

УДК 159.922.76 : 316.6

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ

*З.А. Ахметова, Ч.М. Капарова*

Проведен сравнительный анализ данных государственной статистики Кыргызской Республики и Российской Федерации с целью приблизительной оценки ситуации, влияющей на распространенность синдрома дефицита внимания и гиперактивности среди детей.

*Ключевые слова:* синдром дефицита внимания и гиперактивности; факторы синдрома дефицита внимания и гиперактивности; государственная статистика.

---

## SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS OF DEVELOPING OF THE ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AMONG CHILDREN

*Z.A. Ahmetova, Ch.M. Kaparova*

The comparative analysis of the state statistics data of the Kyrgyz Republic and the Russian Federation for the approximate estimate of the situation influencing developing of the attention deficit hyperactivity disorder among children was carried out.

*Keywords:* attention deficit hyperactivity disorder; factors of attention deficit hyperactivity disorder; state statistics.

Социальная значимость синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей определяется тем, что данный синдром является одной из самых частых причин обращения за помощью к специалистам в области психиатрии, неврологии, психологии, педагогики [1], в связи с поведенческими нарушениями, трудностями обучения (100 % [2]), школьной дезадаптации [1; 3; 4]. К подростковому возрасту у этих детей могут нарастать нарушения поведения, поэтому они входят в группу риска по совершению правонарушений, развитию алкоголизма и наркомании [3–5].

Во всем мире последнее десятилетие наблюдается тенденция к более высокому распространению СДВГ в детской популяции: 7,5–15 % в экономически развитых странах [6], в России, по данным различных авторов, распространенность синдрома колеблется от 2 до 47 % [1], а среди детей школьного возраста варьирует от 2 до 20 % [7; 8].

Между тем, в Кыргызской Республике до сегодняшнего дня отсутствуют эпидемиологические данные о частоте встречаемости СДВГ, в отдельных медицинских учреждениях статистика ведет-

ся, однако на региональном уровне относительно СДВГ не систематизируется, вследствие чего мы не располагаем сведениями о распространенности СДВГ в Кыргызстане. Несмотря на это, мы можем предположить, что и у нас в стране, при нарастании темпов современной общественной жизни, СДВГ в детской популяции представлен достаточно широко, поскольку отмечается рост факторов, приводящих к данному синдрому.

В статье с помощью данных национального статистического комитета Кыргызской Республики сделана попытка анализа социально-экономической ситуации в нашей стране, способной оказать влияние на распространение СДВГ среди детей. В качестве сравнения приведены данные Российской федеральной службы государственной статистики.

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные изучению причин СДВГ, окончательной ясности в этом вопросе пока не достигнуто. Предполагается, что на развитие синдрома влияет большое количество причин. Библиографический анализ позволил нам выделить следующие факторы, которые могут оказаться причиной СДВГ.

Таблица 1 – Данные государственной статистики КР и РФ, касающиеся биологических факторов СДВГ

№	Фактор СДВГ	2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.	
	Страна	КР	РФ	КР	РФ	КР	РФ	КР	РФ	КР	РФ
1.	Осложнения беременности, родов и послеродового периода	3,20		2,97		3,17		3,16		3,00	
2.	Из числа закончивших беременность страдали анемией (%)	53,5	34,7	64,0	34,1	52,8	32,7	54,0	33,1	51,6	32,0
3.	Нарушения родовой деятельности (%)	2,79	11,3	2,37	11,0	2,71	10,2	3,06	9,91	3,10	9,29
4.	Преждевременные роды (%)	2,01	3,82	2,25	3,87	2,21	4,29	2,23	4,56	1,92	4,36
5.	Недоношенные из числа родившихся живыми (%)	4,9	5,3	5,0	5,29	4,9	5,78	5,1	5,94	4,9	5,82
6.	Внутриутробная гипоксия и асфиксия при родах (% от числа родившихся живыми)	5,3		4,7		3,9		3,3		2,7	
7.	Внутричерепная родовая травма (% от числа родившихся живыми)	0,3		0,2		0,2		0,2		0,1	

**Генетические факторы.** По данным З. Трже-соглавы [5], у 25 % детей с СДВГ отмечается наследственная предрасположенность. Э. Мэш и Д. Вольф [9] считают, что около 30 % близких и дальних родственников детей с СДВГ также обнаруживают это расстройство. Согласно П. Уэндер, Р. Шейдер, 20–30 % родителей больных страдают или страдали синдромом нарушения внимания с гиперактивностью [10]. По данным Н.Н. Заваденко, И.Ю. Заломихиной, наследственный характер СДВГ был подтвержден у 57 % пациентов [1; 3]. L. Willertman отмечает, что у гомозиготных близнецов корреляционная связь высокая, а у гетерозиготных – низкая [5]. И симптомы, и диагноз СДВГ совпадали у монозиготных близнецов в 65 % случаев – примерно вдвое чаще, чем у дизиготных [9].

Биологические факторы играют решающую роль в первые два года жизни ребенка, в последующем они опосредуются психосоциальными факторами [5]. В результате раннего органического поражения нервная система запаздывает в темпах созревания и функционирует на недостаточном уровне. Основным патогенетическим механизмом СДВГ можно считать нарушение своевременности, полноценности и синхронности созревания отдельных мозговых структур, ответственных за формирование, совершенствование функциональных блоков и систем, обеспечивающих активное и устойчивое внимание, целенаправленность и самоконтроль поведения, гармонизацию и сознательную регулирующую психомоторику [1].

Биологические факторы СДВГ подразделяют на пре-, перинатальную и раннюю постнатальную патологию [5]. Согласно данным Национального

статистического комитета КР (таблица 1), осложнения беременности, родов и послеродового периода встречаются приблизительно в 3 % случаев [11].

К факторам пренатальной патологии относятся токсикозы во время беременности, обострения хронических заболеваний у матери, инфекционные заболевания во время беременности, принятие больших доз алкоголя и курение матери во время беременности, травмы в области живота, иммунологическая несовместимость по резус-фактору, попытки прервать беременность или угроза прерывания беременности, анемия. По данным государственной статистики КР и РФ, анемией во время беременности с 2010 по 2014 гг. страдали более половины беременных женщин Кыргызстана [11], в то время как в России у беременных женщин анемия встречается примерно у трети (таблица 1) [12]. По данным Н.Н. Заваденко, нарушения течения беременности, обусловившие хроническую внутриутробную гипоксию плода (к которой особенно чувствителен развивающийся мозг), имели место в 67 % случаев с СДВГ [3].

К факторам перинатальной патологии относится патология родов. Согласно данным Н.Н. Заваденко [3], патология родов среди детей с СДВГ встречалась с высокой частотой – 73 %. Основное место занимают быстрые или затяжные роды, применение акушерских пособий, стимуляция родовой деятельности, отравление наркозом при кесаревом сечении [3]. В числе самых распространенных причин СДВГ, являющихся следствием патологических родов, – родовая травма шейных отделов позвоночника, которая своевременно не диагностируется [1]. Согласно статистическим данным,

нарушения родовой деятельности приблизительно в три раза чаще встречается у российских беременных женщин по сравнению с кыргызстанскими (таблица 1) [11; 12].

К факторам постнатальной патологии относятся асфиксия, недоношенность и переносимость [3]. В ряде исследований отмечена корреляция между нарушением поведения в школьном возрасте и низким весом ребенка при рождении, недоношенностью. По данным государственной статистики, среди российских беременных женщин примерно на треть чаще встречаются преждевременные роды, и приблизительно на один процент чаще рождаются живые недоношенные дети по сравнению с женщинами Кыргызстана (таблица 1) [11; 12]. Относительно внутриматочной гипоксии и асфиксии при родах, а также внутричерепной родовой травмы мы располагаем только сведениями Национального статистического комитета КР [11]. В период с 2010 по 2014 гг. отмечается тенденция к понижению распространенности данных явлений среди новорожденных: внутричерепная родовая травма – от 0,3 % до 0,1 %, внутриматочная гипоксия и асфиксия при родах – от 5,3 % до 2,7 % [11]. Несмотря на снижение частоты последнего явления, нам представляется, что оно все еще остается достаточно распространенным (в качестве фактора, приводящего к СДВГ).

Таким образом, среди биологических факторов СДВГ в КР, по сравнению с РФ, более распространена анемия, в то время, как в России чаще встречаются нарушения родовой деятельности и рождение недоношенных детей. Приведенный сравнительный анализ некоторых биологических факторов СДВГ, представленных в государственной статистике КР и РФ, позволяет нам предположить, что данные факторы шире представлены в Российской Федерации, однако, на наш взгляд, этих сведений недостаточно, чтобы сделать вывод о том, что в РФ более “благоприятная” биологическая почва для развития СДВГ.

По данным Н.Н. Заваденко, влияние социально-психологических факторов обнаружено в 63 % случаев [3]. Исследования Н.Н. Заваденко [3], И.П. Брызгунова [5] и др. показали, что две трети детей с СДВГ – это дети из семей высокого социального риска: воспитание в неполной семье (26 % случаев), многодетные семьи; низкий уровень материальной обеспеченности семьи [9] (25 %), низкий уровень образования у родителей (19 %), семьи с высоким уровнем психологической напряженности (постоянные ссоры и конфликты между родителями, трудности во взаимоотношениях между родителями и детьми, жестокое об-

ращение с ребенком) (18 %); неудовлетворительные условия проживания (14 %), семьи, ведущие асоциальный образ жизни (родители страдают алкоголизмом (13%), наркоманией, психическими заболеваниями, ведут аморальный образ жизни, совершают правонарушения); несогласованность подходов к воспитанию ребенка (12 %); особенности воспитания – гиперопека, эгоистическое воспитание по типу “кумира семьи” или, наоборот, педагогическая запущенность.

Как видно из таблицы 2, риск воспитания в неполной семье выше в России [14], где на долю разводов приходится более половины заключенных браков, в то время как в КР распадается приблизительно каждый шестой брак [13]. Однако число детей, рожденных у женщин, гражданок КР, не состоящих в зарегистрированном браке, является достаточно высоким – от 30,9 % в 2010 г. до 25,9 % – в 2014 г. [13]. Очевидно, что ситуация, связанная с материальной обеспеченностью семьи, значительно менее благоприятна в КР. Так, у нас в стране среднедушевой доход приблизительно на 20 % ниже прожиточного минимума, и эта ситуация наблюдается в течение всех представленных лет, с 2010 по 2014 гг. [15], в то время, как в Российской Федерации доход на душу населения более чем в три раза превышает прожиточный минимум (таблица 2) [16]. Расход на душу населения в КР также ниже прожиточного уровня, у нашего соседа – приблизительно в два раза расходы превышают прожиточный минимум [15; 16]. В обеих странах отмечается тенденция к снижению уровня бедности, однако в КР за чертой бедности остается около трети населения, в России этот показатель находится в пределах 11–12 %, при этом уровень безработицы в КР выше приблизительно на 3 процента и составляет около 8 % (таблица 2) [15; 16]. Уровень образования также ниже в Кыргызстане: результаты переписи населения показали, что высшее образование в КР имеют 15 % населения, а в РФ – 22,8 %, неполное высшее в КР – 2,6, в РФ – 4,4, среднее профессиональное в КР – 9, в РФ – 30,3 % (таблица 2) [13; 17]. Относительно асоциального образа жизни картина в Кыргызстане более благоприятна по сравнению с Россией, так, в КР алкоголизмом страдают примерно на 40 %, а наркоманией приблизительно на 25 % меньше, чем в РФ [11; 18]. Однако не следует забывать, что это данные официальной статистики и речь идет только о больных алкоголизмом и наркоманией, состоящих на учете в наркологических учреждениях.

R.A. King и J.D. Noshpitz (1991) установили, что у детей из семей с высоким социально-экономическим статусом последствия пре- и перинатальной патологии исчезают к моменту поступления

Таблица 2 – Данные государственной статистики КР и РФ, касающиеся социально-психологических факторов СДВГ

№	Фактор СДВГ	2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.	
	Страна	КР	РФ	КР	РФ	КР	РФ	КР	РФ	КР	РФ
1.	Разводы (% от заключенных браков)	16,2	52,6	15,4	50,9	15,8	53,1	16,9	54,5	16,8	56,6
2.	Число детей, рожденных женщинами, не состоявшими в зарегистрированном браке (% от числа родившихся)	30,9		29,9		28,1		26,3		25,9	
3.	Среднедушевой доход домашних хозяйств (сом./руб. в месяц)	2494	18958	2936	20780	3215	23221	3336	25928	3957	27766
4.	Прожиточный минимум в среднем на душу населения (сом./руб. в месяц)	3502	5688	4390	6369	4341	6510	4599	7306	4981	8050
5.	Среднедушевые денежные расходы (сом./руб. в месяц)	2449	10122	2762	11286	2503	12624	2767	13707	3249	14630
6.	Уровень бедности (%)	33,7	12,5	36,8	12,7	38,0	10,7	37,0	10,8	30,6	11,2
7.	Уровень безработицы населения (%)	8,6	7,3	8,5	6,5	8,4	5,5	8,3	5,5	8,0	5,2
	Уровень образования населения в возрасте 15 лет и более (%)										
8.	Высшее		22,8					15			
9.	Неполное высшее		4,4					2,6			
10.	Среднее профессиональное		30,3					9			
11.	Больные алкоголизмом, состоящих на учете в наркологических учреждениях (на 100 000 населения)	718	1367	741	1304	752	1261	727	1216	674	1155
12.	Больные с наркотической и ненаркотической зависимостью, состоящие на учете в наркологических учреждениях (на 100 000 населения)	195	232	200	224	180	220	171	215	159	206

в школу, тогда как у детей из неблагополучных в этом отношении семей они продолжают сохраняться [5]. Таким образом, благодаря статистическим данным, мы видим, что компенсаторные возможности семьи относительно синдрома дефицита внимания и гиперактивности значительно ниже в Кыргызской Республике по сравнению с Российской Федерацией.

Итак, анализ данных государственной статистики Кыргызской Республики и Российской Федерации, касающихся биологических и социально-психологических факторов распространенности синдрома дефицита внимания и гиперактивности, показал, что биологические факторы, способные повлиять на развитие СДВГ, сильнее представлены в России, в то время как социально-психологиче-

ские факторы значительно более выражены в Кыргызстане. Это позволяет нам прийти к заключению, что социально-экономическая ситуация в нашей стране может оказывать серьезное негативное влияние на психическое здоровье детей, в частности на развитие синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Мы предполагаем, что синдром дефицита внимания и гиперактивности – это распространенное явление не только в Российской Федерации, но и в Кыргызской Республике.

#### Литература

1. Заломихина И.Ю. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей / И.Ю. Заломихина // Логопед. 2007. № 3. С. 33–39.

2. Тревожность у детей с гиперактивностью и дефицитом внимания: терапевтическая эффективность пирацетама / Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинова. URL: [http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/02\\_03c/30.shtml](http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/02_03c/30.shtml)
3. *Заваденко Н.Н.* Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики / Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинова, М.В. Румянцева // *Дефектология*. 2003. № 6.
4. *Монина Г.Б.* Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь: монография / Г.Б. Монина, Е.К. Лютова-Робертс, Л.С. Чутко. СПб.: Речь, 2007. 186 с.
5. *Брызгунов И.П.* Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях / И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова. М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. 96 с.
6. *Хотылева Т.Ю.* Технологии психолого-педагогической помощи детям с СДВГ в Норвегии / Т.Ю. Хотылева, Т.В. Ахутина // *Психологическая наука и образование*. 2010. № 5. URL: [http://www.psyedu.ru/journal/2010/5/Hotyleva\\_Ahutina.phtml](http://www.psyedu.ru/journal/2010/5/Hotyleva_Ahutina.phtml)
7. *Бадалян Л.О.* Синдромы дефицита внимания у детей / Л.О. Бадалян, Н.Н. Заваденко, Т.Ю. Успенская // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 1993. № 3. С. 74–90.
8. *Разумникова О.М.* Соотношение оценок внимания и успешности обучения / О.М. Разумникова, Е.И. Николаева // *Вопр. психол.* 2001. № 1. С. 123–129.
9. *Мэш Э., Вольф Д.* Детская патопсихология: нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. 384 с.
10. *Уэндер П.* Психиатрия / под ред. Р. Шейдера / П. Уэндер, Р. Шейдер. М.: Практика, 1998. 485 с.
11. *Здоровье населения и здравоохранение в Кыргызской Республике: статистический сборник*. Бишкек, 2015. 301 с.
12. *Состояние здоровья беременных, рожениц, родильниц и новорожденных*. URL: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/zdrav/zdr3-2.xls](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/zdrav/zdr3-2.xls)
13. *Социальные тенденции Кыргызской Республики: 2010–2014: Выпуск 11*. Бишкек: Нацстатком КР, 2015. 147 с.
14. *Разводы*. URL: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/demo/demo32.xls](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo32.xls)
15. *Уровень жизни населения Кыргызской Республики: 2010–2014*. Бишкек, 2015. 132 с.
16. *Уровень жизни*. URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/level/](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/level/)
17. *Образование*. URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/education/](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/education/)
18. *Здравоохранение*. URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#)