

УМК 159.9.019.43 (575.2) (04)

**НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ  
ПРИ СИНДРОМЕ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ**

***З.А. Ахметова***

Рассмотрены непатологические формы нарушений поведения и их возрастные особенности, встречающиеся при синдроме дефицита внимания и гиперактивности.

*Ключевые слова:* синдром дефицита внимания и гиперактивности; нарушения поведения; импульсивность, агрессивность.

В последние годы усиливается внимание широкого круга исследователей (психологов, врачей, социологов, педагогов и др.) к проблеме нарушений поведения у детей. Изучение этого вопроса у детей имеет большое значение для психологов, поскольку одна из задач психологии состоит в разработке методов психолого-педагогической коррекции [1].

Согласно Н.Н. Заваденко и др., самой частой причиной нарушений поведения у детей является синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) [2]. Данные о распространенности СДВГ в разных странах отличаются широкой вариабельностью: от 1–3% в Великобритании до 4–20% в США. В России, по данным различных авторов, распространенность синдрома колеблется от 2 до 47% [3]. Целью данной работы является теоретическое исследование особенностей нарушения поведения при СДВГ.

Практика показывает, что большинство “трудных” детей любого возраста принадлежит к категории гиперактивных [4, 5]. По данным Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Сувориновой, нарушения поведения встречаются у 71% мальчиков и 68% девочек [2], согласно Э. Мэш, Д. Вольф – у 50% детей с СДВГ [6]. Как считают Н.Н. Заваденко и др., возможные причины для такого совпадения: а) СДВГ может быть катализатором расстройств поведения, придав им устойчивость и/или способствуя развитию более серьезных проблем в поведении; в) СДВГ может привести к более

раннему возникновению расстройств поведения. Сопутствующие СДВГ нарушения поведения рассматриваются в качестве прогностически неблагоприятных факторов [5]. Согласно данным И.Ю. Заломихиной, в связи со значительными нарушениями поведения 18% школьников с СДВГ обучалось на дому [3].

Теоретический анализ библиографических данных, относящихся к понятию “поведение”, показал, что под данным термином психологи понимают следующее:

1. Поведение – это присущая живым существам активность, служащая для осуществления контакта с окружающим миром (в том числе с обществом) и подготавливающая удовлетворение потребностей организма, опосредованная их внешней (двигательной) и внутренней (психической) активностью [7–9].

2. Поведение – психологическая и физическая манера вести себя, при которой индивид учитывает стандарты, установленные в социальной группе, к которой он принадлежит [10].

3. Общий термин, описывающий любую реакцию организма, которую можно измерить (бихевиоризм), чаще делает акцент лишь на явных и наблюдаемых реакциях [11]. Такое определение данного понятия используется в настоящее время крайне редко.

Итак, если под словом “нарушение” понимать отклонение от общепринятых стандартов и требований, тогда на основании вышеперечис-

ленных дефиниций понятия “поведение”, получим: нарушение поведения – это такое отклонение поведения от общепринятых стандартов или манеры вести себя, которые препятствуют полноценному взаимодействию с окружающим миром и удовлетворению потребностей.

Юридически проблемы поведения определяются как делинквентные или криминальные акты, однако юридические определения не учитывают антисоциальное поведение очень маленьких детей (например, непослушание или агрессию), возникающее дома или в школе [12].

С психиатрической точки зрения, согласно МКБ-10, нарушения поведения – это расстройства, включающие главным образом агрессивность и деструктивное поведение, а также расстройства, включающие правонарушения. Могут наблюдаться также легкие эмоциональные расстройства [Цит. по 10]. В справочнике DSM IV TR расстройства социального поведения – это устойчивые паттерны антисоциального поведения, представленные категориями оппозиционно-демонстративного расстройства и расстройства поведения [13].

С психологической точки зрения проблемы поведения ребенка, как считают Э. Мэш и Д. Вольф, связаны со статистической характеристикой, которую называют экстернализированным поведением, заключающимся в сочетании импульсивных, сверхактивных, агрессивных и делинквентных актов [12].

Оксфордский словарь по психологии [14] определяет нарушение поведения как очень общий термин, используемый для обозначения любой отклоняющейся от нормы или неадаптивной модели поведения, достаточно серьезной, чтобы стать объектом внимания консультирующих психологов или психотерапевтов.

К.С. Лебединская и другие дифференцируют патологические и непатологические формы нарушений поведения, именно последние, к которым авторы относят явления педагогической и социальной запущенности, нуждаются в первую очередь в психолого-педагогической, социальной коррекции, а патологические формы требуют совместных усилий педагога и врача, медикаментозной терапии [1].

Рассмотрим непатологические формы нарушения поведения, которые препятствуют ребенку полноценно взаимодействовать с окружающим миром, адаптироваться к нему, удовлетворять потребности, и эти нарушения достаточно серьезные, чтобы стать объектом внимания психологов или психотерапевтов.

Большинство авторов к непатологическим формам нарушения поведения, встречающимся при СДВГ, относят импульсивность, агрессивность [4, 15, 16, 17], склонность к риску [12, 17], некоторые формы делинквентного поведения [12], а также трудности во взаимодействии с окружающими людьми, которые могут проявляться в виде упрямства, непослушания [2], задиристости, негативизма [4, 15].

*Импульсивность* по данным И.П. Брызгунова и др., встречается у 63–84% детей с СДВГ [4]. Под импульсивностью Э. Мэш, Д. Вольф [12] понимают невозможность контроля над своими импульсами. Импульсивность может проявляться: 1) неряшливым выполнением школьных заданий, несмотря на усилия все делать правильно [18]; 2) частыми выкриками с места, ребенок выкрикивает ответ, не дослушав вопроса, без разрешения встает со своего места [15; 18; 19]; 3) “влезаниями” в разговор или работу других детей [15; 18; 20]; 4) неспособностью ждать своей очереди в играх, во время занятий и т.д. [15; 18; 19]; 5) частыми драками с другими детьми (причина – неумение проигрывать); 6) частой сменой настроения [19]; 7) ребенок часто действует, не подумав, может попадать в опасные ситуации [15; 16; 19; 20]; 8) нравится работа, которую можно сделать быстро [19]; 9) легко переносит наказания, не помнит обиды, не держит зла, поминутно ссорится со сверстниками и тут же мирится [16]. Импульсивность повышает риск травм [20], приводит к крайней нетерпеливости, излишней активности в отстаивании собственных интересов, что нередко создает конфликтные ситуации [15]. Никто, даже сам ребенок, не знает, что сделает в следующий миг [16].

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, невзвизра

на требования взрослых, крайняя нетерпеливость; в подростковом возрасте – хулиганские выходки и асоциальное поведение (кражи, употребление наркотиков, беспорядочные половые связи) [18]. Импульсивность у взрослых: говорят прежде, чем думают, вмешиваются в чужой разговор, нетерпеливы, делают покупки, не подумав, часто и внезапно меняют знакомства, чаще разводятся, могут проявлять асоциальное поведение, стремятся к сиюминутным удовольствиям без мыслей о последствиях, часто принимают непродуманные решения [18].

Одним из последствий импульсивности является *склонность к риску* [16]. Согласно данным Э. Мэш, Д. Вольф, до 50% детей с СДВГ считаются склонными к риску [10]. В результате несчастных случаев они более чем в 2 раза чаще по сравнению с другими детьми получают переломы костей, рваные раны, тяжелые ушибы, отравления или черепно-мозговые травмы [12; 20]. Пожизненная предрасположенность к риску и тяга к опасным ситуациям в сочетании с пониженной склонностью к здоровому образу жизни определяют прогноз меньшей продолжительности жизни у лиц, страдающих СДВГ (в среднем – на 8 лет короче) [12]. Паттерны рискованного поведения могут проявляться в том, что лица с СДВГ часто попадают в дорожно-транспортные происшествия (в четыре раза чаще, чем сверстники, не страдающие СДВГ [24]; СДВГ – существенный фактор риска раннего начала курения, злоупотребления психоактивными веществами и рискованного сексуального поведения [12].

*Агрессивность.* По данным А. Кошелевой и др., матери 66% детей с СДВГ отмечают, что их дети вступают в конфликты во время игр, агрессивны [23], согласно А. Максимовой, у 65% детей с СДВГ есть проблемы с повиновением вышестоящим авторитетам, в том числе проявления агрессивности на словах и вспышки раздражения [24], И.П. Брызгунов и др. отмечают, что 32% гиперактивных детей проявляют агрессивное поведение [4]. Все эти данные свидетельствуют о том, что агрессивность – это весьма распространенное явление у детей с СДВГ. По сведениям А. Максимовой, такое поведение уже начинает проявляться среди детей с СДВГ так

называемого ползункового возраста, эти дети дерутся, царапаются, кусаются, без видимых причин ими овладевают припадки ярости, все разрушают, проявляют агрессивность к другим детям и даже по отношению к взрослым [24]. Как указывает Е. Дударева [21], гиперактивные дети, как правило, не злы, они не способны долго вынашивать обиду или планы мести, не склонны к целенаправленной агрессии, но в запале драки, когда отказывают слабые механизмы торможения, они могут быть безотчетно жестоки. Е.А. Дремова считает, что ребенок ожесточается в результате постоянных укоров, одергиваний, наказаний [19]. Пожалуй, никакое другое нарушение при СДВГ не вызывает так много нареканий со стороны родителей и воспитателей, как вопиющая расторможенность и отвлекаемость. Такому ребенку более всех грозит неприятие, так как он способен вывести из себя даже самых спокойных взрослых. Никого столько не укоряют, не наказывают, не одергивают, сколько его. В результате ребенок ожесточен, у него развивается отрицательная, а часто агрессивная реакция на окружающих, он становится неуправляемым, “трудным” ребёнком. Такая модель защитного поведения порой выгодна для него, а потому трудно исправляема, считают И.П. Брызгунов и др. [4].

*Делинквентное поведение.* Будучи подчиняемыми и ведомыми, подростки с СДВГ склонны к вовлечению в подростковые группировки, совершению правонарушений, употреблению алкоголя и наркотиков [17]. СДВГ часто способствует развитию аддиктивных расстройств: алкоголизма и наркомании [4; 15; 20]. Подростки с СДВГ в 4 раза чаще попадают под арест, чем их сверстники, не страдающие СДВГ [20], часто попадают в асоциальные компании [4], у девочек-подростков с СДВГ чаще встречаются незапланированные беременности [20]. Причины, по которым дети с СДВГ попадают в асоциальные компании: а) постоянное сдерживание и подавление, и ребенка, в конце концов, убеждают, что он “самый плохой”, такой ребенок может игнорировать учебу в школе или может стать неустойчивым, в таком случае он слепо следует за любой подростковой группой в праздном времяпрепровождении [22]; б) ребенок с СДВГ

живёт в состоянии непрерывного стресса, уходя в школу, он знает, что его опять будут ругать. Поэтому такой ребенок быстро находит место, где его принимают и даже одобряют. Это место – улица, двор [21]; в) выраженные симптомы в детском возрасте [20]; г) СДВГ у родителей [20]; д) низкий социально-экономический статус семьи; е) низкий интеллектуальный уровень родителей [20]. Ю.С. Шевченко отмечает [Цит. по 3], что частота асоциального поведения у подростков с синдромом СДВГ колеблется от 10 до 50%. По данным И. Ю. Заломихиной, признаки асоциального поведения выявлены у 11% школьников 10–11 лет [3]. Согласно А. Максимовой, причины, по которым ребенок с СДВГ совершает антиобщественные поступки, кроются в том, что он не способен предугадать результаты своего поведения и не признает авторитетов [24].

*Отношения с окружающими.* Как правило, нарушены отношения и со сверстниками, и со взрослыми. В психическом развитии дети с СДВГ отстают от сверстников, но стремятся руководить ими. Их неумение регулировать эмоции и возникающие вспышки агрессивности приводят к конфликтам и обеспечивают плохую репутацию [12]. Более разговорчивы, чем другие дети, и более склонны к началу общения [2]. Но нежелание играть по тем же правилам, что и другие [16], невнимательность во время игр и других занятий, невосприимчивость к оттенкам межличностных взаимоотношений, непредсказуемость, импульсивность и часто возникающее желание заняться чем-то другим приводят к тому, что дети с СДВГ оказываются не слишком хорошими партнерами. В результате они не могут долго играть, успешно общаться и устанавливать дружеские отношения со сверстниками. Из-за неприязни со стороны сверстников и стремления верховодить они вынуждены общаться с самыми “покладистыми” или с младшими детьми. Всегда привлекают общее внимание, ведут себя очень шумно, социально активны, но их активность неадекватна социальному контексту. Они не испытывают недостатка в социальных знаниях, они просто не могут применить эти знания во время общения [12]. Трудно складываются и отношения со взрослыми. На

детей с СДВГ обычные наказания и поощрения не действуют [12]. Быстрые и импульсивные дети не умеют сдерживать свои желания, организовать поведение. В любой ситуации доставляют окружающим много хлопот. Гиперактивные крайне “неудобны” для воспитателей, учителей и даже родителей, в некоторых случаях такие дети могут провоцировать родителей к резко агрессивным реакциям [23]. В классе такой ученик – постоянная головная боль для учителя [4].

*Школьная дизадаптация.* По данным Н.Н. Заваденко, СДВГ является одной из наиболее частых причин школьной дизадаптации [15, 22]. Под этим термином понимают нарушение приспособления личности школьника к условиям обучения в школе, которое выступает как частное явление расстройства у ребенка общей способности к психической адаптации в связи с какими-либо патологическими факторами [20]. Факторами школьной дизадаптации при СДВГ выступают: а) неспособность центральной нервной системы гиперактивного ребенка справляться с новыми требованиями, предъявляемыми ему в условиях увеличения физических и психических нагрузок [20], поэтому навыки чтения и письма у детей с СДВГ ниже, чем у сверстников [15, 20]; б) чрезвычайная подвижность, дети не могут усидеть на месте во время урока и выполнения домашних заданий [20]; в) недостаточная сформированность чувства ответственности и навыков работы в коллективе [4]; г) неспособность организовать собственную деятельность, социальная незрелость (в школе они продолжают вести себя, как в детском саду, не могут усвоить новые обязанности) [4]. Эмоциональная напряженность, свойственная таким детям, склонность остро переживать трудности, которые возникают при обучении в школе, приводят к тому, что у них легко формируются враждебность ко всему, связанному со школьным обучением. Эти вторичные расстройства усугубляют картину, усиливают школьную дизадаптацию [16]. По мнению Р. Шейдера, нелеченный СДВГ – частая причина исключения из школы [18], по сведениям А. Максимовой, 45% детей с СДВГ были отстранены от школы [24]. Согласно данным Н. Н. Заваденко и др., лишь 15% из

таких детей против 50% в контроле оканчивает школу [15].

*Возрастные особенности нарушений поведения при СДВГ.* Если в дошкольном возрасте среди детей с СДВГ преобладают гиперактивность, двигательная расторможенность, моторная неловкость, отвлекаемость наряду с задержкой темпов психомоторного и эмоционального развития, то в младшем школьном возрасте на первый план выступают формирование школьной дизадаптации, нарастание проблем во взаимоотношениях с окружающими [17]. В подростковом возрасте у детей с СДВГ нередко нарастают агрессивность, трудности во взаимоотношениях в семье и школе, ухудшается успеваемость, может появиться тяга к употреблению алкоголя и наркотиков [15]. Окружающие по-прежнему характеризуют поведение подростков с СДВГ как незрелое, не соответствующее возрасту [17]. Взрослые с СДВГ чаще страдают поведенческими расстройствами или аддиктивными расстройствами, чем их здоровые сверстники. Вероятность криминального поведения в зрелости возрастает в тех случаях, когда СДВГ сочетается с расстройствами поведения. По данным Н.Н. Заваденко, нарастание нарушений поведения с формированием его антисоциальных форм наблюдается у 25% взрослых, включая конфликты с другими людьми, нестабильные ситуации с работой, злоупотребление алкоголем, прием наркотиков [17]. Прямая связь между СДВГ и совершением преступлений у взрослых отсутствует [20].

Таким образом, в данной статье мы рассмотрели такие формы нарушения поведения, распространенные у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, препятствующие полноценному взаимодействию с окружающим миром, удовлетворению потребностей, как импульсивность, стремление к риску, агрессивность, делинквентное поведение, которые часто приводят к школьной дизадаптации и проблемам во взаимоотношениях с окружающими.

#### **Литература**

1. Лебединская К.С., Райская М.М., Немировская С.В., Грибанов Г.В., Ростягайлова Л.И., Явкин В.М. Клинико-психологический анализ нарушений поведения у подростков // Дефектология. 1982. №2. С. 11–18.
2. Тревожность у детей с гиперактивностью и дефицитом внимания: терапевтическая эффективность пираретама / Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинова. [Электронный ресурс] – Режим доступа: [http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/02\\_03c/30.shtml](http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/02_03c/30.shtml)
3. Заломихина И.Ю. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей // Логопед. 2007. №3. С. 33–39.
4. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях. М.: Изд-во Ин-та Психотерапии, 2001. 96 с.
5. 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.
6. Мэйш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. 384 с.
7. Большой психологический словарь / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. М.: Прайм-Евразнак, 2003. 672 с.
8. Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. М.: Политиздат, 1990. 494 с.
9. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь, психиатрических терминов: В 2 т. Т. 2. Ростовна-Дону: Феникс, 1996. 448 с.
10. Краткий словарик по психиатрии [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://vocabulary.ru/dictionary/664/word/>
11. Кордуэлл М. Психология. А–Я: Словарь-справочник / Пер. с англ. К.С. Ткаченко. М.: ФАИР-ПРЕСС, 2000. 448 с.
12. Мэйш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. 384 с.
13. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. М.: Академический проект; Триеста, 2005. 336 с.
14. Оксфордский толковый словарь по психологии / Под ред. А. Ребера, 2002 [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://vocabulary.ru/dictionary/487/>
15. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Румянцева М.В. Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики // Дефектология. 2003. №6. С. 13–20.

16. *Горпинич Ж. О.* Гиперактивность детей младшего школьного возраста. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://festival.1september.ru/articles/103539/?member=103539>
17. *Заваденко Н.Н.* Нарушения когнитивных функций и процессов, определяющие клиническую картину гиперактивного расстройства с дефицитом внимания. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://hyperactivity-info.org.ua/index.php>
18. Психиатрия / Под редакцией Р. Шейдера / Пер. с англ. М., Практика, 1998. 485 с.
19. *Дремова Е.А.* Гиперактивные дети и проблемы их обучения. [Электронный ресурс] – Режим доступа: [http://www.education.rekom.ru/5\\_2001/dremowa.html](http://www.education.rekom.ru/5_2001/dremowa.html)
20. *Монина Г.Б., Лютова-Робертс Е.К., Чутко Л.С.* Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь. СПб.: Речь, 2007. – 186 с.
21. *Дударева Е.* Гипердинамический ребенок. [Электронный ресурс] – Режим доступа: [http://www.e1.ru/articles/kid/page\\_1/000/384/article\\_384.html](http://www.e1.ru/articles/kid/page_1/000/384/article_384.html)
22. *Гарбузов В.И.* Сверхподвижные и пассивные дети. [Электронный ресурс] – Режим доступа: [http://adalin.mospsy.ru/r\\_02\\_00/r\\_02\\_051.shtml](http://adalin.mospsy.ru/r_02_00/r_02_051.shtml)
23. *Кошелева А.Д., Алексеева Л.С.* Диагностика и коррекция гиперактивности ребенка. М.: НИИ семьи, 1997. 64 с.
24. *Максимова А.* Гиперактивность и дефицит внимания и у детей / А. Максимова. Ростов н/Д.: Феникс, 2006. 224 с.