

DOI: <https://doi.org/10.51922/1818-426X.2021.3.4>*Е. В. Волох, А. В. Копытов, К. И. Павлов, А. В. Гиндюк*

## **ДЕФИЦИТ ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ПОДРОСТКОВ КАК РИСК-ФАКТОР ДЕВИАНТНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Беларусь*

*В статье представлен обзор распространенности рискованного поведения у детей с гиперактивностью как социальной проблемы. Дети и подростки с диагнозом «синдром дефицита внимания и гиперактивность» являются особенной категорией детского населения, поведение которых определяется дисбалансом процессов возбуждения-торможения. Симптоматика данной патологии дифференцирована в зависимости от возраста пациента и манифестация основных клинических проявлений снижается по мере взросления детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). При этом, осложненные формы СДВГ часто сопряжены с нарушением поведения, которое склонно приобретать рискованные формы. Такое поведение может быть направлено на себя (аутодеструктивное) либо на социум (внешне-деструктивное). В данном контексте актуальность приобретает своевременное выявление факторов, увеличивающих и снижающих риск девиаций у гиперактивных детей. Они включают в себя определенные условия и свойства человека, обуславливающие готовность к риску и осуществление рискованного поведения. Индикация этих особенностей и лежит в основе системного подхода в управлении рисками в поведении лиц с СДВГ в анамнезе.*

**Ключевые слова:** подростки, синдром дефицита внимания и гиперактивности, факторы риска, девиантное поведение, профилактика.

*E. V. Volakh, A. V. Kopytov, K. I. Pavlov, A. V. Hindziuk*

## **ATTENTION AND HYPERACTIVITY DEFICIENCY IN ADOLESCENTS AS RISK FACTOR OF DEVIANT BEHAVIORS**

*The article provides an overview of the prevalence of risky behavior in children with hyperactivity as a social problem. Children and adolescents diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder are a special category of the child population whose behavior is determined by the imbalance of excitation-inhibition processes. The symptoms of this pathology are differentiated depending on the age of the patient and the manifestation of the main clinical manifestations decreases as children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) grow older. At the same time, complicated forms of ADHD often involve a violation of behavior that tends to take risky forms. Such behavior can be directed towards itself (autodectional) or towards society (externally destructive). In this context, the timely identification of factors that increase and reduce the risk of deviations in hyperactive children becomes relevant. They include certain conditions and properties of a person, which lead to readiness for risk and the implementation of risky behavior. The indication of these features underpins a systematic approach in risk management in the behavior of persons with a history of ADHD.*

**Key words:** adolescents, attention deficit hyperactivity disorder, risk factors, deviant behavior, prevention.

**В**ысокая двигательная активность, неустойчивость внимания и импульсивность являются характеристикой нормального развития ребенка дошкольного возраста. Однако, существует группа детей, у которых эта потребность достигает патологического уровня [1, 2]. Такое хроническое расстройство поведения,

среди клинических проявлений которого отмечают двигательное беспокойство, импульсивность, невозможность сконцентрироваться, называют синдромом дефицита внимания и гиперактивности [3].

**Цель работы** – проведение обзора литературы по связи девиантного поведения среди под-

ростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

**Материалы и методы.** В качестве методов исследования использован литературный поиск, для идентификации соответствующих исследований в котором использовались комбинации следующих ключевых слов: «подростки», «синдром дефицита внимания и гиперактивности», «факторы риска», «девиантное поведение», «профилактика». Произведен поиск электронных баз данных: «eLIBRARY», «cyberleninka», «PubMed» (2002–2020 г.). Включенные в обзор материалы исследований отражали оценку отношений между отклоняющимся поведением и СДВГ или гиперактивностью подростков как фактора уязвимости и риска склонности к нарушениям поведения.

**Результаты и обсуждение.** На основании проведенного литературного анализа отмечено, что СДВГ является одним из наиболее распространенных психических заболеваний в детском и подростковом возрасте [2]. Распространенность вышеуказанной патологии среди детей и подростков многих стран варьирует по данным разных авторов от 2,2 до 30 % детского населения [2, 4–6]. В Республике Беларусь гиперкинетические расстройства диагностированы у 6,2 % детей и подростков [7]. Причем, имеют место гендерные особенности распространенности СДВГ: у мальчиков данная патология встречается чаще, чем у девочек, по данным некоторых исследований от 2 до 3,2 раз [7–9]. Высокая частота симптомов заболевания у мальчиков может быть обусловлена более высокой уязвимостью плода мужского пола по отношению к патогенетическим воздействиям во время беременности и родов. У девочек большие полушария головного мозга менее специализированы, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных функций при поражении центральной нервной системы по сравнению с мальчиками [10].

Проявления СДВГ характеризуются определенной возрастной динамикой. Если в дошкольном возрасте у детей с СДВГ преобладают гиперактивность, двигательная расторможенность, моторная неловкость, непоседливость, отвлекаемость и могут наблюдаться нарушения развития речи, то у школьников с СДВГ на первый план выступают трудности в учебе и поведении. Симптоматика СДВГ чаще всего манифестирует в дошкольном возрасте (3–4 года), когда появляются проблемы контроля поведения [9]. Основные симптомы СДВГ часто сопровождаются острыми вспышками гнева, требо-

вательным, конфликтным поведением и агрессивностью [11]. По описаниям педагогов, дети с СДВГ способны сохранять внимание не более нескольких минут, однако во время тех занятий и игр, с которыми детям удается успешно справиться, они могут удерживать внимание до нескольких часов. Хуже всего гиперактивные дети выполняют те задания, которые кажутся им скучными и трудными [8]. Форсированное увеличение нагрузок может привести не только к нарушениям поведения (в виде упрямства и непослушания), но и к отставанию в нервно-психическом развитии [9].

Ухудшение течения заболевания происходит с началом систематического обучения в школе [12]. Возраст 7–12 лет совпадает с периодом наиболее активного становления мозговых структур и корково-подкорковых взаимосвязей: до 12 лет происходит формирование систем мозга, отвечающих за мыслительную деятельность, внимание и память [9]. Двигательные волнения (симптомы гиперактивности) с наступлением подросткового возраста к 9–11 годам значительно снижаются и часто сводятся к субъективно неприятному внутреннему ощущению беспокойства и драйва, в то время как невнимательность, недостаточная способность к планированию и импульсивность (симптомы дефицита внимания и импульсивности) часто сохраняются и остаются достаточно выраженными в возрасте 13–15 лет [6, 7]. У девочек обнаружена тенденция к нарастанию импульсивности к периоду полового созревания [7].

У детей с СДВГ старше 14 лет, в большинстве случаев, наблюдается улучшение клинической симптоматики: снижается гиперактивность, повышается самоконтроль и регуляция поведения, улучшается внимание. Под влиянием компенсаторных механизмов функции нарушенных структур возмещаются за счёт ненарушенных, например, слабое развитие памяти становится менее заметным за счёт развития мышления и речи. Однако, при наличии вторичных расстройств, признаки заболевания сохраняются, что способствует более раннему развитию асоциального поведения [9].

Возможные нарушения дисциплины обусловлены тем, что требования к ребенку с СДВГ порой превышают его возможности. Дерзкое, противоречивое поведение вызывает конфликт и нелюбовь окружающих, усиливает стресс, усугубляет проявления социальной дезадаптации и трудности социализации [12–14]. При этом прослеживается взаимозависимость и взаимовлияние факторов жизни ребенка: психофизиологические труд-

ности ведут к социальным, а социальная среда реагирует отрицательно на поведенческие проявления детей с СДВГ [14].

СДВГ зачастую сохраняется и во взрослом возрасте, достигая распространенности 60–70 % случаев среди всех пациентов с гиперактивностью [2, 9, 15–19]. Кроме того, согласно критериям DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual), около 1–6 % взрослого населения в целом страдает СДВГ с более высокой распространенностью его среди мужчин [2, 20]. Хотя некоторые недавние исследования предполагают, что симптомы также могут начаться или стать клинически значимыми во взрослом возрасте. Одним из возможных объяснений этого является то, что защитные факторы предотвращают раннее клиническое проявление расстройства, и симптомы становятся очевидными только после того, как человек подвергается более высоким требованиям взрослой жизни [2]. При этом у взрослых пациентов обычно гиперактивность проявляется меньше, а дефицит внимания и импульсивность сохраняются в виде симптомов эмоциональной дисрегуляции, включая снижение толерантности к разочарованию, раздражительности и заметных перепадов настроения, являясь предшественниками неврозов и социальной дезадаптации [2, 15, 21]. Приблизительно 75 % людей с СДВГ имеют дополнительное психическое расстройство и около 60 % имеют множественные сопутствующие психические расстройства [2].

Диагноз гиперкинетического расстройства или синдрома дефицита внимания и гиперактивности определяется на основании критериев DSM-IV (1994), положенных в основу МКБ-10 и относится к V классу болезней и рубрике F 90. В МКБ-10 выделены 4 подгруппы гиперкинетических расстройств: подрубрика F 90.0 – нарушение активности и внимания (дефицит внимания с гиперактивностью, расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью, синдром дефицита внимания с гиперактивностью), F 90.1 – гиперкинетическое расстройство поведения, F 90.8 – другие гиперкинетические расстройства, F 90.9. – гиперкинетическое расстройство неуточненное. Во второй подгруппе СДВГ сочетается с расстройством поведения [13].

Существует ряд способов диагностики невнимательности, импульсивности и гиперактивности при СДВГ: оценочные шкалы, непосредственное наблюдение за поведением и лабораторные методики [9].

Дифференциальный диагноз СДВГ проводят с: индивидуальными особенностями темперамента, при котором развитие внимания и других когнитивных функций соответствует возрастной норме; неврозами и невротическими реакциями; церебральным синдромом при соматических заболеваниях; резидуальными явлениями, при этом когнитивные и поведенческие нарушения имеют четкую связь с черепно-мозговой травмой, нейроинфекцией или интоксикацией, отличаются по своим проявлениям и возрастной динамике от СДВГ, обычно более выражены очаговые неврологические симптомы. Кроме того, СДВГ дифференцируют с заболеваниями щитовидной железы, а также с эпилепсией, когда гиперактивность и дефицит внимания чаще встречаются при локализационно обусловленных симптоматических формах эпилепсии и могут быть связаны с длительным приемом барбитуратов [9].

СДВГ могут мимикрировать психические расстройства, связанные с патохарактерологическим развитием, олигофренией, аутизмом, шизофренией, маниакально-депрессивным синдромом. СДВГ дифференцируют с синдромом Туретта, основным признаком которого являются множественные тики, включая вокальные; наследственными синдромами: Вильямса, Смита-Мажениса, Беквитта-Видеманна, фрагильной X-хромосомы, для которых характерно наличие умственной отсталости и фенотипических признаков [9].

Кроме того, необходимо проводить дифференциальную диагностику СДВГ и поведения чрезмерно возбудимых подростков. В данной ситуации отличительной чертой пациентов с СДВГ является социальной дезадаптация, тогда как подросткам с акцентуациями характера это не свойственно. В качестве потенциальных причин или факторов, вносящих вклад в трудности ребенка в обучении и социальных отношениях, следует также рассматривать физические симптомы, такие как плохой сон или хронические заболевания. В идеальном случае врачу следует получать информацию о социальной и школьной жизни ребенка более чем от одного информанта, который имеет возможность наблюдать его в различных ситуациях [11].

Различают 3 клинические формы СДВГ: первая – с преобладанием дефицита внимания (6 и более симптомов дефицита внимания; менее 6 симптомов гиперактивности/импульсивности); вторая – с преобладанием гиперактивности/импульсивности (менее 6 симптомов дефицита внимания; 6 и более симптомов гиперактивности/

импульсивности); третья – смешанная (6 и более симптомов дефицита внимания; 6 и более симптомов гиперактивности/импульсивности) [13]. Клинически у девочек преобладает подтип с преимущественным дефицитом внимания (более чем в половине случаев), у мальчиков – смешанные формы расстройства [9, 22]. Благодаря невысокой частоте встречаемости у девочек гиперактивности, диагноз у девочек выставляется в более позднем возрасте (или вообще не выставляется) по сравнению с мальчиками [9]. Чем в более раннем возрасте данные симптомы диагностированы как СДВГ, тем более вероятно их минимизация либо нейтрализация.

В классификации данной патологии различают еще простую и осложненную формы СДВГ, 3 варианта (идиопатический, резидуально-органический, неврозоподобный, а также умеренную и выраженную степени тяжести [23]. Осложненная форма СДВГ сопровождается дополнительными нарушениями: обучения (дислексия, дислалия, дискалькулия, дисграфия и др.), моторики, общения (нарушение экспрессивной и рецептивно-экспрессивной речи, фонации, логоневрозы) [8, 24]. Признаки дислексии и дисграфии отмечаются у 66 %, дискалькулии – у 61 % детей с СДВГ [8]. У гиперактивных детей могут наблюдаться тики, головные боли, энурез, энкопрез, заикание, фобические расстройства, парасомнии [23].

Возникающие нарушения оптимального состояния возбудимости мешают правильно воспринимать и реагировать на окружающее [25]. СДВГ влияет на множественные стороны жизни детей: школа, дом, дружба и отношения [26]. Нарушения эмоционального и социального интеллекта, не адекватно сформированные поведенческие реакции на предъявляемые партнерами по общению стимулы, ослабление прогностических способностей и непонимание социального контекста тех или иных действий одноклассников приводят к тому, что ребенок подвергается как минимум социальной изоляции среди сверстников, а зачастую и непосредственной травле [1].

На современном этапе проблема СДВГ приобретает не только психологическую, но и социальную значимость, так как психомоторное беспокойство, расторможенность, повышенная раздражительность мешают таким детям адаптироваться к жизни в обществе [1]. Социальная дезадаптация гиперактивных детей и подростков приводит к усилению симптоматики и появлению не характерных для основного заболевания эффектов,

а также приводит к значительным поведенческим и психоэмоциональным нарушениям в более позднем возрасте [1, 9, 27].

Гиперкинетическое расстройство само по себе имеет высокую коморбидность с расстройствами поведения и аффективными нарушениями, в числе которых депрессия, курение, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, в том числе и аддикции от вышеуказанных веществ [2, 13, 17, 24, 28, 29]. Сопутствующие поведенческие расстройства имеют 25–40 % детей с СДВГ [16]. Так, у 35 % детей с СДВГ наблюдается оппозиционно-вызывающее расстройство, у 26 % – антисоциальное поведение, у 26 % – тревожное расстройство, а у 18 % – депрессивное расстройство [9, 30]. Депрессивные расстройства и тяжелые расстройства поведения часто возникают к концу начальной школы и во время перехода в подростковый возраст [2].

Без лечения дети с СДВГ чаще бросают школу, участвуют в ДТП, злоупотребляют алкоголем и наркотиками, совершают правонарушения, у них чаще отмечаются нежелательные беременности [11, 26]. То есть, поведение гиперактивных детей может приобретать характер девиантного, которое подразумевает систематическое отклонение индивида или группы от социальных норм [31].

К основным типам девиантного поведения по характеру направленности относят:

1. Конструктивное (творческое).

2. Аутодеструктивное:

2.1. Суицидальное (парасуициды, суициды).

2.2. Аддиктивное (химические и нехимические зависимости).

3. Внешнедеструктивное:

3.1. Противоправное (административные правонарушения, делинквентное (предпреступное), криминальное (преступное)).

3.2. Коммуникативные девиации) [32].

Сейчас большее внимания уделяют изучению негативной девиантности, поскольку рост ее масштабов и значимость последствий для общества определяют ее социальную важность. Более того, все формы девиантности взаимосвязаны: пьянство и преступность, наркотизм тесно коррелирует с уличной преступностью, кражами и наркотрафиком [31].

Показатели склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению детей и подростков с СДВГ характеризуют готовность реализовать различные формы аутоагрессивного (аутодеструктивного) поведения, что проявляется низ-

кой ценностью собственной жизни, склонностью к риску, выраженной потребностью в острых ощущениях. Отмечено, что такие проявления более характерны для мальчиков-подростков с проявлениями СДВГ. Для них же отмечено наличие склонности к делинквентному поведению и низкий уровень социального контроля. Для девочек-подростков с проявлениями СДВГ отмечают неприятие женской социальной роли, отвержение традиционно женских ценностей и готовности (предрасположенности) к реализации мужских поведенческих стереотипов, о принятии мужской системы ценностей и относительно высокой степени принятия собственной и чужой агрессии [4]. Их отношения с родителями, братьями и сестрами, сверстниками и партнерами часто носят конфликтный характер [2, 33].

Отмечено, что аддиктивные к ПАВ личности с детских лет чаще отличались нервно-психической неустойчивостью, гиперактивностью, склонностью к фантазированию, повышению (или к снижению) самооценки, «ранимостью» к критике, стремлению к поиску новых ощущений и переживаний, которые выражались в тенденциях к физическому и социальному риску, низкой фрустрационной толерантностью, неспособностью к ответственности за свои действия [28]. Кроме того, расстройства настроения и личности, тревожные расстройства, злоупотребление психоактивными веществами и другие нарушения психического здоровья гораздо чаще встречаются во взрослом возрасте у пациентов с СДВГ, чем у пациентов без СДВГ [26].

В изученной литературе имеются данные о том, что склонность лиц с СДВГ к девиантному поведению объясняется генетической предрасположенностью [33]. Имеются гендерные особенности предрасположенности к аддиктивным расстройствам от ПАВ: отмечают высокую коморбидность СДВГ у представительниц женского пола [4].

Несмотря на генетическую обусловленность асоциального поведения здоровых лиц подросткового возраста, влияние генно-средового взаимодействия важно для профилактики психопатологии, так как изменение средовых условий может предотвратить проявление генетического риска [33]. Кроме того, и степень выраженности асоциального поведения обуславливается как генетическими, так и средовыми факторами [30, 33].

Сам подростковый возраст прямо коррелирует с фактом возникновения риска суицидального поведения: как суицидальных попыток, так и завершения суицидальных намерений [34]. Некото-

рыми исследователями отмечено, что для каждого третьего современного учащегося подросткового возраста характерны высокий уровень стресса и низкий уровень стрессоустойчивости, а также низкий уровень сформированности антисуицидальных мотивов [35]. У детей с СДВГ зачастую имеется депрессивное расстройство, что может являться базисом формирования суицидальных мыслей [36]. С дошкольного возраста до 13 лет риск суицидальных мыслей почти в 6 раз выше, чем у сверстников, и у них в четыре раза повышен риск самоубийства в течение жизни, при этом тяжесть СДВГ коррелирует с частотой суицидальности [2]. Низкая самооценка в детстве так же может являться триггером суицидальных попыток [36]. Последствия суицидального поведения – не только личностные и семейные, но и клинические, и социально-экономические. Лишь злоупотребление ПАВ уносит больше молодых жизней, чем суицид [37].

Синдром дефицита внимания и гиперактивности многими исследователями принимается в качестве фонового фактора криминальной активности [29, 38]. Частота правонарушений, совершенных подростками с СДВГ, увеличивается в 2–3 раза [2]. Так, в Соединенных Штатах распространенность СДВГ среди находящихся под стражей несовершеннолетних составляет от 16 % у юношей до 21 % у девушек, в Германии распространенность данного заболевания у обследованной группы заключенных юношей составляет 45 % [29].

Факторы и переменные, детерминирующие девиантность, сгруппированы в антропо-биологический, психологический и собственно социологический подходы. В антропо-биологических теориях объяснительная модель преступного поведения выстраивается в рамках доминирования антропологических, биологических, биохимических и генетических факторов поведения. В психологических теориях детерминация девиантности описывается психологическими переменными, связанными со спецификой психоэмоционального развития личности, ее установками, психическими расстройствами и вытесненными состояниями, взаимодействиями в микросреде. Социологические теории девиантности рассматривают природу девиантности и преступления в предельно широком социальном контексте с учетом анализа культурной, структурной, процессуальной и социодемографической стороны [31].

В этом обзоре отражены итоги исследования доступной литературы по связи девиантного пове-

дения среди подростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, идентифицированы области для будущих исследований. Несмотря на имеющиеся в литературе данные о склонности подростков с СДВГ к отклоняющемуся поведению, остается не выясненной методология выявления социальных и групповых моделей девиантности, а также индивидуальных различий и особенностей личности девианта с СДВГ.

**Выводы.** Решение вышеуказанного вопроса позволит выяснить, почему одни гиперактивные подростки идут на совершение девиантных действий, в отличие от других молодых людей с таким же заболеванием. А также, какие факторы способствуют нарушению ребенком социально принятых норм и правил. И чем раньше трудности ребенка признаются связанным с дефицитом внимания и гиперактивностью и выявляются факторы риска возникновения ауто- и внешнедеструктивного поведения, тем быстрее поведение его может быть наиболее эффективно откорректировано и оказаны необходимые меры по минимизации имеющегося риска и оказанию поддержки не только ребенку, но и родителям, школьным учителям.

### Литература

1. Туровская, Н. Г. Психические расстройства в детском возрасте. возможности психологического сопровождения / Н. Г. Туровская, А. В. Тимофеев // Вестник ВолГМУ. – 2012. – Вып. 2 (42). – С. 112–116.
2. Banaschewski, T., Becker K., Döpfner M., Holtmann M., Rösler M., Romanos M. Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder. Dtsch Arztebl Int. – 2017. – Vol. 114, № 9. – P. 149–159. – doi: 10.3238/arztebl.2017.0149
3. Набойченко, Е. С. Синдром дефицита внимания и гиперактивности в общей систематике нарушений психического развития у детей / Е. С. Набойченко // Психолого-педагогическое образование. – 2016. – № 10. – С. 92–96.
4. Баркова, В. Л. Отклоняющееся поведение и копинг стратегии подростков с проявлениями СДВГ / В. Л. Баркова, В. Б. Никишина // Социальная педагогика и психология. – 2009. – № 3(45). – С. 175–183.
5. Маткеева, А. Т. Факторы риска у детей с СДВГ в сочетании с соматической патологией / А. Т. Маткеева, М. Е. Ашералиев, Г. Ш. Маймерова // Бюллетень науки и практики. – 2020. – Т. 6, № 5. – С. 120–127.
6. Faraone, S. V., Biederman J., Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies // Psychol. Med. – 2006. – Vol. 36, № 2. – P. 159–165.
7. Емельянцева, Т. А. Гендерные аспекты скринингового исследования гиперкинетических расстройств в белорусской популяции детей / Т. А. Емельянцева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 3. – С. 43–47.
8. Заваденко, Н. Н. Школьная дезадаптация в нейропедиатрической практике / Н. Н. Заваденко // Практика педиатра. – 2016. – № 3. – С. 60–70.
9. Пилина, Г. С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью / Г. С. Пилина, Н. А. Шнайдер // Сибирское медицинское обозрение. – 2017. – № 1. – С. 107–111.
10. Глозман, Ж. М. Проблема синдрома дефицита внимания с гиперактивностью и подходы к его коррекции / Ж. М. Глозман, И. А. Шевченко // Вестник КемГУ. – 2013. – № 4 (56). – С. 129–137.
11. Чарач, Э. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности: эпидемиология, коморбидность и диагностика / Э. Чарач [и др.] // ред. темы. Энциклопедия раннего детского развития [онлайн]. – Режим доступа: <http://www.encyclopedia-deti.com/giperaktivnost-i-nevnimatelnost-sdvg/ot-ekspertov/deti-s-sindromom-deficita-vnimaniya-i>. – Дата обращения: 28.09.2020.
12. Старцев, А. А. Гипоксически гиперкапнические тренировки в коррекции школьной дезадаптации у детей с синдромом дефицита внимания / А. А. Старцев [и др.] // Вестник алтайской науки. – 2014. – № 4. – С. 266–270.
13. Метод диагностики гиперкинетических расстройств у детей: инструкция по применению: утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 18.11.2011. – Минск, 2011. – 23 с.
14. Князева, Т. Н. Неконструктивные формы поведения младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью / Т. Н. Князева, Е. В. Сидорова // Российский психологический журнал. – 2016. – Т. 13, № 1. – С. 94–104.
15. Лавина, Н. А. Особенности осуществления эффективной психологической помощи детям с синдромом дефицита внимания и гиперактивности / Н. А. Лавина // Лучшая научная статья 2017 : сборник статей X Международного научно-практического конкурса. – Пенза: Издательство «Наука и Просвещение», 2017. – С. 253–257.
16. Adler, L. A., Barkley R. A., Newcorn J. H. Performance improvement CME: adult ADHD // J. Clin Psychiatry. – 2011. – Vol. 72, № 4. – P. 15. doi: 10.4088/JCP.9066pi4c.
17. Austerman, J. ADHD and behavioral disorders: Assessment, management, and an update from DSM-5 // Cleve Clin J. Med, 2015. – Vol. 82, № 11 (Suppl. 1). – P. 2–7. – doi: 10.3949/ccjm.82.s1.01.
18. Polanczyk, G., de Lima M. S., Horta B. L., Biederman J., Rohde L. A. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis // Am J. Psychiatry. – 2007. – Vol. 164, № 6. – P. 942–948. doi: 10.1176/ajp.2007.164.6.942.
19. Zalsman, G., Shilton T. Adult ADHD: A new disease? // Psychiatry Clin Pract. – 2016. – Vol. 20, № 2. – P. 70–76. – doi: 10.3109/13651501.2016.1149197.
20. Пушкарева, Д. В. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у взрослых: причины возникновения, основные клинические проявления и коморбидные психические расстройства (литературный обзор) / Д. В. Пушкарева, Т. И. Иванова // Омский психиатрический журнал. – 2018. – № 4 (18). – С. 8–13.
21. Retz, W., Stieglitz R.-D., Corbisiero S., Retz-Junginger P., Rösler M. Emotional dysregulation in adult ADHD: What is the empirical evidence? // Expert Rev Neurother. – 2012. – Vol. 12, № 10. – P. 1241–1251.
22. Spencer, T. J., Biederman J., Wilens T. E., Faraone S. V. Overview and neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder // J. Clin Psychiatry. – 2002. – № 63 (Suppl. 12). – P. 3–9.
23. Чутко, Л. С. Клиническая типология синдрома дефицита внимания с гиперактивностью / Л. С. Чутко [и др.] // Экология человека. – 2010. – № 11. – С. 58–60.

24. Гасанов, Р. Ф. Особенности нарушений устной и письменной речи у детей с гиперкинетическим расстройством в условиях патогенетической гетерогенности / Р. Ф. Гасанов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2013. – № 3. – С. 60–65.

25. Чикова, И. В. Этиологическая детерминированность СДВГ новая наука: проблемы и перспективы / И. В. Чикова // Новая наука : проблемы и перспективы: материалы Международной (заочной) научно-практической конференции. Научное (непериодическое) электронное издание; под общей редакцией А. И. Вострецова. – Казань: Изд-во «Научно-издательский центр «Мир науки», 2016. – С. 177–180.

26. Gavin, B., McNicholas F. ADHD: science, stigma and service implications // *Ir J. Psychol Med.* – 2018. – Vol. 35, № 3. – P. 169–172.

27. Самотохина, Н. А. Коррекционно-педагогическая работа с детьми старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности / Н. А. Самотохина // Детство как антропологический, культурологический, психолого-педагогический феномен: материалы III Международной научной конференции. В рамках проекта «А. З. Б. У. К. А. детства». Ответственный редактор Т. А. Чичканова. – Самара: ООО «Научно-технический центр», 2017. – С. 108–115.

28. Табачников, С. И. Аддиктивные расстройства и формирование зависимых состояний от психоактивных веществ у лиц подросткового и молодого возраста / С. И. Табачников [и др.] // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2014. – Т. 1, № 1 (1). – С. 48–52.

29. Чэпмэн, Д. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у несовершеннолетних правонарушителей в Соединенных штатах Америки / Д. Чэпмэн, Е. Л. Григоренко // Вестник поморского университета. Сер.: Естественные науки. – 2010. – № 3. – С. 90–95.

30. Федоренко, М. В. Уровень эмоционального интеллекта как предиктор деструктивного поведения подростков / М. В. Федоренко, М. В. Белоусова, Т. В. Четырчинская // Казанский педагогический журнал. – 2020. – № 3(140). – С. 261–267.

31. Комлев, Ю. Ю. Классификация теорий девиантного поведения / Ю. Ю. Комлев // Вестник Казанского юридического института МВД России. – 2013. – № 12. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/klassifikatsiya-teoriy-deviantnogo-povedeniya>. – Дата доступа: 04.10.2020.

32. Майсак, Н. В. Матрица социальных девиаций: классификация типов и видов девиантного поведения / Н. В. Майсак // Современные проблемы науки и образования. – 2010. – № 4. – Режим доступа: <http://science-education.ru/article/view?id=4505>. – Дата доступа: 19.09.2020.

33. Гиндина, Е. Д. Психогенетические исследования психопатологии в детском и подростковом возрасте / Е. Д. Гиндина, Д. А. Гайсина // Геномика поведения: детское развитие и образование; под ред. С. Б. Малых, Ю. В. Ковас, Д. А. Гайсиной. – Томск: Национальный исследовательский Томский государственный университет, 2016. – С. 238–275.

34. Розанов, В. А. Психическое здоровье и суицидальные тенденции среди подростков в связи с социо-экономическими факторами семьи / В. А. Розанов [и др.] // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 5. – С. 32–34.

35. Булычева, Е. В. Особенности выраженности анти-суицидальных мотивов у современных учащихся подросткового возраста / Е. В. Булычева, Н. П. Сетко // Вопро-

сы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2019. – № 2. – С. 60–61.

36. Фесенко, Е. В. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей / Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко. – СПб.: Наука и Техника, 2010. – 384 с.

37. Робинсон, Д. Профилактика суицидального поведения молодежи Австралии / Д. Робинсон, Х. Херрман // Суицидология. – 2014. – Т. 5, № 4 (17). – С. 3–8.

38. Hartvig, P. AD/HD and criminality: Differential diagnostic and therapeutic/prophylactic aspects (A general literature study and a description of Norwegian challenges in the field) / P. Hartvig // Психология и право. – 2011. – № 2. – С. 143–153.

## References

1. Turovskaia, N. G., Timofeev A. V. Mental disorders in childhood. Psychological Support Capabilities // *Vestnik VolGUMU.* – 2012. – Vol. 2, № 42. – P. 112–116.

2. Banaschewski, T., Becker K., Döpfner M., Holtmann M., Rösler M., Romanos M. Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder // *Dtsch Arztebl Int.* – 2017. – Vol. 114, № 9. – P. 149–159. doi: 10.3238/arztebl.2017.0149

3. Naboichenko, E. S. Attention deficit hyperactivity disorder in the general taxonomy of mental development disorders in children // *Psihologo-pedagogicheskoe obrazovanie.* – 2016. – № 10. – P. 92–96.

4. Barkova, V. L. Deviant behavior and coping strategies of adolescents with ADHD // *Social'naja pedagogika i psiohologija.* – 2009. – № 3(45). – P. 175–183.

5. Matkeeva, A. T., Asheraliev M. E., Majmerova G. Sh. Risk factors in children with ADHD combined with somatic pathology // *Bjulleten' nauki i praktiki.* – 2020. – Vol. 6, № 5. – P. 120–127.

6. Faraone, S. V., Biederman J., Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies // *Psychol Med.* – 2006. – Vol. 36, № 2. – P. 159–165.

7. Emel'janceva, T. A. Gender aspects of the screening study of hyperkinetic disorders in the Belarusian population of children // *Social'naja i klinicheskaja psichiatrija.* – 2013. – Vol. 23, № 3. – P. 43–47.

8. Zavadenko, N. N. School deprivation in neuropediatric practice // *Praktika pediatria.* – 2016. – № 3. – P. 60–70.

9. Pilina, G. S., Shnajder N. A. Attention deficit hyperactivity disorder // *Sibirskoe medicinskoe obozrenie.* – 2017. – № 1. – P. 107–111.

10. Glozman, Zh. M., Shevchenko I. A. The problem of attention deficit hyperactivity disorder and approaches to its correction // *Vestnik KemGU.* – 2013. – № 4 (56). – P. 129–137.

11. Charach, E., Trembley R. E., Buavan M., Peters R. de V., red. Shakhar R. Children with attention deficit hyperactivity disorder: epidemiology, comorbidity and diagnosis. red. temy. *Jenciklopedija rannego detskogo razvitija* [on-line]. Available at: <http://www.encyclopedia-deti.com/giperaktivnost-i-nevni-matelnost-sdvgt/ot-ekspertov/deti-s-sindromom-deficita-vnimanija-i/> (Accessed 28 January 2021).

12. Starcev, A. A., Bojko E. A., Chudimov V. F., Kulishova T. V. Hypoxic hypercapnic training in the correction of school maladaptation in children with attention deficit disorder // *Vestnik altajskoj nauki.* – 2014. – № 4. – P. 266–270.

13. Method of diagnosis of hyperkinetic disorders in children: Instructions for use: approved by the decree

of the Ministry of Health of the Republic of Belarus November 18, 2011. – Minsk, 2011. – 23 p.

14. *Knjazeva, T. N., Sidorova E. V.* Unconstructive forms of behavior of younger school students with attention deficit hyperactivity disorder // *Rossijskij psihologicheskij zhurnal.* – 2016. – Vol. 13, № 1. – P. 94–104.

15. *Lavina, N. A.* Features of effective psychological assistance for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Sbornik statej X Mezhdunarodnogo nauchno-prakticheskogo konkursa «Luchshaja nauchnaja stat'ja 2017».* – Penza, 2017. – P. 253–257.

16. *Adler, L. A., Barkley R. A., Newcorn J. H.* Performance improvement CME: adult ADHD // *J. Clin Psychiatry.* – 2011. – Vol. 72, № 4. – P. 15. – doi: 10.4088/JCP.9066pi4c.

17. *Austerman, J.* ADHD and behavioral disorders: Assessment, management, and an update from DSM-5 // *Cleve Clin J. Med.* – 2015. – Vol. 82, № 11 (Suppl. 1). – P. 2–7. – doi: 10.3949/ccjm.82.s1.01.

18. *Polanczyk, G., de Lima M. S., Horta B. L., Biederman J., Rohde L. A.* The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis // *Am J. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 164, № 6. – P. 942–948. – doi: 10.1176/ajp.2007.164.6.942.

19. *Zalsman, G., Shilton T.* Adult ADHD: A new disease? // *Psychiatry Clin Pract.* – 2016. – Vol. 20, № 2. – P. 70–76. – doi: 10.3109/13651501.2016.1149197.

20. *Pushkareva, D. V., Ivanova T. I.* Attention deficit hyperactivity disorder in adults: causes of occurrence, main clinical manifestations and comorbid mental disorders (literary review) // *Omskij psichiatricheskij zhurnal.* – 2018. – № 4 (18). – P. 8–13.

21. *Retz, W., Stieglitz R.-D., Corbisiero S., Retz-Junginger P., Rösler M.* Emotional dysregulation in adult ADHD: What is the empirical evidence? // *Expert Rev Neurother.* – 2012. – Vol. 12, № 10. – P. 1241–1251.

22. *Spencer, T. J., Biederman J., Wilens T. E., Faraone S. V.* Overview and neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder // *J. Clin Psychiatry.* – 2002. – № 63 (Suppl. 12). – P. 3–9.

23. *Chutko, L. S., Surushkina S. Ju., Anisimova S. I., Ajtbekov K. A.* Clinical typology of attention deficit hyperactivity disorder // *Jekologija cheloveka.* – 2010. – № 11. – P. 58–60.

24. *Gasarov, R. F.* Features of oral and written speech disorders in children with hyperkinetic disorder in conditions of pathogenetic heterogeneity // *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii imeni V. M. Behtereva.* – 2013. – № 3. – P. 60–65.

25. *Chikova, I. V.* Etiological Determinism of ADHD New Science: Problems and Prospects. *Novaja nauka: problemy i perspektivy: materialy Mezhdunarodnoj (zaochnoj) nauchno-prakticheskij konferencii. Nauchnoe (neperiodicheskoe) jelektronnoe izdanie.* – Kishenev, 2016. – P. 177–180.

26. *Gavin, B., McNicholas F.* ADHD: science, stigma and service implications // *Ir J. Psychol Med.* – 2018. – Vol. 35, № 3. – P. 169–172.

27. *Samotohina, N. A.* Correctional and pedagogical work with children of older preschool age with attention deficit hyperactivity disorder. *Detstvo kak antropologicheskij, kul'turologicheskij, psihologo-pedagogicheskij fenomen: materialy III Mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii.* – Samara, 2017. – P. 108–115.

28. *Tabachnikov, S. I., Harchenko E. N., Sinickaja T. V., Chepurnaja T. V., Chernyshov T. V., Voronina T. V., Kioseeva E. V.* Addictive disorders and the formation of dependent states on psychoactive substances in persons of adolescence and young age // *Psihiatrija, nevrologija ta medicna psihologija.* – 2014. – Vol. 1, № 1 (1). – P. 48–52.

29. *Chjepmjen, D., Grigorenko E. L.* Attention deficit hyperactivity disorder in juvenile delinquents in the United States // *Vestnik pomorskogo universiteta.* – 2010. – № 3. – P. 90–95.

30. *Fedorenko, M. V., Belousova M. V., Chetyrchinskaja T. V.* The level of emotional intelligence as a predictor of destructive behavior of adolescents // *Kazanskij pedagogicheskij zhurnal.* – 2020. – № 3(140). – P. 261–267.

31. *Komlev Ju. Ju.* Classification of theories of deviant behavior // *Vestnik Kazanskogo juridicheskogo instituta MVD Rossii.* – 2013. – № 12. – Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/klassifikatsiya-teoriy-deviantnogo-povedeniya> (Accessed 04 October 2020).

32. *Majsak, N. V.* Matrix of social deviations: classification of types and types of deviant behavior // *Sovremennye problemy nauki i obrazovanija.* – 2010. – № 4. – Available at: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=4505> (Accessed 19 September 2020).

33. *Gindina, E. D., Gajsina D. A.* Psychogenetic studies of psychopathology in childhood and adolescence. *Genomika povedeniya: detskoe razvitie i obrazovanie.* – Tomsk, 2016. – P. 238–275.

34. *Rozanov, V. A., Rejtarova T. E., Rahimkulova A. V., Uhanova A. I., Rozanova O. V.* Mental health and suicidal trends among adolescents in connection with socio-economic factors of the family // *Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri.* – 2012. – № 5. – P. 32–34.

35. *Bulycheva, E. V., Setko N. P.* Features of the severity of anti-suicidal motives in modern adolescent students // *Voprosy shkol'noj i universitetskij mediciny i zdorov'ja.* – 2019. – № 2. – P. 60–61.

36. *Fesenko, E. V., Fesenko Ju. A.* Attention deficit hyperactivity disorder in children. – SPb.: Nauka i Tehnika, 2010. – 384 p.

37. *Robinson, D., Herrman H.* Prevention of suicidal behavior of youth in Australia // *Suicidologija.* – 2014. – Vol. 5, № 4 (17). – P. 3–8.

38. *Hartvig, P.* AD/HD and criminality: Differential diagnostic and therapeutic/prophylactic aspects (A general literature study and a description of Norwegian challenges in the field) // *P. Hartvig // Psihologija i pravo.* – 2011. – № 2. – S. 143–153.

Поступила 13.04.2021 г.