обменных процессов в организме, нарушением деятельности нервных клеток. При рассмотрении данных теорий следует отметить роль нейроприроды СДВГ, а также его патогенез. Экзогенные и эндогенные факторы могут оказывать влияние как комплексно, так и обособленно друг от друга.

На развитие синдрома могут оказывать влияние следующие факторы:

*Перинатальный фактор.* Его воздействие очень значимо для формирования нервной системы ребенка. Нервная система в своем развитии проходит несколько этапов, и каждый этап имеет важное значение для морфофункциональной зрелости нервной системы. Любое внешнее воздействие (неблагоприятное) вызывает риск возникновения нарушений. Так, например, осложнения в родах могут привести к таким последствиям, как гипоксия плода, в результате чего страдает кора

головного мозга. При гипоксии нарушаются многие функции головного мозга: нейроны становятся не способны выполнять свои функции полноценно, и, соответственно, чтобы компенсировать погибшие клетки, соседние берут на себя эти функции. Но на это требуется время и соответствующие внешние воздействия. В первые два месяца происходит процесс миелинизации нервных волокон, который впоследствии должен защитить отростки нейронов и способствовать высокой передаче нервных импульсов. В этот период перенесенные заболевания, различные нарушения и сбои в работе организма нарушают процесс миелинизации и нейроны не получают защитную оболочку, что может привести к различного рода нарушениям ЦНС.

*Алиментарный фактор.* Проведенные исследования в изучении СДВГ указывают на то, что на симптоматические нарушения могут оказывать влияние особенности питания. В частности, установлено, что несбалансированное питание, частое употребление пищи с консервантами, недостаточное употребление продуктов, содержащих белковые компоненты, приводят к эндокринологическим нарушениям. Дефицитное состояние прежде всего обуславливается недостатком микроэлементов во внешней среде и нарушенным питанием. Вследствие этого происходит нарушение метаболизма питательных веществ, страдает организм, в том числе и нервная система.

*Экологический фактор.* Ухудшение экологической обстановки ведет к различным поражениям в организме. Наиболее чувствительными к экологическим изменениям являются дети. Воздействие на их организм происходит ещё в утробе матери. Окружающая среда «насыщается» различными продуктами переработки (СО, СО<sub>2</sub> и т.д.), тяжёлыми металлами и их солями. Например, при наличии авитаминоза и дефицита микроэлементов (магний, железо и т.д.) воздействие тяжелых металлов в организме усиливается. При дефиците магния в организме может накапливаться свинец в избытке, который является сильным нейротоксином, при этом оказывает серьезное воздействие на когнитивные процессы, влияет на обучение и поведение. Сам по себе фактор не может вызвать СДВГ, но осложняет течение данного расстройства.

*Социальный / социально-психологический фактор.* Социальные отношения, общение в кругу сверстников, взаимодействия со взрослыми, внутрисемейные отношения «родитель – ребенок» оказывают влияние на психоэмоциональное состояние ребенка. Характер отношений чаще всего является конфликтным, тем самым провоцируя развитие поведенческих нарушений, таких как агрессия, импульсивность, раздражительность, склонность к асоциальным действиям. Семья, являющаяся неблагополучной, конфликтные отношения между родителями, наличие лиц с девиантным и делинквентным поведением выступают факторами риска развития расстройства.

*Классификации СДВГ*

У специалистов, работающих с детьми, очень часто возникают сомнения в постановке диагноза СДВГ. Обусловлено это тем, что огромное количество нейропсихологических синдромов могут включать в себя проявления СДВГ.

Представленная классификация СДВГ объединяет взгляды отечественных и зарубежных ученых. Выделяют 3 вида СДВГ (табл. 1) [2, 6].

Таблица 1

Классификация СДВГ

Разновидность СДВГ		Симптоматика
Синдром дефицита внимания без гиперактивности	СДВГ тип с преобладанием невнимательности	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Неспособность сосредотачиваться на деталях.</li> <li>- Ребенок якобы не слышит просьбы взрослых при прямом обращении.</li> <li>- Трудности при организации деятельности.</li> <li>- Отсутствие желания выполнять задания, работу.</li> <li>- Проблема с устойчивостью внимания при выполнении заданий.</li> <li>- Высокая отвлекаемость на внешние раздражители.</li> <li>- Отмечается забывчивость</li> </ul>
Синдром гиперактивности без дефицита внимания	СДВГ, преимущественно гиперактивно-импульсивный тип	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Выкрикивает, не дослушав вопрос, перебивает, вмешивается в разговор.</li> <li>- Суетлив, не может дождаться своей очереди отвечать, делать действие и т.д.</li> <li>- Находится в постоянном движении.</li> <li>- Высокая разговорчивость.</li> <li>- Беспорядочная ходьба, бег.</li> <li>- Не заинтересован в спокойных играх.</li> </ul>
Комбинированный вариант	СДВГ, Сочетанный тип	Отмечается симптоматика из первой и второй групп

Представленные виды СДВГ не ограничиваются тремя группами. Зарубежные специалисты выделяют еще одну, получившую название «Остальные формы СДВГ без другой классификации». Эта группа расстройств, в которой ярко представлены симптомы гиперактивности, импульсивности, невнимательности, не отвечающие критериям СДВГ. Это могут быть симптомы невнимательности у лиц старше 7 лет при начале расстройства, соответствующие критериям СДВГ. Для этой нозологической группы частичные нарушения внимания также могут сопровождаться следующими поведенческими характеристиками: гипоактивностью, медлительностью, рассеянностью, задумчивостью и т.д.

В неврологической литературе отмечается еще 2 классификации: *по форме проявления СДВГ* (простая, осложненная (церебрastenический, неврозоподобный, сочетанный варианты); *по происхождению СДВГ* (генетического, органического, смешанного, криптогенного генеза).

Ученые выделяют еще и сопутствующие расстройства при СДВГ:

1. Расстройства в поведении, которое в свою очередь делятся на

оппозиционные и асоциальные. При данном виде расстройств ребенку свойственны реакции оппозиции, агрессивное поведение.

2. Расстройства речи, расстройства школьных навыков, ЗПР, расстройства сна, заниженная самооценка, энурезы (ночные) [4].

Ж. Айкарди, обобщая опыт изучения заболеваний нервной системы у детей, выделяет 5 групп сопутствующих расстройств при СДВГ: а) наиболее распространенными являются нарушение развития координации и расстройства обучения; б) расстройство поведения, оппозиционно-вызывающее расстройство; в) расстройства аутистического спектра; г) тики; д) депрессивные и биполярные расстройства [2].

#### *Методы психологической работы с СДВГ*

Для понимания выбора форм и методов коррекции, разработки механизма воздействия на синдром необходимо понимать, представлен ли синдром в относительно «чистом» виде или имеет сопутствующие нарушения. Так, дети с СДВГ могут страдать нарушениями в выработке моторных навыков, могут отмечаться языковые и речевые нарушения, нарушения восприятия.

Опираясь на результаты теоретического анализа, рассмотрев патогенез изучаемого синдрома, специалисты должны использовать комплексный подход оказания психологической помощи.

В работах Ю.С. Шевченко предлагается использовать 5-уровневую систему лечебно-коррекционной работы [1, 7]. I уровень – метаболический (представляет собой медикаментозное лечение). II уровень – нейропсихологический (представляет собой нейропсихологические мероприятия, включая комплексную психомоторную коррекцию). III уровень – синдромальный (использование развивающих игр, изолированно воздействующих на элементы синдрома). IV уровень – поведенческий (применение бихевиоральной терапии в сочетании с другими видами). V уровень – личностный (использование групповой и индивидуальной терапии).

По нашему мнению, работа должна быть представлена системой по психологическому сопровождению лиц, имеющих данный синдром. Именно система будет отвечать требованиям комплексного подхода, на который указывают врачи и психологи. Система, которая включает три этапа, уже показала свою эффективность. Такая последовательность позволяет повысить эффективность лечения детей с СДВГ:

1. Диагностический. На этом этапе проводится комплексная оценка неврологического, психического статуса ребенка.

2. Разработка программы лечения расстройства. Лечение включает в себя медикаментозные методы, а также методы психотерапии (в том числе семейной), психокоррекции поведения, нейропсихологии.

3. Проведение медико-психолого-педагогических консилиумов для выработки рекомендаций по сопровождению ребенка в период лечения.

Таким образом, синдром дефицита внимания и гиперактивности представляет собой сложное психоневрологическое расстройство,

требующее разработки модели по психологическому сопровождению детей и их семей, которая будет включать в себя последовательность этапов, план мероприятий, механизм работы с детьми, родителями, учителями, а также описание круга специалистов, привлекаемых для работы с данным видом расстройства.

### **Список литературы**

1. Абшилова Э.Ф. Комплексная многоуровневая коррекционная помощь детям младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности // Пед. образование в России. 2017. № 7. С.96–102.
2. Заболевания нервной системы у детей: в 2 т. Т. 2. / под ред. Ж. Айкарди и др.. М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013.
3. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: Академия, 2005. 256 с.
4. Набойченко Е.С., Абшилова Э.Ф. Этиология, патогенез и клинические проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности в различные периоды онтогенеза // Пед. образование в России. 2016. № 1. С. 183–187.
5. Пак Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью [Электронный ресурс]. URL: <https://doctor.ru/view/59149/> (дата обращения: 12.7.2020).
6. Руководство по детской неврологии. 3-е изд. / под ред. В.И. Гузевой. М.: Издательство «Медицинское информативное агентство», 2009. 640 с.
7. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. СПб.: Речь, 2007. 158 с.

#### *Об авторах:*

БАРИЛЯК Ирина Анатольевна – кандидат психологических наук, доцент, и. о. декана факультета психологии, доцент кафедры «Психология» ФБГОУ ВО «Тверской государственный университет» (170100, г. Тверь, Желябова, 33), e-mail: [Barilyak.IA@tversu.ru](mailto:Barilyak.IA@tversu.ru)

БАРИЛЯК Николай Любомирович – клинический ординатор кафедры неврологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, (197022, г. Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 6-8)

КАРАСЕВА Елена Анатольевна – кандидат психологических наук, главный внештатный медицинский психолог Минздрава Тверской области (170026, Тверь, ул. А. Ульянова, 9/1а), старший преподаватель ФБГОУ ВО «Тверской государственный университет» (170100, г. Тверь, Желябова, 33), e-mail: [Karaseva.EA@tversu.ru](mailto:Karaseva.EA@tversu.ru), [kea12@mail.ru](mailto:kea12@mail.ru)

## **ATTENTION DEFICIENCY SYNDROME AND HYPERACTIVITY: ETIOLOGY, TYPES, PSYCHOLOGICAL WORK**

**I.A. Barylyak<sup>1</sup>, N.L. Barylyak<sup>2</sup>, E.A. Karaseva<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Tver State University, Tver

<sup>2</sup>First St. Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlova, St-Petersburg

The article presents the results of a theoretical study of the problem of attention deficit hyperactivity disorder. The anamnesis of attention deficit hyperactivity disorder, the theory of the etiology of the syndrome, its classification, psychological work with the disorder were studied.

**Keywords:** *attention deficit hyperactivity disorder, MMD (minimal cerebral dysfunction), etiology, neuropsychiatric disorder.*