

### **Эмоциональные проявления при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью у младших школьников: диагностика и психокоррекция**

В статье исследуются эмоциональная сфера у младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и коррекция имеющихся эмоциональных нарушений. Уделяется внимание особенностям личности болеющих детей: изучены особенности эмоций у детей с разными клиническими вариантами СДВГ. Результаты исследования позволяют дифференцированно подходить к психокоррекционным мероприятиям с такими детьми.

This article is devoted to investigation of emotional sphere of children from primary school with the attention deficit hyperactive disorder (ADHD) and correction of emotional disorders. Much attention is devoted to the personality of the young patients. The peculiarities of emotions were investigated from the children with different clinical variants of ADHD. After the results of investigation the differential approach can be used in psychotherapy with such children.

*Ключевые слова:* синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), страхи, агрессивность, тревожность, психодиагностическая методика, эмоциональная сфера, психокоррекция.

*Key words:* attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD), phobias, impulsiveness, psychological test, emotional sphere, aggressive, anxiety, psycho-correction.

В настоящее время **синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)** является одной из важнейших медико-психолого-педагогических проблем в большинстве стран Европы и Америки. Отмечается ежегодное увеличение количества таких детей. Частота встречаемости этого расстройства среди детей дошкольного возраста, по данным отечественных авторов, составляет от 12 до 21% [1, 5]. СДВГ чаще встречается у мальчиков. Относительная распространенность среди мальчиков и девочек колеблется от 3:1 до 9:1 в зависимости от критериев диагноза, методов и групп исследования. По нашим данным, распространенность синдрома среди младших школьников составляет порядка 10–15 %, у мальчиков он встречался в 2,8–4 раза чаще, чем у девочек [2, 4].

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) – психическое расстройство, начинающееся в детском возрасте, которое проявляется такими симптомами, как гиперактивность, забывчивость, рассеянность внимания, плохо управляемая импульсивность и отвлекаемость. Данное расстройство негативно сказывается на социальной адаптации больных детей. Они испытывают трудности в учебе, проблемы в межличностном общении, в подростковом и юношеском возрасте чаще других подвержены девиантному поведению.

Одним из главных признаков СДВГ, наряду с нарушениями внимания, является импульсивность – недостаток контроля поведения в ответ на конкретные требования. Клинически эти дети часто характеризуются как быстрореагирующие на ситуации, не дожидаясь указаний и инструкций, позволяющих выполнять задание, а также неадекватно оценивающие требования задания. В результате они очень небрежны, невнимательны, беспечны и легкомысленны. Такие дети зачастую не могут рассмотреть потенциально негативные, вредные или разрушительные (и даже опасные) последствия, которые могут быть связаны с определенными ситуациями или их поступками.

В Диагностическом и статистическом руководстве по психическим заболеваниям Американской ассоциации психиатров 1994 г. (DSM-1У), являющимся предшественником МКБ-10, СДВГ разделен на три типа: с преобладанием невнимательности, с преобладанием гиперактивности-импульсивности и смешанный [6]. Кроме этого, данный синдром может сочетаться с другими нарушениями, такими как тики, энурез, заикания и др.

Как правило, симптомы СДВГ появляются до 8 лет, обнаруживаются, по меньшей мере, в двух сферах деятельности ребенка (в школе, дома – в труде, в играх), не обусловлены психотическими расстройствами и вызывают значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию.

С возрастом проявления импульсивности могут меняться. У детей раннего и дошкольного возраста это может быть недержание мочи и кала; в начальных классах – излишняя активность в отстаивании собственных интересов, крайняя нетерпеливость; в старшем детском и подростковом возрасте – хулиганские выходки и асоциальное поведение (кражи, употребление наркотиков и т. п.). Чем ребенок старше, тем импульсивность более выражена и заметнее для окружающих.

Анализ существующей литературы показал, что работы по изучению детей, страдающих СДВГ, в основной массе носят клинический характер. В исследованиях психологического характера, в основном исследовались особенности когнитивной и эмоциональной сфер без учета пола, формы синдрома.

Целью настоящего исследования было выявление особенностей эмоциональной сферы и психокоррекция выявленных нарушений у

младших школьников, страдающих синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, в зависимости от формы заболевания.

Экспериментальная группа составила 64 ребенка с СДГ (с преобладанием гиперактивности) и 72 ребенка с СДВ (с преобладанием невнимательности). Средний возраст испытуемых составлял 8–10 лет. Диагноз СДВГ был поставлен врачами-психиатрами ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина.

Контрольная группа составила 68 практически здоровых детей 8–10 лет.

Исследование проводилось в общеобразовательной школе № 371 Московского района и на отделениях ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина.

При исследовании использовались следующие психодиагностические методики: опросник Басса-Дарки, шкала явной тревожности СМАС, проективная методика «Домики», опросник «Страхи».

Опросник «Агрессивности и враждебности», предназначенный для исследования уровня проявления, и основных видов агрессии и враждебности в межличностном взаимодействии дома, в процессе обучения (выявляя деструктивные тенденции, субъектно-объектные отношения, негативные чувства и оценки), позволяет качественно и количественно охарактеризовать проявления агрессии и враждебности.

Полученные в исследовании данные указывают на то, что дети, страдающие синдромом дефицита внимания и гиперактивности, склонны больше, чем здоровые дети проявлять физическую агрессию, т. е. физическую силу, направленную против другого лица, косвенную агрессию, т. е. окольным путем направленную против другого лица, раздражительность, т. е. готовность к проявлению негативных чувств (вспыльчивость, грубость), вербальную агрессию – выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятья, угрозы), чувство вины.

Из этого можно сделать вывод, что дети с СДВГ оказываются более раздражительными, чем их сверстники из контрольной группы, они чаще дерутся, ссорятся с ровесниками и взрослыми, делают что-то исподтишка, испытывают угрызения совести, считая себя плохими.

Полученные данные достоверно указывают на то, что дети с преобладанием невнимательности чаще, чем дети с преобладанием гиперактивности испытывают чувство вины (убеждены в том, что они являются плохими людьми, ощущают угрызения совести). Дети же, страдающие СДВГ с преобладанием гиперактивности, склонны больше, чем дети с СДВГ с преобладанием невнимательности, проявлять физическую агрессию, косвенную и вербальную агрессию, раздражение.

Также полученные данные указывают на различия в особенностях проявления агрессивности и враждебных реакций у детей с разными формами СДВГ. Детям с СДГ более свойственно направлять свою

агрессию вовне, на других людей (сверстники, взрослые, учителя), что проявляется в физической, косвенной, вербальной агрессии. Подобное поведение может приводить к повышенному травматизму который свойственен детям с СДВГ. В подростковом возрасте повышенная агрессивность может приводить к девиантному поведению.

С помощью Шкалы явной тревожности (CMAS) в адаптации А. М. Прихожан нами был проведен сравнительный анализ тревожности детей, страдающих СДГ, СДВ и практически здоровых. Были обнаружены статистически значимые различия по среднему уровню тревожности между детьми из контрольной группы и с СДВГ ( $p < 0,01$ ), детей из контрольной группы и с СДВ ( $p < 0,01$ ), а также детьми из контрольной группы и СДГ ( $p < 0,05$ ). Эти данные указывают на то, что у детей, страдающих СДВГ, независимо от формы заболевания, в среднем уровень тревоги выше, чем у детей из контрольной группы.

Несмотря на то что в среднем уровень тревожности у детей с разными формами СДВГ оказывается одинаково повышенным, они отличаются по выраженности уровня тревожности. Дети, страдающие СДВ, обладают более выраженной тревожностью, чем дети с СДГ, у которых тревога связана с ограниченным кругом ситуаций.

Нами был проведен сравнительный анализ количества страхов (опросник А.И. Захарова) детей, страдающих СДВГ (СДВ, СДГ), и практически здоровых. При сравнении количества страхов у детей контрольной группы и детей, страдающих СДВГ, статистически значимых различий выявлено не было. Однако при разделении на формы заболевания и последующем сравнительном анализе обнаружилось статистически значимые различия. Дети, страдающие СДВ, обладают большим количеством страхов по сравнению с практически здоровыми детьми ( $p < 0,01$ ). Для детей, страдающих СДГ, характерно наличие меньшего количества страхов, чем их сверстникам из контрольной группы ( $p < 0,05$ ). А.И. Захаров (2004) отмечает, что слишком большое количество страхов может указывать на развитие невроза или тревожности в характере. Незначительное же количество страхов может приводить к повышенному травматизму, поскольку страх выполняет защитную функцию и предупреждает человека от чрезмерно рискованных действий.

Сравнительный анализ сформированности социальных эмоций мы проводили с помощью методики «Домики» (О.А. Орехова), которая позволяет диагностировать степень дифференцированности эмоциональной сферы и выявить тип ее развития.

Практически для всех детей из контрольной группы характерен дифференцированный тип эмоциональной сферы (89,6%), что характеризуется выраженным предпочтением позитивных и отвержением негативных эмоций. Однако у 10,4 % детей встречается амбивалентность эмоций, т. е. неспособность различать позитивные и негативные эмоции.

Эмоциональная сфера большинства детей, страдающих СДВГ с преобладанием гиперактивности (62,8%), характеризуется наличием инверсий, т. е. предпочтением негативных и отвержением позитивных эмоций. У 18,6% таких детей отмечается наличие амбивалентности и инверсии эмоций. Эмоциональная сфера с проявлением амбивалентности эмоций диагностируется у 14% детей, страдающих СДГ 4,7% детей характеризуются дифференцированной сферой, т. е. ярко выраженным предпочтением позитивных и отвержением негативных эмоций.

Для детей этого же возраста, страдающих синдромом дефицита внимания и гиперактивности с преобладанием невнимательности, свойственна амбивалентность эмоций. Эти дети еще не способны разделять позитивные и негативные эмоции, что говорит о незрелости эмоциональной сферы.

Незрелость эмоционально-волевой сферы и гиперактивность, истощаемость интеллектуальных процессов, затрудняющие, прежде всего, коммуникативную деятельность со сверстниками и взрослыми, замещающие познавательную активность, создающие картину «неправильного, плохого поведения» нередко ведут к формированию аддективного, девиантного, делинквентного поведения.

Полученные в исследовании данные позволяют по-новому взглянуть на проблемы детей, страдающих СДВГ, и их родителей. В частности, выяснилось, что детям с преобладанием невнимательности свойственно внутреннее переживание негативных эмоций, вследствие чего у них увеличивается чувство вины, растет тревожность. Для детей же с преобладанием гиперактивности свойственно направлять свои негативные эмоции на окружающих. Это происходит посредством ссор, перебранок, создания конфликтных ситуаций и даже драк. Кроме того, у них оказываются сниженными чувство вины и количество страхов, которые могут выполнять тормозящую функцию в проявлении агрессии, направленной вовне.

Таким образом, дети с разными формами СДВГ имеют различия в эмоциональной сфере, что обусловлено медико-психологическими особенностями, определяющими тот или иной вариант течения данного заболевания. Обнаруживаются разные мишени для психокоррекционной работы с такими детьми. У детей с СДВ – это высокая тревожность, сильно развитое чувство вины, большое количество страхов; а у детей с СДГ – высокая физическая и вербальная агрессия, несколько повышенная тревожность, раздражительность.

В связи с этим психокоррекционный подход к таким детям должен быть разным. У детей с СДВ необходимо работать с чувством вины, обидой, страхами, т. е. помочь ребенку выводить негативные переживания вовне. У детей с СДГ необходимо работать с агрессией и тревогой. Их необходимо обучать конструктивным копинг-стратегиям. Это приведет к тому, что у детей с СДВ снизится чувство вины, тревожность,

уменьшится количество страхов, а у детей с СДГ снизятся уровень физической и вербальной агрессии. Наряду с этим очень важно работать с семьей и учителями, поскольку негативные переживания, которые эти дети испытывают при общении с ними, ведут к описанным выше проблемам. Такая работа должна быть прежде всего направлена на объяснение особенностей детей с СДВГ.

Итак, психологическая коррекция при данном расстройстве ставит целью достижение последовательно следующих результатов: повышение самооценки, восстановление школьной мотивации, развитие моторики, умелости, творческих способностей. За счет появления интереса к занятиям творчеством, овладения школьными знаниями у детей формируются усидчивость, способность к целенаправленным волевым усилиям. В семейной коррекции обязательным условием является правильное понимание родителями проблем их детей, недопустимости наказаний и жестокого обращения, проведение регулярных развивающих занятий с детьми. Педагогическая коррекция: школьные занятия должны проводиться в посильном для ребенка режиме, в условиях классов с малой наполняемостью. При сохранении требования освоения школьного материала, отношение к ребенку должно быть терпимым, мягким, поощрительным. В ряде случаев должна быть предусмотрена необходимость переключения ребенка на отдых или другое интересующее его занятие.

Таким образом, учитывая вышесказанное, необходимо понимать, что лечение, и коррекция какого-либо отдельного нарушения (симптома), как и развитие, формирование какой-либо отдельной функции не даст положительного результата, не приведет к позитивным изменениям хода психического развития в целом, не поможет в адаптации ребенка к социальной ситуации. Именно поэтому дети с признаками нарушенного развития нуждаются в специальной комплексной медико-социальной и психолого-педагогической помощи» [3].

### Список литературы

1. Лазебник Т.А. и др. Клинико-анамнестические особенности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности // Первый Балтийский конгресс по детской неврологии: материалы. – СПб: Человек и здоровье, 2007. – С. 89–90.
2. Романов А.М., Фесенко Ю.А. Особенности когнитивной и эмоциональной сферы у детей 8–10 лет, страдающих синдромом дефицита внимания и гиперактивности // Успехи детско-подростковой психиатрии и психотерапии (исторический и междисциплинарный подход): материалы конф. «Мнухинские чтения» 19 нояб. 2007. – СПб., 2007. – С. 225–227.
3. Фесенко Ю.А., Кобрин Л.М., Данилкина М.Ю. К вопросу о синдроме дефицита внимания с гиперактивностью – лечить или воспитывать? // Теоретические и прикладные основы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения лиц с ограниченными возможностями здоровья: материалы всерос. конф. – СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2007. – С. 56–78.

4. Фесенко Ю.А. Между здоровьем и болезнью (клинические и психолого-педагогические аспекты диагностики и коррекции нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья): моногр. – СПб: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2009. – 220 с.
5. Фесенко Е.В., Фесенко Ю.А. Синдром дефицита внимания у детей. – СПб.: Наука и техника, 2010. – 384 с.
6. Barkley R.A. International Consensus Statement on attention deficit hyperactivity disorder/ R.A. Barkley // Clin. Child Fam. Psychol. Rev., 2002. – Vol. 5. – P. 89–111.