

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВАЯ СФЕРА ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Джураева С.Д., Ахметова З.А.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей является одной из самых частых детских поведенческих расстройств и наиболее частых причин обращения за помощью к психологу, психиатру, неврологу. Поэтому в последнее время синдрому дефицита внимания и гиперактивности уделяется всё больше внимания во всех странах, в том числе и в Кыргызстане. Актуальность данной проблемы определяется следующими факторами.

Высокая частота данного синдрома в детской популяции. Данные о распространенности СДВГ в разных странах отличаются широкой вариабельностью: от 1—3% в Великобритании до 4—20% в США. В России до сих пор отсутствуют эпидемиологические данные о частоте встречаемости синдрома дефицита внимания и гиперактивности. По данным Ю.С. Шевченко, диапазон колебаний 24—40%, по данным Н.Я. Семаго, — от 2 до 20 в детской популяции, по материалам Н.Н. Заваденко [3] — от 4 до 9,5%. В целом по России, по данным различных авторов, распространенность синдрома колеблется от 2 до 47%. Частота СДВГ у детей школьного возраста, по данным разных авторов, варьирует от 2 до 20%. Такой широкий диапазон распространения СДВГ — от 1 до 47% — обусловлен прежде всего отсутствием единых диагностических критериев и методов оценки симптомов заболевания.

Большая социальная значимость СДВГ обусловлена тем, что синдром является самой частой причиной нарушений поведения и трудностей обучения в дошкольном и школьном возрасте (100%), школьной дезадаптации [8].

Интерес и сложность проблемы заключается и в том, что она является комплексной: медицинской, психологической и педагогической. Для объяснения патогенеза СДВГ предложены многочисленные концепции. Несмотря на это к настоящему времени причины и механизмы развития, способы диагностики, лечения и психологической коррекции СДВГ остаются недостаточно выясненными.

В развитии ребенка с гиперкинетическим расстройством особое место занимает эмоционально-волевая сфера. Воля и эмоции тесно связаны между собой, так как большинство волевых качеств включают в свою структуру выраженный эмоциональный компонент. Поэтому *целью* данной работы является анализ исследований, посвященных изучению развития эмоционально-волевой сферы детей с СДВГ.

У детей с гиперкинетическим расстройством при выполнении любой деятельности доминирует эмоциональный компонент, а если эмоции стимулируют деятельность, то волевые качества отходят на второй план. Следовательно, у гиперактивных детей эмоции определяют поведение. Мотивационная сторона деятельности ребенка с СДВГ также всегда страдает. Такому ребенку не хватает побуждений, чтобы начать деятельность или ее продолжить. Ребенка должно что-то очень сильно заинтересовать, чтобы он мог этим заниматься довольно долго и продуктивно.

Нарушения в эмоционально-волевой сфере, по данным Н.Н. Заваденко и др. [3], имеют место у 72% мальчиков и 74% девочек с СДВГ. Прежде всего, это чрезмерная возбудимость и импульсивность, обусловленные дефицитом сдерживающего контроля и саморегуляции поведения. Эмоциональное развитие, как правило, запаздывает, что проявляется неуравновешенностью, вспыльчивостью, нетерпимостью к неудачам. Характерна частая смена настроения. Эмоциональные реакции зачастую непредсказуемы — с неожиданными и немотивированными переходами от смеха к слезам.

Проблема *тревожности* у детей с СДВГ отличается высокой социальной значимостью. Ей посвящено значительное количество исследований не только в психологии, но и в психиатрии, патопсихологии, физиологии и философии. Интерес к проблеме тревожности как сопутствующего фактора при синдроме дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) не случаен, тревожность повышена, по данным Э. Мэша и др. [7], у 25%, А.Д. Кошелева и Л.С. Алексеева отмечают у 69,7% [5], О.В. Лапшина – у 43% [6], Н.Н. Заваденко [3] - у 74% мальчиков и 76% девочек с СДВГ. Поэтому в литературе можно встретить попытки выделения СДВГ с сопутствующими тревожными расстройствами в самостоятельную форму данного синдрома.

Доказано, что повышенная тревожность является негативной характеристикой и неблагоприятно сказывается на деятельности и формировании личности ребенка. Тревожные дети с СДВГ характеризуются более выраженной дезадаптацией, худшей школьной успеваемостью. Чрезмерная тревожность может вызывать нарушения когнитивных функций, связанных с памятью, вниманием, снижением скорости и качества мыслительных процессов, языком и речью. Такие дети в большей степени, чем другие, подвержены депрессивному настроению, легко расстраиваются из-за неудач. Наличие высокой тревожности у детей с СДВГ определяет более неблагоприятный прогноз и недостаточную эффективность терапии и психокоррекции. В связи с этим необходимо как можно раньше определять уровень тревожности у детей с СДВГ с целью его дальнейшей коррекции и профилактики.

Проблема тревожности – область интенсивных психологических исследований с начала XX века, причем в рамках разных теоретических направлений. Для некоторых ученых тревожность – устойчивое хроническое состояние, которое можно измерить в терминах личностных факторов (Cattell). Другие рассматривают ее как специфическую реакцию на ситуацию, в которой человек когда-то испытывал боль (Miller and Dollard).

Вслед за Спилбергером [1] многие теоретики проводят различия между состоянием тревоги и тревожностью как личностной чертой. А. Фернхем, П. Хейвен [9] считают, что в то время как состояние тревоги является временным, тревожность как черта – это относительно стабильный фактор индивидуальных различий. В большом психологическом словаре дано следующее определение тревожности: это «индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его возникновения». Таким образом, тревожность не связана с какой-либо определенной ситуацией и проявляется почти всегда.

Проявления тревожности у детей с СДВГ обычно не выходили на первый план и не носили такого же стойкого характера, как основные проявления СДВГ: дефицит внимания, гиперактивность и импульсивность. Исследования В.В. Викторовой [2] показали, что личностная и ситуативная тревожность являются сопутствующим фактором у младших школьников с СДВГ, при этом основная роль принадлежит ситуативной тревожности, а характер связи устойчивости внимания и показателей тревожности имеют обратно пропорциональную зависимость. Согласно данным О.В. Лапшиной [6], тревожные расстройства наиболее характерны для мальчиков с комбинированным типом СДВГ и девочек с преобладанием невнимательности.

Выраженность тревоги при СДВГ может варьировать от легкого беспокойства до степени фобии с формированием избегающего поведения. Согласно исследованиям Н.Н. Заваденко и Н.Ю. Сувориновой [4,8], признаки тревожности у детей с СДВГ проявлялись неуверенностью в себе, боязнью новых ситуаций, нежеланием посещать школу, навязчивыми действиями (сосет палец, грызет ногти, кусает губы и т.д.), трудностями засыпания и беспокойным сном. Такие дети опасаются быть оторванными от своих родителей, их пугают любые изменения в жизни, они боятся проходить тестирование, устанавливать межличностные контакты. О.В. Лапшина [6] в своих исследованиях детей с СДВГ, которому сопутствовала высокая тревожность, обнаружила высокую частоту головной боли напряжения (85%), нарушений сна (58,7%), тиков (41,2%), заикания (23,7%), энуреза (17,5%).

Для детей с СДВГ характерны беспокойство, внутренняя напряжённость, переживание чувства страха, депрессивность (20%), высокая эмоциональная раздражительность, плаксивость, эмоциональная неустойчивость, склонность остро переживать трудности. С высокой тревожностью тесно связаны такие параметры, как заниженная самооценка, комплекс неполноценности, неуверенность в себе. Дезорганизирующее влияние тревоги на деятельность и поведение связано с тем, что у детей с СДВГ внимание характеризуется неадекватной направленностью на субъективно воспринимаемый потенциальный источник угрозы, в ущерб выполняемой в данный момент деятельности.

В тех случаях, когда подростки с СДВГ характеризуются повышенной тревожностью, выраженность импульсивности у них несколько ниже, чем у тех, кто страдает СДВГ без импульсивности, поскольку тревога может подавлять импульсивность. Однако, по данным Л.С.Чутко и др. [10], показатели импульсивности детей с СДВГ, сочетанном с тревожностью, достоверно выше, чем в группе сравнения, исследователи объясняют это тем, что это связано с более выраженной дисфункцией системы контроля поведения у детей с СДВГ в сочетании с высокой тревожностью. Высокая импульсивность является одним из факторов, усугубляющих дезадаптацию и ухудшающих прогноз при сочетании СДВГ с тревожностью, поскольку импульсивность сопряжена с повышенным риском травм, дорожно-транспортных происшествий и играет ключевую роль в развитии различных аддиктивных расстройств.

В целях профилактики и коррекции тревожности при СДВГ необходимо выявить причины возникновения такого сочетания. Анализ литературных данных посвященных исследованию тревожности как сопутствующего фактора при СДВГ позволил сгруппировать возможные причины сочетания тревожности с СДВГ следующим образом:

Биологические факторы.

Генетическая предрасположенность. В одних исследованиях отмечено, что влияние наследственной отягощенности является общим фактором риска для развития СДВГ и тревожности, другие данные указывают на то, что их наследование, вероятнее всего, осуществляется независимо, но в случаях сочетания они взаимно усиливают проявления друг друга. Исследования Л.С.Чутко [10], О.В.Лапшиной [6] показали, что тревожные расстройства чаще возникают у детей с СДВГ, чьи матери имеют высокий уровень тревожности (91% матерей таких детей обнаружили высокий уровень тревожности).

Нарушения регуляции одних и тех же нейробиологических систем, лежащих в основе СДВГ и тревожности. Речь идет о дисфункции префронтальной области коры головного мозга, приводящей к изменению формирования системы контроля поведения.

Факторы анте- и перинатальной патологии. У тревожных матерей чаще возникают отклонения от оптимального течения беременности, осложнения родов, которые могут оказывать косвенное воздействие на развивающийся мозг плода. Работы Т. О'Connog, посвященные воздействию антенатальной материнской тревоги на развитие ребенка, показали, что высокий уровень тревожности на 32-й неделе удваивает риск возникновения СДВГ в возрасте 4—8 лет, тревожность на сроке 18 недель способствует развитию поведенческих и эмоциональных нарушений, но только у девочек. В исследованиях R.Van der Bergh выявлено, что тревожность матерей на сроке 12—22 недель является предвестником СДВГ у 8—9-летних детей, особенно у мальчиков.

Факторы социализации

Семейное воспитание может способствовать повышению тревожности при СДВГ благодаря нескольким механизмам. Во-первых, как было указано выше, у большинства тревожных детей с СДВГ, матери также подвержены высокой тревожности, как указывает О.В. Лапшина [6], тревожным матерям свойственны неправильные стили воспитания, такие как гиперопека или чрезмерная критичность, которые также могут способствовать развитию тревожности у детей. Во-вторых, родителей часто раздражает то, что дети с СДВГ беспокойны, навязчивы, эмоционально лабильны, недисциплинированы, непослушны, кроме того, дома такие дети обычно страдают от постоянных сравнений с братьями и сестрами, которые хорошо ведут себя и лучше учатся.

Проблемы во взаимоотношениях со сверстниками. Невнимательность во время игр и других занятий, отвлекаемость, импульсивность способствуют тому, что дети с СДВГ являются не очень хорошими партнерами. В их действиях прослеживается избыточное реагирование, не соответствующее содержанию ситуаций, невосприимчивость к оттенкам межличностных взаимоотношений. В коллективе они являются источником постоянного беспокойства: шумят, не задумываясь, берут чужие вещи, мешают окружающим. Все это приводит к конфликтам, и ребенок становится нежеланным в коллективе. Инфантильность и импульсивность поведения приводят к крайней нетерпеливости, излишней активности в отстаивании собственных интересов, невзирая на требования родителей и педагогов, что нередко создает конфликтные ситуации. Эти затруднения могут привести к формированию заниженной самооценки, чувству «собственной неполноценности», и, как следствие, высокой тревожности.

Таким образом, эмоционально-волевая сфера страдает у 72% мальчиков и 74% девочек с СДВГ. Чаще всего для них характерна эмоциональная неустойчивость, проявляющаяся частой сменой настроения, неуравновешенностью, вспыльчивостью, чрезмерной возбудимостью, импульсивностью, нетерпимостью к неудачам. У подавляющего большинства детей с СДВГ повышена тревожность, выражающаяся в беспокойстве, внутренней напряженности, переживании чувства страха, депрессивности, плаксивости, склонности остро переживать трудности. Недостаток волевой регуляции выражается частыми отказами что-либо делать, отсутствием интереса к систематическим занятиям, нецеленаправленностью и маломотивированностью деятельности. Все это требует особого внимания к детям, страдающим СДВГ, и требует оказания своевременной медицинской и психолого-педагогической помощи.

Литература:

1. Spielberger, C. D. The effects on anxiety on complex learning and academic achievement. In Spielberger, C. D. (ed.), *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press, 1966. 3-20.
2. Викторова В. В. Тревожность как сопутствующий фактор у детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: Московский ин-т открытого образования, 2010. 24 с.
3. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: Академия, 2005. 256 с.
4. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю. Коморбидные расстройства при синдроме гиперактивности с дефицитом внимания у детей. // Журнал неврологии и психиатрии. 2007. №7. С. 30-35.
5. Кошелева А.Д., Алексеева Л.С. Диагностика и коррекция гиперактивности ребенка. М.: НИИ семьи, 1997. 64 с.
6. Лапшина О. В. Тревожные расстройства у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб.: Ин-т мозга человека Российской Академии Наук, 2008. 23 с.
7. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. 384с.
8. 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.
9. Фернхем А., Хейвен П. Личность и социальное поведение. СПб., Питер, 2001. 368 с.
10. Чутко Л.С., Айкбеков К.А., Лапшина О.В., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С., Яковенко Е.А., Анисимова Т.И. Коморбидные тревожные расстройства при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2008. Т.108, №3. С.49-52.