

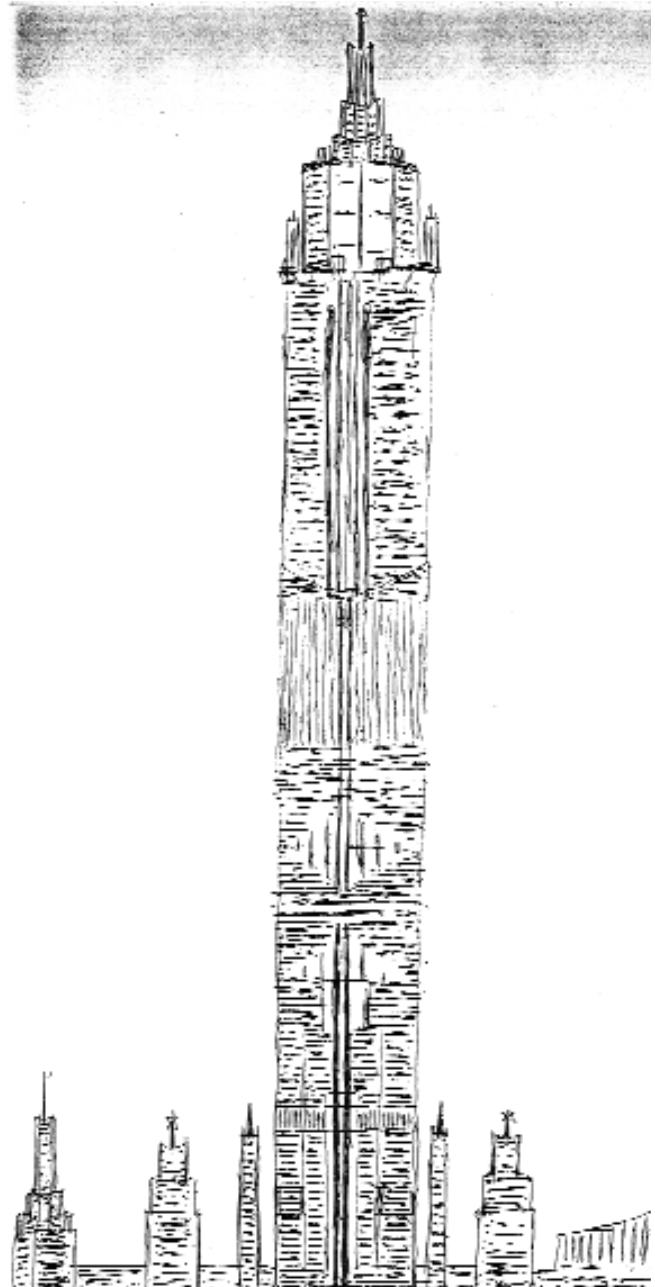
Вариативность синдрома гиперактивности

ПУЧИНИНА О.В.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является одной из наиболее частых причин обращения за психологической помощью в детском возрасте. В связи с широкой распространенностью он стал предметом изучения и медиков, и психологов, и педагогов. Описанию расторможенных, импульсивных, неугомонных, невнимательных, непослушных детей, испытывающих значительные трудности в адаптации и обучении, посвящены работы как отечественных, так и зарубежных неврологов, психологов и психиатров: Н.Н. Заваденко, Ю.С. Шевченко, В.Р. Кучмы, И.П. Брызгунова, Е.А. Осиповой, Н.В. Панкратовой, Т.В. Ахутиной, Н.М. Пылаевой, Е.К. Лютовой, Г.Б. Мониной, R.Barkley, S.Clements, Э.Тржесоглавы и др. Несмотря на значительное количество работ в этой области, исследователи до сих пор не пришли к единому мнению относительно этиологии синдрома, его распространенности, а также диагностических критериев данного заболевания. Аналогичным образом на данный момент нет единого мнения относительно сочетаемости синдрома с запаздыванием процессов созревания высших психических функций, которые приводят к специфическим трудностям обучения, в первую очередь, в виде трудностей программирования и контроля деятельности. При СДВГ высокий уровень интеллекта может сочетаться с низкой психоэмоциональной устойчивостью, частыми колебаниями настроения, упрямством, вспыльчивостью, агрессивностью, длительно сохраняющейся инфантильностью, незрелым поведением, проблемами в общении, неуверенностью в себе, неустойчивой самооценкой. Однако до сих пор остается невыясненным вопрос, почему у одних детей с СДВГ больше выражены эмоционально-мотивационные нарушения, у других – когнитивные. Существуют также

разногласия относительно возможностей компенсации, устойчивости проявления симптомов и сочетания СДВГ с другими клиническими расстройствами.

Наиболее типичными проявлениями СДВГ считаются расстройства внимания (отвлекаемость, трудность сосредоточения,



неспособность удерживать внимание на том, что необходимо усвоить в течение определенного отрезка времени), гиперактивность (чрезмерная активность или двигательная расторможенность в сочетании со слабым контролем побуждений), импульсивность поведения (необдуманные действия, недостаточная организованность, непоседливость, суетливость). Расстройство, как правило, возникает рано и проявляется в течение первых 7 лет (Халецкая, Трошин, 1998; Заваденко, 2003 и др.).

Изучение литературы свидетельствует о том, что в большинстве случаев у детей с СДВГ наблюдаются расстройства функционирования центральной нервной системы (ЦНС). Нередко синдром гиперактивности включает в себя церебрастенические, неврозоподобные, интеллектуально-мнестические нарушения, иногда - психопатоподобные проявления. В работах разных исследователей СДВГ часто ассоциирован с диагнозами минимальные мозговые дисфункции и резидуальная энцефалопатия (Сиротюк, 2002; Заваденко, 2001; Шевченко, 1997; Халецкая, Трошин, 1998 и др.).

Судя по литературе, несмотря на мягкость неврологической симптоматики, довольно большой процент этих детей испытывает трудности усвоения школьных знаний и навыков. Неблагополучное созревание мозга и нервной системы становится препятствием для своевременного и полноценного формирования психической деятельности. А психические и физические возможности этих детей оказываются недостаточными, чтобы соответствовать требованиям, которые предъявляет к ним социальная среда, – семья, детский сад, школа (Корсакова, Микадзе, Балашова, 1997; Пылаева, Ахутина, 1997; Осипова, Панкратова, 1997 и др.).

Длительное пребывание гиперактивного ребенка в режиме психического перенапряжения при систематическом обучении приводит к таким вторичным симптомам как повышение частоты соматических заболеваний, нарушение эмоционально-волевой регуляции, снижение познавательных интересов, падение мотивации.

Многообразии симптоматики и сопутствующих клинических проявлений у детей с СДВГ ведет к необходимости разграничить различные варианты этого синдрома. Чаще всего эта задача решается лишь путем разграничений по степени интенсивности пове-

денческих проявлений с учетом требований различных медицинских классификаторов (DSM, МКБ).

Что касается вариативности синдрома с учетом нейропсихологического статуса, то этот вопрос остается наименее изученным. Между тем результаты различных исследований однозначно указывают на существенную неоднородность группы детей с СДВГ как на клиническом, так и на нейропсихологическом уровне (4, 12, 53 и др.). Современное состояние проблемы требует не только разграничения синдрома с другими состояниями и расстройствами, но и изучение вариативности СДВГ, и выявления различных подтипов с учетом специфики нейропсихологического онтогенеза данной патологии развития.

История изучения синдрома гиперактивности составляет около 150 лет. Первое описание в медицинской литературе ребенка с двигательной расторможенностью и дефицитом внимания дано в 1845 г. немецким психоневрологом Генри Хоффманом. С тех пор многие ученые занимались проблемой невротических отклонений поведения и трудностей обучения, однако проблема терминологии (и как следствие – дифференциальной диагностики) сохраняется до настоящего времени.

Развернутые клинические описания мозговых дисфункций, при которых наблюдалась задержка в темпах развития функциональных систем мозга, страдание и возрастная незрелость высших психических функций (ВПФ), а также значительные трудности в школьном обучении и социальной адаптации появились в 30-40-е гг. XX века. В этот период было сформулировано понятие «минимальное мозговое повреждение», под которым понималось непрогрессирующее резидуальное состояние, сложившееся вследствие ранних локальных поражений ЦНС при патологии беременности и родов, черепно-мозговых травмах, нейроинфекциях. Считалось, что особенностью клинической картины являются отставание в развитии отдельных ВПФ (но не интеллекта в целом), различные поведенческие и эмоциональные нарушения, неустойчивость внимания, расстройства восприятия и трудности обучения. При этом подчеркивалась необходимость учитывать локализацию мозгового поражения, а также стадию развития мозга ребенка в мо-

мент его повреждения (см. 13, с. 8, 9).

В 1959 г. впервые в литературе для описания поражений головного мозга, сопровождающихся нарушениями поведения и обучения, Э.Деноффом был предложен термин «минимальная мозговая дисфункция» (ММД).

В последующие годы педиатры попытались дать четкое клиническое обоснование так называемым гиперподвижным детям. В результате в медицине, а затем и в психологии на длительное время возникла терминологическая дискуссия, которая нашла отражение в понятиях «легкое повреждение мозга», «легкая дисфункция мозга», «гиперкинетический хронический мозговой синдром», «церебрастенический синдром», «астеноневротический синдром», «легкая детская энцефалопатия», «гиперактивность», «гиперкинетические импульсивные нарушения», «минимальная дисфункция мозга» и др.

В 1962 г. Оксфордская группа по международным исследованиям в детской неврологии на симпозиуме по проблемам мозговых дисфункций официально признала термин «легкая дисфункция мозга» (ЛДМ) для обозначения совокупности проблем поведения и обучения в сочетании с легкой неврологической симптоматикой и нормальным интеллектуальным развитием. Этот диагноз включал в себя до 100 клинических проявлений, в перечень которых наряду с гиперактивностью и недостаточной концентрацией внимания вошли дисграфия, дизартрия, дискалькулия, инфантильное поведение, неуклюжесть, агрессивность и прочие. В результате термин оказался весьма размытым: опросы показали, что разные педиатры под «легкой дисфункцией мозга» понимали все, что угодно, - от нарушений координации до начальной стадии олигофрении.

В 1966 г. S.D. Clements дал следующее определение этого заболевания у детей: «заболевание со средним или близким к среднему интеллектуальным уровнем, с нарушением поведения от легкой до выраженной степени в сочетании с минимальными отклонениями в центральной нервной системе, которые могут характеризоваться различными сочетаниями нарушений речи, памяти, контроля внимания, двигательных функций» (цит. по 5, с. 11).

В 1968 г. во второй редакции американской классификации психиатрических болезней (DSM-II) для обозначения расстройств,

связанных с мозговыми дисфункциями, был предложен термин «гиперкинетическая реакция детства».

В России изучение вопроса началось значительно позднее. На симпозиуме, посвященном роли психогенного фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней, в 1972 г. педиатр Ю.Ф. Домбровская выделила группу «трудновоспитуемых» детей, которые доставляют больше всего проблем родителям и педагогам. В 1978 г. Л.О. Бадалян, Л.Т. Журкова, Е.М. Мастюкова (Москва) ввели термин ММД для обозначения разных по этиологии и патогенезу клинических состояний, сопровождающихся нарушениями поведения и обучения, в сочетании с легкой неврологической симптоматикой и нормальным интеллектуальным уровнем. В 1985 г. Ю.А. Ратнер (Казань) подчеркнул «негрубость» неврологических нарушений и предложил выделить отдельные синдромы.

Первое лонгитюдное исследование детей с гиперактивностью и трудностями обучения было проведено в 70-80-е гг. группой чехословацких врачей, педагогов и психологов под руководством Зденки Тржеголавы. Наблюдение в течение 12 лет за 324-мя детьми с «легкой дисфункцией мозга» (ЛДМ) дошкольного и подросткового возраста (от 3 до 19 лет) позволили исследователям проанализировать факторы риска заболевания в раннем детстве, определить неврологические и поведенческие нарушения у этой группы.

По результатам исследований впервые было установлено, что с развитием ребенка симптомы постепенно меняются: в раннем детстве на первый план выступает незрелость психических функций, а с возрастом увеличивается доля нарушений познавательной деятельности и общения. Психоневрологические отклонения отмечались главным образом в виде повышенной тревожности, невротических привычек, которые усиливались вплоть до юношеского возраста. Был также сделан вывод о том, что гиперактивным (расторможенным) детям необходимо уделять особое внимание с самого начала обучения, используя специальные психолого-педагогические методы коррекции. Изучение этих детей в динамике показало, что их способности с возрастом развиваются и при надлежащей коррекции могут быть ском-

пенсированы, однако далеко не всегда достигают нормального уровня и полностью ребенком не используются. Повышенная утомляемость, беспокойство с возрастом уменьшались, однако головные боли и невротические проявления (тики, расстройства сна, навязчивые движения) сохранялись на прежнем уровне, а в отдельных случаях даже усиливались (49).

Исследования детей с гиперактивностью и дефицитом внимания, в том числе лонгитюдные, были проведены в 90-х годах российскими специалистами, в частности, в Нижнем Новгороде (53), в Шатуре, Москве, Владимире, Коврове, Кольчугине (5).

Изучение данного заболевания привело к тому, что специалисты наконец остановились на названии «синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)». Под этим названием данное отклонение было включено в американскую классификацию заболеваний (DSM-Ш-R, 1980 г.) и разграничено на два варианта: синдром дефицита внимания с гиперактивностью и синдром дефицита внимания без гиперактивности. В дальнейшем диагностические критерии синдрома были уточнены, и согласно принципам нового варианта руководства (DSM-IV, 1994 г.) принято выделять три основные формы синдрома:

- синдром дефицита внимания с гиперактивностью с преимущественными нарушениями внимания (СДВГ/В);
- сочетанная форма синдрома (СДВГ/ВГ);
- синдром дефицита внимания с гиперактивностью с преобладанием гиперактивности и импульсивности (СДВГ/Г).

В соответствии с критериями DSM-IV, в случае полного соответствия наблюдаемой клинической картины одновременно двум разделам критериев (см. таб. 1) ставится диагноз сочетанной формы СДВГ. Если отмечается полное соответствие симптомов критериям раздела 1 при частичном соответствии критериям раздела 2, то диагностируется СДВГ с преимущественными нарушениями внимания. Если же наблюдается полное соответствие симптомов критериям раздела 2 при частичном соответствии критериям раздела 1, диагноз формулируется как СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности. В связи с тем, что симптомы СДВГ могут видоизменяться с возрастом и сохраняться на протяжении многих лет или всей

жизни, в дополнение к основным формам синдрома в DSM-IV выделяется резидуальный (т.е. неполный) тип.

Таблица 1. Диагностические критерии СДВГ по классификации DSM-IV (1994)

А. Для постановки диагноза необходимо наличие следующих симптомов, приведенных в разделах I и II:

I. Шести или более из перечисленных симптомов невнимательности, которые сохраняются у ребенка на протяжении как минимум 6 месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам.

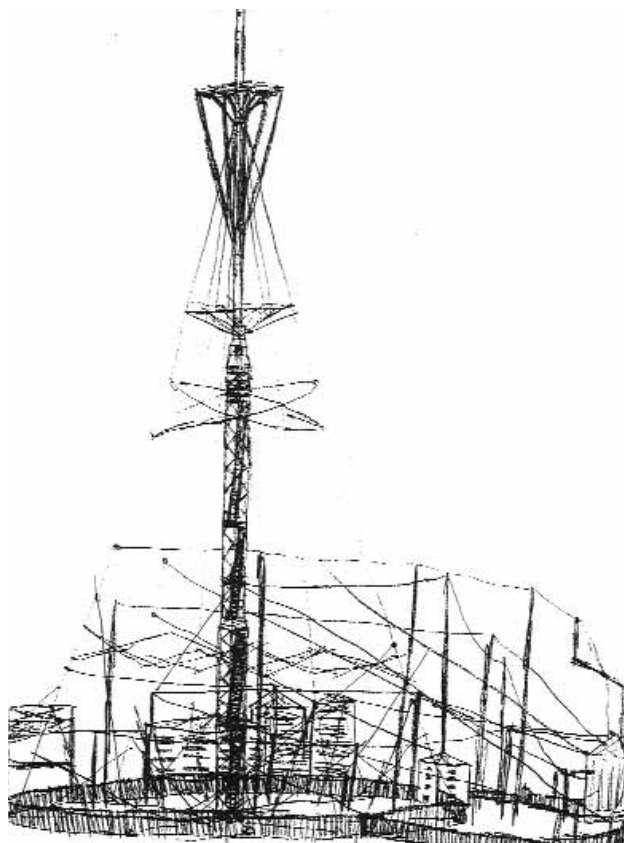
НЕВНИМАТЕЛЬНОСТЬ

1. Ребенок часто не способен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности.

2. Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр.

3. Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.

4. Часто оказывается не в состоянии



придерживаться предлагаемых инструкций и справиться до конца с выполнением уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте (что никак не связано с негативным или протестным поведением, неспособностью понять задание).

5. Часто испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности.

6. Обычно избегает вовлечения в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения (например, школьных заданий, домашней работы).

7. Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки, школьные принадлежности, карандаши, книги, рабочие инструменты).

8. Легко отвлекается на посторонние стимулы.

9. Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.

II. Шести или более из перечисленных симптомов гиперактивности и импульсивности, которые сохраняются на протяжении по меньшей мере 6 месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам

ГИПЕРАКТИВНОСТЬ

1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится.

2. Часто встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.

3. Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегает, крутится, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо.

4. Обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.

5. Часто находится в постоянном движении и ведет себя так, «как будто к нему «прикрепили мотор».

6. Часто бывает болтливым.

ИМПУЛЬСИВНОСТЬ

1. Часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца.

2. Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.

3. Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).

В. Некоторые симптомы импульсивно-

сти, гиперактивности и невнимательности начинают вызывать беспокойство окружающих в возрасте ребенка до 7 лет.

С. Проблемы, обусловленные вышеперечисленными симптомами, возникают в двух и более видах окружающей обстановки (например, в школе и дома).

Д. Имеются убедительные сведения о клинически значимых нарушениях в социальных контактах или школьном обучении.

В том же 1994 году в связи с пересмотром международной классификации болезней МКБ-10 Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) также были разработаны диагностические критерии для ряда состояний, ранее рассматривавшихся в рамках понятия «минимальные мозговые дисфункции». Синдром гиперактивности с дефицитом внимания представлен рубрикой F90 в разделе F9 «Поведенческие и эмоциональные расстройства детского и подросткового возраста». Расстройства развития речи, развития школьных навыков и развития двигательных функций были выделены в раздел F8 «Нарушения психологического развития» (см. таблицу 2).

Таблица 2. Перечень состояний, обусловленных минимальными мозговыми дисфункциями (по классификации МКБ-10 ВОЗ)

Раздел F8 НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	
F80	Расстройства развития речи
F81	Расстройства развития школьных навыков: дисграфия, дислексия, дискалькулия
F82	Расстройства развития двигательных функций: диспраксия
Раздел F9 ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	
F90	Синдром дефицита внимания с гиперактивностью
F91	Нарушения поведения

Таким образом, в результате изучения минимальных мозговых дисфункций появилась тенденция к их разграничению на отдельные формы. Само же понятие минимальной мозговой дисфункции осталось предметом горячих дискуссий.

Часть специалистов полагают, что ис-

пользование данного термина приводит к «большой неврологической путанице» и в конечном итоге - к полному отказу многих врачей и психологов от концепции ММД. Данная группа, в частности, О.Сприн, Д.Таппер, А.Райссер, Х.Туокко, Д.Иджелл предлагает упразднить данный термин «как иллюзорный» (48).

По мнению других авторов, термин ММД имеет полное право на существование. Так Н.Н. Заваденко отмечает, что употребление данного понятия вполне оправдано и целесообразно в случаях трудностей школьного обучения и нарушения поведения у детей при выявлении в анамнезе факторов, которые могли вызвать негрубые органические изменения со стороны ЦНС и повлечь за собой нарушения в формировании высших психических функций (13). По мнению Заваденко, СДВГ следует расценивать как один из вариантов ММД.

Ряд исследователей также полагают, что употребление терминов ММД или ЛДМ вполне уместно, и считают синдром гиперактивности либо одним из проявлений мозговых дисфункций (21), либо синонимом ММД (53).

Таким образом, вопрос о целесообразности использования данного термина остается открытым.

Данные о распространенности СДВГ и особенностях возрастной динамики в разных странах отличаются широкой вариабельностью: от 1-3% в Великобритании и 1-13% в Китае до 3-18% в Германии и 4-20% в США (5, 9, 13, 46, 64 и др). В России до сих пор отсутствуют точные эпидемиологические данные о частоте встречаемости СДВГ. Сведения, приводимые разными исследователями, также находятся в достаточно широком диапазоне: так, по данным О.В. Халецкой и В.М.Трошина, распространенность синдрома доходит до 21% (53). На круглом столе «Гиперкинетический синдром как заболевание и как психолого-медико-социальная проблема», проведенном в Москве в апреле 2004 г., проф. Ю.С. Шевченко привел данные своих исследований, согласно которым диапазон колебаний находится в пределах 24%-40% (59); Г.В. Козловская на том же круглом столе привела другие цифры – 50-60% (22).

Н.Н. Заваденко приводит следующие сведения о частоте встречаемости СДВГ:

- среди детей дошкольного и школьного возраста доля СДВГ составляет в среднем от

4,0 до 9,5%;

- соотношение мальчиков и девочек с СДВГ составляет в среднем 5:1 (14).

В целом по России, если сопоставлять данные различных авторов, распространенность синдрома колеблется от 2% до 47% (5, 13, 21, 53 и др.). Столь значительный разброс подтверждает актуальность изучения этого расстройства.

По мнению Г.В. Козловской (22), широкий диапазон распространенности синдрома не означает, что у всех детей с СДВГ данный синдром действительно существует как заболевание. В соответствии с требованиями медицинских классификаторов, диагноз СДВГ может быть поставлен в том случае, если симптомы, указывающие на данный синдром, наблюдаются более полугода. По данным Г.В. Козловской, из 60%-й выборки детей с диагнозом СДВГ только у 20% синдром существует в качестве постоянного расстройства. У остальных 40% наблюдаются «разовые всплески» симптоматики, проявляющиеся в основном в критические возрастные периоды и длящиеся в среднем 20-30 дней. Эта группа детей (40%) является в большей степени группой риска – с «предвестниками» синдрома.

Исследователи объясняют колебания данных о распространенности СДВГ отсутствием единых методологических подходов к формулировке диагноза. В частности, используются разные медицинские классификаторы (считается, что критерии МКБ являются более жесткими и позволяют давать более реальную оценку, чем критерии DSM), а также различные психологические опросники и анкеты (5, 31, 32).

Н.Н. Заваденко выделяет два основных методических подхода:

а) сведения об особенностях поведения ребенка собираются путем анкетирования членов семьи, а также педагогов (воспитателей) с обязательной оценкой степени выраженности симптомов в баллах («факторная» или «шкальная» оценка). Интерпретация полученных данных проводится с учетом возрастной нормы. Известно, что выраженность тех или иных особенностей поведения у детей с СДВГ достаточно сильно варьирует в зависимости от ситуации, времени, вида деятельности, отношения взрослых. В этой связи достоинство данного метода заключается в том, что путем опроса как родителей, так и педагогов, удается получить достаточ-

но достоверную картину поведения ребенка. Недостаток метода заключается в невозможности провести дифференциальную диагностику, так как он не предназначен для решения данной задачи.

б) непосредственное развернутое обследование детей из группы риска (выявленной с помощью предварительного анкетирования родителей и педагогов) с использованием психологических и клинических методов. Такая диагностика может включать в себя дополнительные обследования (ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, РЭГ), консультацию психиатра и др. Достоинство данного метода в том, что он позволяет в более полном объеме решить задачу дифференциальной диагностики и получить подробную картину клинических и нейропсихологических особенностей состояния ребенка (13).

Несмотря на малую изученность распространенности СДВГ в целом по России, имеющиеся сведения свидетельствуют о колебании доли детей с данным синдромом в зависимости от возрастной группы и региона. Так, по данным И.П. Брызгунова (5), в Москве распространенность СДВГ на 80% выше, чем, например, в г.Владимир и Владимирской области, при этом различия между мальчиками и девочками по частоте заболевания не постоянны (в отдельных населенных пунктах соотношение составляло 3:1, а в отдельных вообще не выявлялось).

В литературе подчеркивается преобладание мальчиков среди детей с синдромом ДВГ. Среди мальчиков 7-12 лет признаки СДВГ диагностируются в 2-3 раза чаще, чем среди девочек. Среди подростков это соотношение составляет 1:1; а среди 20-25-летних – 1:2 с преобладанием девушек (5, 14, 46).

Превалирование мальчиков объясняется исследователями рядом причин, среди которых: большая уязвимость ЦНС плода мужского пола к повреждающим воздействиям в пре- и перинатальный период; влияние наследственных факторов; меньшие компенсаторные возможности при поражении систем мозга в связи с большей специализацией больших полушарий у мальчиков по сравнению с девочками (3, 5, 13, 21).

Половые различия отмечаются и в структуре, и в динамике синдрома. У мальчиков симптомы гиперактивности появляются с 3-4 лет, что заставляет родителей обращаться к специалистам еще до поступления ре-

бенка в школу. Среди девочек гиперактивность встречается реже, а дефицит внимания – чаще. Кроме того, поведенческие отклонения у девочек протекают более скрыто, поэтому часто не выявляются при кратковременном наблюдении специалистов. В этой связи И.П. Брызгунов отмечает, что у девочек риск пропустить неблагоприятное развитие синдрома гораздо выше и в результате, в большей степени, чем у мальчиков, выражены социальная дезадаптация, учебные трудности и личностные расстройства (5).

По данным различных исследователей (5, 13, 52) клиническая картина синдрома в зависимости от возраста ребенка имеет ряд особенностей и несколько «всплесков», наблюдаемых как у мальчиков, так и у девочек (соответственно в 5-10 лет и в 12-15 лет).

В раннем возрасте у большинства детей с СДВГ обнаруживается синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, проявления которого возникают чаще в первые месяцы жизни (до 6 месяцев). Несмотря на правильный режим и хороший уход, такие дети часто бывают беспокойны. Беспричинный крик может сопровождаться избыточной двигательной активностью, вегетативными реакциями (усиленная потливость, покраснение и др.), повышением мышечного тонуса, тремором подбородка, рук. В 82% случаев в раннем возрасте наблюдаются нарушения сна (затрудненное длительное засыпание, частое пробуждение, крики, стереотипные движения во сне - сосание пальца и др.), в отдельных случаях – полная инверсия цикла «сон-бодрствование». Столь же часто отмечаются трудности с кормлением, расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта.

От года до 3 лет для детей с СДВГ характерны повышенная возбудимость, чрезмерная двигательная активность, нарушение сна и аппетита, снижение темпов психомоторного и эмоционального созревания. К 3 годам на фоне двигательной гиперактивности отмечаются моторная неловкость, импульсивность, повышенная утомляемость, отвлекаемость, упрямство, негативизм. Запаздывает формирование навыков опрятности. Речевое развитие также может запаздывать (это относится как к обогащению активного словаря, так и к становлению артикуляторного аппарата).

Периоды с 5 до 10 лет и с 12 до 15 лет специалисты называют своеобразным

«всплеском» синдрома ДВГ и связывают их с динамикой развития высшей нервной деятельности. Периоды 5-7 лет и 9-10 лет являются критическими для формирования систем мозга, отвечающих за мыслительную деятельность, внимание, память. В это время происходит важная смена стадий интеллектуального развития: ребенок приобретает возможность сравнивать, оценивать, классифицировать, измерять, познавать обратимость действия и интегрирования в общие структуры, что позволяет ему оперировать величиной, количеством, числом, весом, объемом и др. понятиями (стадия конкретных операций по Пиаже). Кроме того, формируются условия для становления абстрактного мышления и произвольной регуляции деятельности.

Изучение литературы показывает, что дети с СДВГ в 6-7 лет не готовы к обучению в школе в связи с замедлением темпов функционального созревания мозговых структур. Школьные нагрузки могут приводить к срыву компенсаторных механизмов ЦНС, дезадаптации, различным поведенческим нарушениям, формированию эмоциональных и личностных расстройств (5, 13, 23, 24, 43 и др.).

Если в дошкольном возрасте среди детей с СДВГ преобладают гиперактивность, двигательная расторможенность, моторная неловкость, рассеянность, отвлекаемость наряду с задержкой темпов психомоторного и эмоционального развития, то в младшем школьном возрасте на первый план выступают трудности в обучении и нарушения поведения.

При выраженном дефиците внимания ребенок с СДВГ во время школьных занятий не может сконцентрироваться более или менее продолжительное время на объяснениях учителя или выполнении какой-либо учебной задачи. Внимание перескакивает с одного предмета на другой, в результате чего ребенок постоянно отвлекается; он не способен работать вместе с классом; небрежен; часто бросает занятие, не достигнув результата. Время продуктивной работы нередко не превышает 5-15 минут, затем ребенок теряет контроль над собственной умственной активностью. После 3-7 минутного отдыха он может снова «включиться» в «новый цикл».

Так как внимание является одной из важнейших психических функций, обеспечивающих успешность обучения, то обычно уже к концу первого полугодия дети с СДВГ начи-

нают заметно отставать в учебе от одноклассников. На снижение успеваемости влияют также часто встречающиеся у детей с данным синдромом повышенная утомляемость, сниженная умственная работоспособность, суженный объем оперативной памяти, недостаточная сформированность мелкой моторики. (Как в дошкольном, так и в младшем школьном возрасте наблюдаются сложности с завязыванием шнурков, застегиванием пуговиц, проблемы с лепкой, рисованием, конструированием). В результате вторично страдает восприятие, возникают трудности с освоением чтения, письма, математических операций.

Проблемы с вниманием в 8 из 10 случаев сопровождаются гиперактивностью. Исследования особенностей уровня двигательной активности у детей с СДВГ в сравнении со здоровыми ровесниками (см. 5) показали, что у гиперактивных детей движения более примитивны, однако их количество значительно выше, чем у здоровых детей (22,4 движения в 1 минуту против 6,4 соответственно). Так двигательная активность верхних конечностей в 2 раза превышает аналогичные показатели у здоровых детей (6,4 и 3,1 в 1 минуту соответственно). В целом активность расторможенных детей в классе на 25-30% выше, чем у обычных ровесников.

Также проводились наблюдения относительно уровня двигательной активности в течение дня и ночи. Было установлено, что дети с СДВГ проявляют повышенную двигательную активность на занятиях в школе, дома и на улице, в будни и в выходные дни. Однако их активность мало отличается от поведения здоровых детей на уроках физкультуры, на переменах, во время обеда, т.е. когда все дети более подвижны. В отличие от здоровых детей у детей с СДВГ регистрировался высокий уровень двигательной активности во время сна в учебные дни, в выходные же дни этого не наблюдалось (5).

Гиперактивные дети испытывают значительные трудности в самоорганизации, их деятельность носит нецеленаправленный характер, маломотивированна и не зависит от ситуации. К концу дня на фоне общего переутомления повышенная активность находит «выход» в беспричинной или неадекватной сверхраздражительности, плаксивости, истериках.

«Пик» проявлений синдрома в 12-15 лет совпадает с периодом полового созревания.

Разные исследователи дают разные прогнозы относительно дальнейшего развития синдрома. По мнению одних (5, 64), к концу пубертатного периода гиперактивность и эмоциональная импульсивность практически исчезают или «маскируются» другими личностными чертами, при этом самоконтроль и саморегуляция заметно повышаются, а дефицит внимания может сохраниться. Другие, наоборот, считают, что дефицит внимания уменьшается, а импульсивность и гиперактивность чаще сохраняются и служат благоприятной почвой для дальнейшего развития неврозов и социальной дезадаптации (3, 58). Ю.С. Шевченко отмечает, что частота асоциального поведения у подростков с синдромом колеблется от 10 до 50% (3).

Особенность становления мотивационно-личностной сферы, эмоционального созревания и формирование произвольного поведения при синдроме ДВГ заслуживают особого внимания.

Как правило, эмоциональное развитие ребенка с СДВГ запаздывает, что проявляется неуравновешенностью, вспыльчивостью, нетерпимостью к неудачам. При неблагоприятных условиях быстро развиваются эмоциональные нарушения. Отношения с окружающими (как со сверстниками, так и со взрослыми) также нарушены. В психическом развитии гиперактивные дети могут отставать от сверстников, но стремятся руководить. Это приводит к своеобразной «изоляции». Причина одиночества в этом случае иная, чем при тревожных расстройствах и шизоидном складе личности, когда дети боятся общения. Напротив, дети с СДВГ - экстраверты: ищут друзей, но быстро их теряют. При этом они не всегда осознают само наличие трудностей общения. На вопрос «Есть ли у тебя друзья в классе» гиперактивный ребенок готов перечислить 2-3 человек или «записать» к себе в друзья весь класс. В то же время данные социометрии, проводимые в классе, могут указывать на то, что гиперактивный ребенок находится в своеобразной изоляции. «Список друзей» гиперактивного ребенка может меняться каждую неделю, а в отдельных случаях – каждый день. Если формальное общение с ровесником сегодня проходит благополучно, он может автоматически стать «другом» в глазах гиперактивного ребенка. Возникающие конфликты гиперактивный ребенок не всегда способен преодолеть, он просто «перестает дружить». Осоз-

нание трудностей общения может быть и частичным. «Я дружу со всем классом», - утверждает гиперактивный ученик 3 класса. Отвечая на вопрос «А сколько человек в классе дружит с тобой?» признает: «Не знаю... наверное, никто», при этом объяснить, почему так происходит, не может (данные автора).

Из-за неприязни со стороны сверстников, из-за стремления верховодить гиперактивные дети вынуждены общаться с самыми «покладистыми» или с младшими детьми. Трудно складываются и отношения со взрослыми, так как ни обычные наказания, с одной стороны, ни ласка вкупе с похвалой, с другой стороны, не стимулируют хорошее поведение ребенка.

Судя по данным литературы, в настоящее время среди специалистов широко распространено мнение о том, что у детей с СДВГ самооценка часто является заниженной, так как они получают большее, по сравнению с другими детьми, количество упреков и замечаний (5, 25, 31, 32). Между тем анализ имеющихся данных свидетельствует также и о наличии обратного феномена: дети с СДВГ могут быть склонны недооценивать и игнорировать негативные замечания со стороны взрослых и, наоборот, легко интроецируют позитивные оценки. Это может быть связано как с запаздыванием эмоционально-волевого созревания, так и с тем, что на фоне чрезмерно завышенных требований со стороны взрослых, когда ребенок получает чаще отрицательные оценки своих действий, его самооценка начинает выполнять защитную функцию: ребенок как бы «выключается», не слышит критических замечаний в свой адрес, не замечает неудач. При этом даже у гиперактивных детей школьного возраста довольно часто наблюдается «феномен», присутствующий в большей степени дошколятам: столкнувшись в конфликтной ситуации с обвинениями в свой адрес или с негативными замечаниями, такой ребенок легко «переводит» свою вину или необдуманый поступок на другого – одноклассника, учителя, окружающие предметы или обстоятельства: («Это не я виноват в том, что быстро бежал и споткнулся о парту, это парта виновата», «Не я виноват в ссоре, виноват Петя, (Саша, Вася)» и т.п.).

Уровень притязаний у детей с СДВГ также часто неадекватный. Так у гиперактивных детей младшего школьного возраста успех или неудачи вообще могут не влиять на по-

следующие действия, что характерно в большей степени для детей дошкольного возраста. Постепенно неудачи в учебной деятельности и в общении приводят к тому, что у детей с СДВГ, которым свойственно стремление к немедленному вознаграждению, мотивация к дальнейшим действиям снижается. Все больше начинает проявляться избегающее поведение. Последнее свойственно и тревожным детям с низкой самооценкой, однако они избегают активности, так как боятся негативных оценок со стороны окружающих, боятся «провала» и одновременно ожидают его. Мотивация у гиперактивных детей падает, скорее, по иной причине: им не интересно прилагать усилия, если впоследствии они не получают «быстрое и хорошее вознаграждение» (данные автора, 9).

Исследования, проведенные Г.В. Молчановой (36) относительно динамики возрастных и индивидуальных особенностей умственного развития тревожных и импульсивных детей 6-8 лет (в последней подгруппе были дети с СДВГ), показывают, что у детей с выраженной импульсивностью устойчивость импульсивных тенденций оказывает серьезное неблагоприятное влияние на познавательную и учебную деятельность, а также осложняет значимые межличностные отношения с учителями и сверстниками. Убежденность в собственной правоте, стойкое игнорирование мнения ровесников, нескритичность к собственным оценкам и поступкам, а также неспособность к пошаговому контролю за своими действиями приводит к возникновению познавательного конфликта и, как следствие, исчезновению мотивации к обучению. Только авторитет учителя, выразившего несогласие с мнением таких детей, побуждает их усомниться в надежности суждений на основе внешней видимости и приступить к освоению способов опосредованной оценки. При этом отмечались следующие особенности: рост активности при условии одобрения со стороны взрослого, потеря интереса к заданиям при малейших затруднениях, трудности в следовании поставленной задаче, переформулирование задачи на свой лад, поспешность в принятии решений, неспособность перестроить суждения при изменении условий задачи.

Вышеперечисленные характеристики, а также нетерпимость к неудачам в сочетании с поведенческими расстройствами, отсутствием упорства, невнимательностью и не-

усидчивостью приводят к парциальным задержкам развития, в том числе - школьных навыков (письма, счета, чтения). В результате, несмотря на нормальный IQ, у многих детей с СДВГ возникают трудности обучения. Их основной признак - несоответствие между реальной успеваемостью и той, которую можно ожидать исходя из IQ.

Изучение динамики основных свойств внимания у детей младшего школьного возраста с СДВГ (3, 57) обнаружили, что показатели устойчивости и переключаемости у детей с данным расстройством отстают в среднем на один год от аналогичных показателей у здоровых детей. Возрастная динамика формирования устойчивости и переключаемости внимания и у гиперактивных детей, и у их здоровых ровесников в целом характеризуется значительным сходством. В то же время показатель интенсивности внимания у детей с СДВГ, в отличие от здоровых, не улучшается до 10 лет, что исследователи связывают с нейрофизиологическим или анатомическим дефектом передних ассоциативных отделов коры больших полушарий мозга. В норме же возрастная динамика интенсивности внимания характеризуется существенным улучшением, что, вероятно, отражает функционально значимый скачок в созревании лобных отделов мозга, играющих важную роль в регуляции активного внимания.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что становление мотивационно-личностной сферы, эмоционального созревания и формирование произвольного поведения у детей с СДВГ происходит с парциальными задержками, по уровню чаще соответствует более младшему возрасту и может приводить к серьезным трудностям в обучении.

Перевозбуждение в обычных условиях школьного обучения и вторичные психотравмирующие проблемы с успеваемостью, поведением, общением, не перерабатываясь на сознательно-рациональном уровне (в силу незрелости лобных отделов) «отсылаются» для отреагирования на нижележащий (сомато-вегетативно-инстинктивный) уровень нервно-психического реагирования. По оценке Ю.С. Шевченко, именно этот фактор приводит к высокому риску осложнения СДВГ психосоматическими и эмоциональными расстройствами, а также к нарушениям в сфере инстинктов и влечений (3).

Продолжение в следующем номере.