**«Особенности психодиагностики и психокоррекции детей с синдромом гиперактивности и дефицита внимания»**

* работе исследована эмоциональная сфера у младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Уделяется внимание особенностям личности болеющих детей: исследованы 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). 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.

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

СДВГ – одно из наиболее распространенных нервно-психических расстройств у детей младшего и подросткового возраста. Частота встречаемости этого расстройства среди детей дошкольного возраста, по данным отечественных авторов, составляет от

1. до 21 % [2, с. 4]. СДВГ чаще встречается у мальчиков. Относи-тельная распространенность среди мальчиков и девочек колеблется от 3:1 до 9:1 в зависимости от критериев диагноза, методов исследования и групп исследования (дети, которых направили к врачу; школьники; население в целом) [6]. От этих же факторов зависят и оценки распространенности СДВГ (от 1–2 до 25–30 %). По нашим данным, распространенность синдрома среди младших школьни-ков составляет порядка 10–15 %, у мальчиков он встречался в 2,8–4 раза чаще, чем у девочек [3, с. 5].

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.

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 быстро реагирующие 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. Часто они подвергают себя необоснованному, ненужному риску, чтобы показать свою смелость, капризы и причуды, особенно перед сверстниками. В результате нередки несчастные случаи с отравлениями и травмами. Дети с СДВГ могут легкомысленно и беспечно повредить или уничтожить чью-либо собственность значительно чаще, чем здоровые дети.

* + неврологической точки зрения СДВГ рассматривается как стойкий и хронический синдром, для которого не найдено универсального способа лечения. Согласно действующим (по состоянию на начало 2007 г.) критериям диагностики СДВГ можно диагностировать, начиная с позднего дошкольного или школьного возраста, поскольку для выполнения требований постановки диагноза необходима оценка поведения ребенка как минимум в двух условиях обстановки (например, дома и в школе) [1].
* настоящее время синдром дефицита внимания с гиперактивностью является одной из важнейших медико-психолого-социальных проблем в большинстве стран Европы и Америки. Отмечается ежегодное увеличение количества таких детей [7].

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. Наряду с этим важно отметить роль семьи в качестве фактора, способствующего более мягкому или, наоборот, более тяжелому протеканию заболевания. Как отмечает ряд авторов, очень важным является работа с семьей и педагогами с целью обучения их методам взаимодействия с такими детьми. Это важно, поскольку интеллект ребенка с СДВГ обычно ничуть не хуже, чем у здорового ребенка, а порой и лучше, ему лишь нужно помочь и несколько изменить требования, давать время отдохнуть, меньше ругать и оскорблять.

СДВГ имеет несколько форм. В современной литературе (согласно МКБ-10) в основном описываются три формы: СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности (СДГ); СДВГ с преобладанием нарушений внимания (СДВ) и смешанная форма СДВГ. Кроме этого, данный синдром может сочетаться с другими нарушениями, такими как тики, энурез, заикания и др. [5].

Анализ существующей литературы показал, что работы, посвященные изучению детей, страдающих СДВГ, в основном носят клинический характер. В исследованиях, носящих психологический характер, в основном изучались особенности когнитивной и эмоциональной сфер без учета пола, формы синдрома. Исследования семьи таких детей в основном носят описательный характер. Научная новизна исследования заключается в том, что работа направлена на изучение особенностей когнитивной и эмоциональной сфер этих детей с учетом пола, формы СДВГ и особенностей воспитания.

Таким образом, данное исследование можно считать актуальным. Его цель – выявление особенностей эмоциональной сферы младших школьников, страдающих синдромом дефицита внимания с гиперактивностью в зависимости от формы заболевания.

Экспериментальная группа составила 43 ребенка с СДГ (с преобладанием гиперактивности), а также 52 ребенка с СДВ (с преобладанием невнимательности). Средний возраст испытуемых составлял 8–10 лет. Диагноз СДВГ был поставлен врачами-психиатрами ЦВЛ «Детская психиатрия».

Контрольная группа составила 48 практически здоровых детей. Средний возраст составил 8–10 лет.

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

При исследовании использовались следующие психодиагностические методики: опросник Басса-Дарки, шкала явной тревожности CMAS, проективная методика «Домики», опросник «Страхи», опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Эйдемиллера Э.Г., Юстицкиса В.

Нами был проведен сравнительный анализ агрессивности и враждебных реакций (опросник Басса-Дарки) детей, страдающих СДГ, СДВ и практически здоровых.

* целью выявления уровневых различий определялась значимость различий средних значений. Достоверность различий средних значений определялась с помощью критерия t-Стьюдента (табл. 1, 2, 3).

*Таблица 1*

Статистически значимые различия средних значений по показателям агрессивности и враждебных реакций контрольной группы и детей с СДВ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Контроль | СДВ | Р |
| Раздражительность | 3,6 | 5,4 | р<0,05 |
| Чувство вины | 4,9 | 7,6 | р<0,001 |
| Обида | 3 | 5,6 | р<0,01 |

*Таблица 2*

Статистически значимые различия средних значений по показателям агрессивности и враждебных реакций контрольной группы и детей с СДГ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Контроль | СДГ | Р |
| Физическая агрессия | 5,7 | 8,4 | р<0,01 |
| Косвенная агрессия | 3,1 | 6,1 | р<0,01 |
| Раздражительность | 3,6 | 8,3 | р<0,05 |
| Вербальная агрессия | 5,4 | 8,2 | р<0,01 |
| Негативизм | 1,9 | 4 | р<0,05 |

*Таблица 3*

Статистически значимые различия средних значений по показателям

агрессивности и враждебных реакций детей с СДВ и с СДГ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | СДВ | СДГ | Р |
| Физическая агрессия | 6,1 | 8,4 | р<0,05 |
| Косвенная агрессия | 4,3 | 6,1 | р<0,01 |
| Раздражительность | 5,4 | 8,3 | р<0,01 |
| Вербальная агрессия | 6,3 | 8,2 | р<0,01 |
| Чувство вины | 7,6 | 5,8 | р<0,01 |

Выяснилось, что дети, страдающие СДВГ с преобладанием невнимательности, чаще, чем здоровые дети, испытывают: раздражительность, то есть, готовы к проявлению негативных чувств (вспыльчивость, грубость) (р<0,05), чувство вины (р<0,001), обиду, которая проявляется в зависти или ненависти к окружающим за действительные или вымышленные действия (р<0,01).

Дети с преобладанием невнимательности чаще, чем дети с преобладанием гиперактивности, испытывают чувство вины (р<0,01).

Дети, страдающие СДВГ с преобладанием гиперактивности склонны больше, чем дети с СДВГ с преобладанием невнимательности, проявлять физическую агрессию, т. е. физическую силу, направленную против другого лица (р<0,05), косвенную агрессию – агрессию, окольным путем направленную на другое лицо или на самого себя (р<0,01), раздражение, т. е. готовность к проявлению негативных чувств (вспыльчивость, грубость) (р<0,05), вербальную агрессию – выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятья, угрозы) (р<0,01).

Также был проведен сравнительный анализ тревожности (CMAS) детей, страдающих СДГ, СДВ и практически здоровых. Достоверность различий средних значений определялась с помощью критерия t-Стьюдента (табл. 4, 5).

*Таблица 4*

Статистически значимые различия средних значений

по уровню тревожности контрольной группы и детей с СДВ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Контроль | СДВ | Р |
| Тревожность | 5,9 | 8,3 | р<0,01 |

*Таблица 5*

Статистически значимые различия средних значений

по уровню тревожности контрольной группы и детей с СДГ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Контроль | СДГ | Р |
| Тревожность | 5,9 | 7,8 | р<0,01 |

Дети, страдающие СДВГ с преобладанием невнимательности, обладают большим количеством страхов по сравнению с практически здоровыми детьми.

У детей, страдающих СДВГ с преобладанием невнимательности, отмечается большее количество страхов, чем у детей с СДВГ с преобладанием гиперактивности.

Был проведен сравнительный анализ количества страхов (опросник Захарова) детей, страдающих СДГ, СДВ и практически здоровых. Достоверность различий средних значений определялась с помощью критерия t-Стьюдента. Значимые различия представлены в табл. 6 и 7.

*Таблица 6*

Статистически значимые различия средних значений

по количеству страхов контрольной группы и детей с СДВ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Контроль | СДВ | Р |
| Страхи | 8,7 | 13,8 | р<0,01 |

Дети, страдающие СДВГ с преобладанием невнимательности, обладают большим количеством страхов по сравнению с практически здоровыми детьми.

*Таблица 7*

Статистически значимые различия средних значений

по количеству страхов детей с СДВ и с СДГ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | СДВ | СДГ | Р |
| Страхи | 13,8 | 5,3 | р<0,01 |

* детей, страдающих СДВГ с преобладанием невнимательности, отмечено большее количество страхов, чем у детей с СДВГ с преобладанием гиперактивности.

С целью выявления взаимосвязей в эмоциональной сфере детей, страдающих СДВГ с преобладанием невнимательности и гиперактивности, нами был проведен корреляционный анализ. Полученные взаимосвязи показаны на рис. 1 и 2.

Чувство вины имеет положительные корреляции с уровнем тревожности, обидой, количеством страхов; и отрицательные с раздражительностью, физической и вербальной агрессией, т. е. при увеличении чувства вины у детей, страдающих СДВГ с преоблада-нием невнимательности, увеличивается тревога, возрастает обида, они начинают большего бояться, и наряду с этим идет снижение раздраженности, готовности к причинению прямого вреда другим и словесным оскорблениям.

Обида положительно взаимосвязана с уровнем тревожности и отрицательно с раздражительностью, физической и вербальной агрессией, т. е. при увеличении обиды у этих детей повышается тревожность.

Уровень тревожности положительно связан с количеством страхов, т. е. при повышении тревоги дети, страдающие СДВГ с преобладанием невнимательности, испытывают большее количество страхов.

Раздражительность положительно взаимосвязана с уровнем тревоги и физической агрессией, которая негативно связана с чувством вины, обидой и количеством страхов, и положительно с вербальной агрессией. Вербальная агрессия также имеет отрицательную взаимосвязь с чувством вины и обидой.

Полученные данные позволяют предположить, что дети страдающие СДВГ с преобладанием невнимательности, переживают внутри себя негативные эмоции, связанные с упреками родителей и учителей (за плохие оценки, частую отвлекаемость на уроках

* т. д.). На это указывает направленность агрессии на самого ребенка (высокое чувство вины и обиды), снижение агрессии, направленной вовне (физическая, вербальная, косвенная), большое количество страхов и высокий уровень тревожности. В более позднем возрасте это может приводить к различным депрессивным расстройствам, к развитию различных зависимостей.
	+ детей, страдающих СДВГ с преобладанием гиперактивности, наблюдается обратная картина. Агрессия у таких детей направлена преимущественно вовне (физическая, вербальная и др.). Это в свою очередь может привести к развитию девиантного поведения в подростковом возрасте.

Таким образом, дети с разными формами СДВГ имеют различия в эмоциональной сфере, что обусловлено медик психологическими особенностями, определяющими тот или иной вариант течения данного заболевания. 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. Наряду с этим очень важной является работа с семьей и учителями, поскольку негативные переживания, которые эти дети испытывают при общении

* ними, ведут к описанным выше проблемам. Такая работа должна быть, прежде всего, направлена на объяснение особенностей детей
* СДВГ.

**Список литературы**

* 1. Заваденко Н.Н. и др. Лечение минимальных мозговых дисфункций у детей: терапевтические возможности инстенона / Н.Н. Заваденко // Русский медицинский журнал, 2005. – Т.13. – № 12. – С. 828–835.
	2. Лазебник Т.А. и др. Клинико-анамнестические особенности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности / Т.А. Лазебник // Первый Балтийский конгресс по детской неврологии. Материалы. – СПб.: Человек и здоровье, 2007. – С. 89–90.
	3. 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 / А.М. Романов, Ю.А. Фесенко. – СПб, 2007. – С.225–227.
	4. Фесенко Ю.А. Монополярные пограничные психические расстройства у детей / Ю.А. Фесенко. – СПб.: НАУКА-ПИТЕР, 2007. – 232 с.
	5. Фесенко Ю.А. Между здоровьем и болезнью (клинические и психолого-педагогические аспекты диагностики и коррекции нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья): моногр. / Ю.А. Фесенко. – СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2009. – 220 с.
	6. Фесенко Ю.А., Фесенко Е.В., Романов А.М. Профилактика нарушений интеллектуального развития ребенка путем восстановления межструктурных взаимоотношений головного мозга / Ю.А. Фесенко, Е.В. Фесенко, А.М. Романов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2009. – №2. – С. 4–8.
	7. Barkley R.A. International Consensus Statement on attention deficit hyper-activity disorder/ R.A. Barkley // Clin. Child Fam. Psychol. Rev., 2002. – Vol. 5.