

*ДЖОС Юлия Сергеевна, кандидат медицинских наук, доцент, заместитель директора по научной работе института медико-биологических исследований Северного (Арктического) федерального университета имени М.В. Ломоносова. Автор 53 научных публикаций, в т. ч. одной монографии*

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ И ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ<sup>1</sup>**

В статье представлены наиболее часто встречающиеся виды коморбидных расстройств при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью. Отмечено, что в появлении различных форм нарушений поведения и эмоциональных расстройств у детей значительная роль отводится социальным факторам, включая неблагоприятные условия микросоциальной среды и особенности воспитания. Семейные взаимоотношения часто становятся психотравмирующими для детей. В воспитании детей, имеющих нарушения поведения ( $p < 0,001$ ) и невротические расстройства ( $p < 0,05$ ), преобладает доминирующая гиперпротекция. Представлены причины и механизмы формирования негармоничных типов взаимодействия с ребенком. Применение семейной терапии позволяет выработать новые навыки взаимодействия с проблемным ребенком, ликвидировать коморбидные расстройства у детей.

**Ключевые слова:** дети, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, коморбидные расстройства, семейное воспитание.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) редко встречается изолированно. Более чем в половине случаев СДВГ сочетается хотя бы с одним сопутствующим расстройством. Сопутствующие (коморбидные) расстройства отмечаются одновременно с симптомами СДВГ и приводят к дополнительным сложностям [1, 12]. СДВГ объективно часто сочетается с эмоциональными расстройствами

и нарушениями поведения, психосоматическими проявлениями и трудностями формирования школьных навыков [3, 6, 8]. Кроме того, с СДВГ сопряжены риски употребления наркотиков, ранней алкоголизации и курения [7].

Возникновение коморбидных расстройств при СДВГ зависит от взаимодействия многих факторов: биологических (осложнения беременности и родов, травмы и органические поражения

<sup>1</sup> Работа выполнена в рамках государственного задания № 4.2792.2014 Министерства образования и науки РФ на 2014 год САФУ имени М.В. Ломоносова

© Джос Ю.С., 2014

центральной нервной системы, наследственная предрасположенность), социально-психологических (напряженная обстановка между членами семьи, отклонения в воспитании, эмоциональная депривация, дистрессовые ситуации), личностных (аффективность эмоций, импульсивность, склонность к быстрому формированию стойких поведенческих стереотипов, ригидность, алекситимия, низкий интеллект и др.). Ряд авторов подчеркивают в генезе невротических расстройств и нарушений поведения у детей патопластическую роль отклонений воспитания [4]. Однако семейные факторы являются управляемыми. Применение семейной терапии позволяет установить взаимопонимание между членами семьи и проблемным ребенком, выработать новые навыки взаимодействия, преодолеть непослушание и устранить вызывающее поведение ребенка, адаптироваться к эмоциональным трудностям [11].

Исходя из этого, целью настоящего исследования явилось выявление особенностей семейных взаимоотношений при расстройствах поведения и эмоций у детей.

**Материалы и методы.** Нами обследовано 60 детей с расстройствами поведения (1-ая группа), 40 детей с невротическими расстройствами (2-ая группа) и 40 здоровых детей (3-ая группа).

Группу детей с расстройствами поведения составили: дети с СДВГ (F 90) – 21 чел. (из них СДВГ с преимущественными нарушениями внимания отмечался у 4 детей, СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности – у 2 детей, сочетанная форма СДВГ – у 15); дети с расстройствами поведения, ограниченными рамками семьи (F 91.0) – 8 чел.; дети с несоциализирован-

ными расстройствами поведения, характеризующимися сочетанием упорного диссоциального или агрессивного поведения со значительным общим нарушением взаимоотношений ребенка с другими детьми (F 91.1) – 3 чел.; дети с социализированным расстройством поведения, проявляющимся стойким диссоциальным или агрессивным поведением и возникающим у детей, хорошо интегрированных в группе сверстников (F 91.2) – 2 чел.; дети с сочетанием нарушений поведения внутри и вне семьи – 9 чел.; дети с оппозиционно-вызывающим расстройством (F 91.3) – 17.

У 2-ой группы детей невротические расстройства проявлялись различным сочетанием симптомов: нарушением сна, аппетита, наличием страхов, тревоги, навязчивыми движениями, тиками, энурезом, энкопрезом, вегетативными проявлениями.

В группу здоровых детей были отобраны дети, имеющие 1-ую и 2-ую группу здоровья (т. е. дети без признаков нарушения поведения, не имеющие невротических расстройств и хронических заболеваний). Распределение детей по группам, возрасту и полу представлено в *табл. 1*.

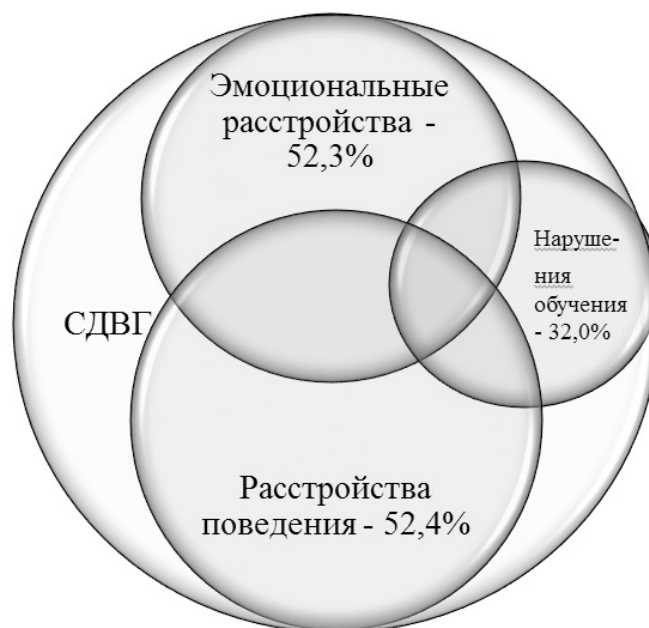
Следует отметить, что у детей 1-й группы нарушения поведения в 51,7 % случаев сопровождались невротическими расстройствами, у 15 % детей наблюдались нарушения в развитии речи и сложности формирования навыков чтения, письма и счета. В подгруппе детей с СДВГ (см. *рисунок*) коморбидные расстройства были отмечены у 90,5 % детей (причем два и более – у 52,4 %).

При сравнении детей с нарушениями поведения и невротическими расстройствами с группой здоровых детей выявлено, что

Таблица 1

**ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУПП ОБСЛЕДОВАННЫХ ДЕТЕЙ**

| Группа детей   | Количество детей | Пол (м:д)     | Средний возраст, лет |
|--|------------------|---------------|----------------------|
| Дети с расстройствами поведения<br>в т. ч. дети с СДВГ | 60<br>21         | 44:16<br>18:3 | 9,3<br>8,9           |
| Дети с невротическими расстройствами                   | 40               | 21:19         | 8,6                  |
| Здоровые дети  | 40               | 21:19         | 9,4                  |



Распространенность коморбидных расстройств в подгруппе детей с СДВГ

у первых в анамнезе чаще отмечаются осложнения течения беременности и родов, наличие перинатального поражения ЦНС (табл. 2).

Нарушения поведения и невротические расстройства были выявлены на основании комплексного медико-психолого-педагогического обследования в Центре компетенций развития ребенка «Содействие» Института медико-биологических исследований САФУ имени М.В. Ло-

моносова. Для оценки эмоционального состояния ребенка использовали метод интервьюирования детей и родителей, наблюдение за поведением ребенка. Особенности воспитания в семье определяли с помощью теста «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г. Эйдемиллер, 1996), тест «Кинетический рисунок семьи», предложенный Р. Бернсом и С. Кауфманом в 1972 году, мы использовали для диагностики внутрисемейных отношений с точки зрения ребенка.

Таблица 2

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ  
У ДЕТЕЙ ОБСЛЕДУЕМЫХ ГРУПП В АНАМНЕЗЕ**

| Вид патологии               | Дети с расстройствами поведения (n = 60) |      | Дети с невротическими расстройствами (n = 40) |      | Здоровые дети (n = 40) |      |
|-----------------------------|--|------|---|------|------------------------|------|
|                             | n  | %    | n   | %    | n                      | %    |
| Патология беременности      | 53***                                    | 88,3 | 37***   | 92,5 | 22                     | 55,0 |
| Патология родов             | 45***                                    | 75,0 | 25**  | 62,5 | 11                     | 27,5 |
| Перинатальное поражение ЦНС | 51***                                    | 85,0 | 34***   | 85,0 | 15                     | 37,5 |

*Примечание:* статистически значимые отличия показателей между 1-й и 3-й; 2-й и 3-й группами: \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

Результаты исследования анализировались с помощью статистического пакета SPSS 17 for Windows. Проверка на нормальность распределения переменных осуществлялась с использованием критериев Колмогорова–Смирнова (для выборки более 50 чел.) и Шапиро–Уилка (для выборки менее 50 чел.). Уровень значимости рассчитывался с помощью критерия  $\chi^2$ -Пирсона. Критический уровень значимости ( $p$ ) при проверке статистических гипотез в исследовании принимали равным и меньше 0,05.

**Результаты и обсуждение.** При изучении эмоционального статуса детей в обследуемых группах (табл. 3) определялись следующие характеристики: эмоциональная лабильность (эмоциональная чувствительность, ранимость, быстрая смена эмоций от обидчивости и плаксивости до смеха), наличие страхов (фобии), тревожность, депрессивность (подавленное настроение, безрадостность, утрата интересов и физической работоспособности), агрессивность, истерические симптомы (эгоцентричность, капризность, низкая способность тормозить свои желания, демонстративность) [10].

Статистически значимых отличий по эмоциональной лабильности в группах обследуемых детей выявлено не было, что позволяет расценивать данную характеристику как возрастную норму для детей школьного возраста.

У детей, участвующих в исследовании, отмечались страхи, сфокусированные на широком диапазоне предметов и ситуаций (страх темноты, оставаться одному, замкнутых или открытых пространств, животных, микробов и грязи, страх ответов на уроках перед классом и др.). Нами фиксировались те страхи, которые не являлись нормальной частью психосоциального развития ребенка. Во всех случаях страхи формировали ограничительное поведение: при возможности дети пытались избегать пугающих ситуаций.

В обследуемых группах фобии преобладают у детей, имеющих невротические расстройства, и встречаются в 35 % случаев. Дети этой группы чаще испытывают различные страхи при сравнении с детьми, имеющими нарушения поведения ( $p < 0,05$ ) и здоровыми детьми ( $p < 0,001$ ). В то же время при сравнении детей с нарушениями поведения со здоровыми детьми отмечено, что страхи встречаются чаще ( $p < 0,01$ ) у детей первой группы. Таким образом, присутствие страхов у детей с нарушениями поведения можно отнести к проявлениям коморбидных расстройств.

По своей природе страхи являются классическим симптомом или признаком того, что у ребенка имеется большое внутреннее напряжение, что он не справляется с жизненными и эмоциональными трудностями. Это подтверж-

Таблица 3

**ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ОБСЛЕДОВАННЫХ ГРУПП**

| Вид расстройства          | Дети с расстройствами поведения (n = 60) |      | Дети с невротическими расстройствами (n = 40) |      | Здоровые дети (n = 40) |      |
|---------------------------|--|------|---|------|------------------------|------|
|                           | n  | %    | n   | %    | n                      | %    |
| Эмоциональная лабильность | 16                                       | 26,7 | 16  | 40,0 | 12                     | 30,0 |
| Фобии                     | 10**                                     | 16,7 | 14***   | 35,0 | 0                      | 0,0  |
| Тревожность               | 21**                                     | 35,0 | 15**  | 37,5 | 3                      | 7,5  |
| Депрессивность            | 0  | 0,0  | 5*  | 12,5 | 0                      | 0,0  |
| Агрессивность             | 28***                                    | 46,7 | 9**   | 22,5 | 0                      | 0,0  |
| Истерия                   | 18**                                     | 30,0 | 5   | 12,5 | 2                      | 5,0  |
| Сочетание                 | 27***                                    | 45,0 | 21***   | 52,5 | 1                      | 2,5  |

Примечание: статистически значимые отличия показателей между 1-й и 3-й; 2-й и 3-й группами: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

дает и повышенный уровень тревожности у обследуемых детей.

При изучении тревожности выявлено, что данный показатель чаще встречается у детей с нарушениями поведения ( $p < 0,01$ ) и невротическими расстройствами ( $p < 0,01$ ) нежели у здоровых детей. Тревожность как личностная характеристика является одним из симптомов невротических расстройств и проявляется у детей с нарушениями поведения при невротическом варианте коморбидных расстройств [13]. В подгруппе детей с СДВГ наличие коморбидных тревожных расстройств определяет более тяжелое течение, худший прогноз и недостаточную эффективность терапии, т. к. это один из факторов, приводящих к значительным нарушениям социальной адаптации у детей и подростков [2, 5]. Выраженность тревоги может варьировать от легкого беспокойства до степени фобии с формированием избегающего поведения. Сочетание тревоги и страхов (тревожно-фобические расстройства) встречаются у 5 % детей с нарушениями поведения и у 7,5 % детей с невротическими расстройствами.

Симптомы депрессивности чаще встречаются у детей с невротическими расстройствами, чем у детей с нарушениями поведения ( $p < 0,01$ ) и здоровых ( $p < 0,05$ ).

Проявления агрессивности сильнее выражены у детей с расстройствами поведения по сравнению с детьми, имеющими невротические

расстройства ( $p < 0,05$ ) и здоровыми ( $p < 0,001$ ). Однако дети с невротическими расстройствами также чаще проявляют агрессию по сравнению со здоровыми детьми ( $p < 0,01$ ).

Симптомы истерии у детей с расстройствами поведения встречаются гораздо чаще, нежели у здоровых детей ( $p < 0,01$ ). Истерические наклонности обычно формируются при неправильном воспитании, когда ребенок находится в центре внимания и ему не создают ограничений в его желаниях, потакают капризам. Истероидные личности всегда излишне эмоционально, бурно реагируют на окружающее, подчеркивая симпатии и антипатии. Они эгоцентричны, капризны, резки в своих движениях, проявления эмоций у них максимально яркие.

Таким образом, у детей с расстройствами поведения преобладают агрессивность, тревожность и истеричность по сравнению со 2-й и 3-й группами детей, что свидетельствует об активном проявлении эмоций у данной группы детей. В то же время для детей с невротическими расстройствами характерны тревожность, фобии и симптомы депрессивности, что свидетельствует о внутреннем напряжении ребенка, переживании эмоций «внутри» и формировании у ребенка невротического внутриличностного конфликта.

При исследовании особенностей воспитания с помощью теста «Анализ семейных взаимоотношений» (табл. 4) выявлено, что в группе

Таблица 4

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕТЕЙ ОБСЛЕДОВАННЫХ ГРУПП ПО ТИПАМ ВОСПИТАНИЯ В СЕМЬЕ**

| Тип воспитания                       | Дети с расстройствами поведения (n = 60) |      | Дети с невротическими расстройствами (n = 40) |      | Здоровые дети (n = 40) |      |
|--------------------------------------|--|------|---|------|------------------------|------|
|                                      | n  | %    | n   | %    | n                      | %    |
| Гармоничный                          | 7***                                     | 11,6 | 7***  | 17,5 | 25                     | 62,5 |
| Потворствующая гиперпротекция        | 13                                       | 21,7 | 14  | 35,0 | 11                     | 27,5 |
| Доминирующая гиперпротекция          | 25***                                    | 41,7 | 10*   | 25,0 | 2                      | 5,0  |
| Повышенная моральная ответственность | 1  | 1,7  | 1   | 2,5  | 0                      | 0,0  |
| Эмоциональное отвержение             | 5  | 8,3  | 0   | 0,0  | 0                      | 0,0  |
| Жестокое обращение                   | 0  | 0,0  | 1   | 2,5  | 0                      | 0,0  |
| Гипопротекция                        | 9  | 15,0 | 7   | 17,5 | 2                      | 5,0  |

Примечание: статистически значимые отличия показателей между 1-й и 3-й; 2-й и 3-й группами: \* –  $p < 0,05$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

здоровых детей преобладает гармоничный тип воспитания ( $p < 0,001$ ), следовательно, для 1-й и 2-й групп характерны нарушения детско-родительских отношений. В группе детей с нарушениями поведения ( $p < 0,001$ ) и в группе детей с невротическими расстройствами ( $p < 0,05$ ) преобладает доминирующая гиперпротекция. При данном типе воспитания ребенок находится в центре внимания родителей, которые отдают ему много сил и времени, однако в то же время, лишают его самостоятельности, ставя многочисленные ограничения и запреты. У детей такие запреты могут вызывать переживания фрустрации и оппозиционно-вызывающие расстройства поведения, в подростковом возрасте – реакции эмансипации и обуславливать острые аффективные реакции с внешненаправленной агрессией. С другой стороны, когда чрезмерно опекающий и авторитарный родитель принимает решения за ребенка, защищает его даже от незначительных или воображаемых трудностей, у ребенка может формироваться зависимое поведение,

отсутствие ответственности, а также трудности в общении с окружающими. Это приводит к риску попадания в асоциальную группу сверстников [9].

Причины негармоничного воспитания разнообразны. Это могут быть определенные обстоятельства в жизни семьи, мешающие наладить адекватное воспитание, отклонения личности самих родителей (стиль доминирования может быть обусловлен инертно-импульсивной акцентуацией родителей или чертами тревожной мнительности), а также психологическими (личностными) проблемами родителей, решаемыми за счет ребенка. В последнем случае в основе негармоничного воспитания лежит личностная проблема, чаще носящая характер неосознаваемой проблемы, потребности. Родитель пытается разрешить ее (удовлетворить потребность) за счет воспитания ребенка.

В этих случаях причины доминирующей гиперпротекции в группах обследуемых детей (табл. 5) обусловлены проекцией нежелаемых качеств на ребенка (ПНК) и фобией утраты (ФУ).

Таблица 5

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЧИН НЕГАРМОНИЧНОГО ВОСПИТАНИЯ  
СРЕДИ ОБСЛЕДОВАННЫХ ГРУПП ДЕТЕЙ**

| Причина  | Дети с расстройствами поведения (n = 60) |      | Дети с невротическими расстройствами (n = 40) |      | Здоровые дети (n = 40) |      |
|--|--|------|---|------|------------------------|------|
|  | n  | %    | n   | %    | n                      | %    |
| Расширение сферы родительских чувств               | 0  | 0,0  | 1   | 2,5  | 1                      | 2,5  |
| Предпочтение детских качеств                       | 6  | 10,0 | 3   | 7,5  | 4                      | 10,0 |
| Воспитательная неуверенность родителя              | 13                                       | 21,7 | 11  | 27,5 | 8                      | 20,0 |
| Фобия утраты ребенка                               | 6*                                       | 10,0 | 10***   | 25,0 | 0                      | 0,0  |
| Неразвитость родительских чувств                   | 4  | 6,6  | 0   | 0,0  | 1                      | 2,5  |
| Проекция на ребенка собственных нежелаемых качеств | 18***                                    | 30,0 | 6*  | 15,0 | 1                      | 2,5  |
| Воспитательный контроль                            | 0  | 0,0  | 1   | 2,5  | 0                      | 0,0  |
| Предпочтение женских качеств                       | 11                                       | 18,3 | 5   | 12,5 | 4                      | 10,0 |
| Предпочтение мужских качеств                       | 1  | 1,7  | 0   | 0,0  | 0                      | 0,0  |
| Отсутствие причины                                 | 1***                                     | 1,7  | 3***  | 7,5  | 21                     | 52,5 |

Примечание: статистически значимые отличия показателей между 1-й и 3-й; 2-й и 3-й группами: \* –  $p < 0,05$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

---

ФУ утраты при доминирующей гиперпротекции приводит к опеке ребенка даже по мелочам. Родителям свойственна повышенная неуверенность, боязнь ошибиться, преувеличенные представления о «хрупкости» ребенка, его болезненности. Часто в этих случаях родители имеют повышенный базовый уровень тревоги.

При проекции на ребенка нежелательных качеств родители как бы видят черты характера, которые чувствуют, но не признают в себе или ближайших родственниках. Это могут быть агрессивность, склонность к лени, влечение к алкоголю, негативизм, протестные реакции, несдержанность и т. д. Ведя борьбу с такими же, истинными или мнимыми, качествами ребенка родитель извлекает из этого эмоциональную выгоду для себя. Борьба с нежелательным качеством в ком-то другом помогает родителю верить, что у него такого качества нет. В подгруппе детей с СДВГ у родителей чаще встречается ФУ ( $p < 0,05$ ) и ПНК ( $p < 0,001$ ), нежели у родителей здоровых детей. Таким образом, страх потерять ребенка и проекция на ребенка собственных нежелательных качеств приводит к доминирующей гиперпротекции в воспитании детей, что в свою очередь формирует у детей нарушения поведения и эмоциональные расстройства. Следовательно, родители также нуждаются в оказании коррекционной помощи.

При исследовании особенностей восприятия внутрисемейных отношений с точки зрения ребенка мы использовали проективную методику «Кинетический рисунок семьи». При анализе рисунков учитывали следующие показатели: состав изображенной семьи в соотношении с реальной семьей ребенка, взаимное расположение членов семьи и расположение всего рисунка в целом на листе, особенности изображения отдельных членов семьи. На основании этих данных определяли уровень эмоциональных связей в семье и эмоциональное состояние ребенка во время рисования (тревожность, эмоциональная напряженность, агрессивность, общительность, уверенность, потребность в дополнительной опоре).

В семьях здоровых детей чаще ( $p < 0,001$ ) преобладает эмоциональное благополучие,

что отражается в детских рисунках: семья нарисована в полном составе, занята одним общим делом. В то время как в рисунках детей из групп с нарушениями поведения и невротическими расстройствами преобладает отсутствие чувства общности с семьей ( $p < 0,01$ ). В этих случаях дети не изображают себя на рисунке, предпочитают находиться вне семьи. В то же время дети, проявляющие расстройства поведения, чаще, чем дети в других группах испытывают травматические переживания по поводу семьи ( $p < 0,01$ ), что проявлялось в отказе рисовать семью или в отсутствии людей на рисунке. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о нарушении взаимоотношений в семьях детей при нарушении поведения и невротических расстройствах.

Учитывая наличие внутренней напряженности, тревожности у детей, проявления агрессивности и негативизма, мы изучали влияние психотравмирующих факторов на появление данных расстройств. Наличие психотравмирующих факторов выявлено у 88,3 % детей с расстройствами поведения ( $p < 0,001$ ) и у 80,0 % ( $p < 0,001$ ) детей с невротическими расстройствами, в то время как в группе здоровых детей данные факторы отмечены у 17,5 % детей. В структуре психотравмирующих факторов у детей с нарушениями поведения чаще встречаются: развод родителей ( $p < 0,01$ ), напряженная обстановка и ссоры в семье ( $p < 0,01$ ), конфликтные ситуации ребенка с учителями или воспитателями ( $p < 0,05$ ), отягощенный семейный анамнез (лишение родителей родительских прав, проживание ребенка с опекуном или в детском доме,  $p < 0,05$ ). В группе детей с невротическими расстройствами среди психотравмирующих факторов чаще встречается развод родителей ( $p < 0,05$ ), ситуация фрустрации в школе, связанная с переживаниями по поводу оценок ( $p < 0,05$ ). Для детей 1-й и 2-й групп характерно сочетание психотравмирующих факторов. В подгруппе детей с СДВГ среди психотравмирующих факторов преобладают конфликты, ссоры и разногласия в семье – 27,8 % ( $p < 0,01$ ) и конфликты с педагогами – 22,2 % ( $p < 0,01$ ) при сравнении с группой здоровых детей.

Статистически значимых различий с группой детей, имеющих невротические расстройства, не выявлено. Таким образом, неблагоприятные семейные факторы являются психотравмирую-

щими, занимают ведущее место в формировании коморбидных расстройств у детей с СДВГ. Объектом психотерапевтической помощи должна являться вся семья в целом.

### Список литературы

1. Бардеништейн Л.М., Можгинский Ю.Б. Патологическое гетероагрессивное поведение у подростков. М., 2000. 240 с.
2. Депутат И.С., Грибанов А.В. Интеллектуальное развитие детей с СДВГ: моногр. Архангельск, 2011. 140 с.
3. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю. Коморбидные расстройства при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью у детей // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2007. Т. 107, № 7. С. 39–44.
4. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. СПб., 1998. 336 с.
5. Клиническая типология синдрома дефицита внимания с гиперактивностью / Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, Т.И. Анисимова, К.А. Айтбеков // Экология человека. 2010. № 11. С. 58–60.
6. Коморбидные тревожные расстройства при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью / Л.С. Чутко, К.А. Айбеков, О.В. Лапшина и др. // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2008. Т. 108, № 3. С. 49–52.
7. Очерки психофизиологии детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: моногр. / А.В. Грибанов (отв. ред.), Ю.С. Джос, И.С. Депутат, М.Н. Панков, А.Н. Подоплёкин, Д.Н. Подоплёкин и др. Архангельск, 2009. 242 с.
8. Психоэмоциональные особенности детей и подростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (крат. обзор) / И.С. Депутат, Ю.С. Джос, Л.Ф. Старцева и др. // Вестн. Сев. (Арктич.) федер. ун-та. Сер.: Мед.-биол. науки. 2013. № 3. С. 45–55.
9. Пятницкая И.Н., Шаталов А.И. Девиантное поведение подростков: наркотизм, криминальность, экстремизм / под ред. В.Е. Пелипаса. М., 2004. 112 с.
10. Романов А.А. Расстройства поведения и эмоций у детей в целом. М., 2004. 32 с.
11. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. 1996. 187 с.
12. Barkley R.A. Attention-deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 3rd ed. N. Y., 2005. 770 p.
13. Tannock R. Attention-deficit/Hyperactivity Disorder with Anxiety Disorders // Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults / ed. by T.E. Brown. Washington, 2000. P. 125–170.

### References

1. Bardenshteyn L.M., Mozhginskiy Yu.B. *Patologicheskoe geteroagressivnoe povedenie u podrostkov* [Pathological Hetero-Aggressive Behaviour in Adolescents]. Moscow, 2000. 240 p.
2. Deputat I.S., Gribanov A.V. *Intellektual'noe razvitiye detey s SDVG* [The Development of Intelligence in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder]. Arkhangelsk, 2011. 140 p.
3. Zavadenko N.N., Suvorinova N.Yu. Komorbidnye rassstroystva pri sindrome defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu u detey [Disorders Comorbid to Attention Deficit Hyperactivity Syndrome in Children]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*, 2007, vol. 107, no. 7, pp. 39–44.
4. Zakharov A.I. *Nevrozy u detey i psikhoterapiya* [Neuroses in Children and Psychotherapy]. St. Petersburg, 1998. 336 p.
5. Chutko L.S., Surushkina S.Yu., Anisimova T.I., Aytbekov K.A. Klinicheskaya tipologiya sindroma defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu [Clinical Typology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder]. *Ekologiya cheloveka*, 2010, no. 11, pp. 58–60.
6. Chutko L.S., Aybekov K.A., Lapshina O.V., et al. Komorbidnye trevozhnye rassstroystva pri sindrome defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu [Comorbid Anxiety Disorders in ADHD Children]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*, 2008, vol. 108, no. 3, pp. 49–52.



---

7. Gribanov A.V., Dzhos Yu.S., Deputat I.S., Pankov M.N., Podoplekin A.N., Podoplekin D.N., et al. *Ocherki psikhofiziologii detey s sindromom defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu* [Essays on Psychophysiology of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder]. Arkhangelsk, 2009. 242 p.

8. Deputat I.S., Dzhos Yu.S., Startseva L.F., et al. Psikhoemotsional'nye osobennosti detey i podrostkov s sindromom defitsita vnimaniya i giperaktivnost'yu (kratkiy obzor) [Psychoemotional Characteristics of Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Brief Overview)]. *Vestnik Severnogo (Arkticheskogo) federalnogo universiteta. Ser.: Mediko-biologicheskie nauki*, 2013, no. 3, pp. 45–55.

9. Pyatnitskaya I.N., Shatalov A.I. *Deviantnoe povedenie podrostkov: narkotizm, kriminal'nost', ekstremizm* [Deviant Behaviour in Adolescents: Drug Addiction, Criminality, Extremism]. Ed. by Pelipas V.E. Moscow, 2004. 112 p.

10. Romanov A.A. *Rasstroystva povedeniya i emotsiy u detey v tselom* [Behavioral and Emotional Disorders in Children on the Whole]. Moscow, 2004. 32 p.

11. Eydemiller E.G., Yustitskiy V.V. *Semeynaya psikhoterapiya* [Family Therapy]. 1996. 187 p.

12. Barkley R.A. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 3rd ed. New York, 2005. 770 p.

13. Tannock R. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with Anxiety Disorders. *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults*. Ed. by Brown T.E. Washington, 2000, pp. 125–170.

**Dzhos Yuliya Sergeevna**

Institute of Medical and Biological Research,  
Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov (Arkhangelsk, Russia)

## **MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AND PECULIARITIES OF FAMILY UPBRINGING**

The paper presents the most common types of conditions comorbid to attention deficit hyperactivity disorder. The various forms of behavioral and emotional disorders in children are to a large extent caused by social factors, such as unfavorable microsocial environment and family upbringing. Family relationships are often psychotraumatic for children. Children with behavioral disorders ( $p < 0.001$ ) and neurotic disorders ( $p < 0.05$ ) are brought up in prevailing hyperprotection. The paper names the causes and mechanisms of inharmonious types of parent–child interaction. Family therapy helps develop new skills for interacting with the problem child and eliminate comorbid conditions in children.

**Keywords:** children, attention deficit hyperactivity disorder, comorbid conditions, family upbringing.

*Контактная информация:*

*адрес:* 163045, г. Архангельск, проезд Бадигина, д. 3;  
*e-mail:* u.jos@narfu.ru

Рецензент – Панков М.Н., кандидат медицинских наук, доцент, заместитель директора института медико-биологических исследований – руководитель центра компетенций развития ребенка «Содействие» Северного (Арктического) федерального университета имени М.В. Ломоносова