

УДК 616.89-008.47:616-053.2/5

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

А. В. ГУРНИЦКИЙ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Рассмотрены социально-психологические особенности детей с гиперкинетическим синдромом. Приведены данные изучения указанных расстройств у больных раннего школьного возраста.

Ключевые слова: дети, гиперкинетические расстройства, социально-психологические особенности.

Социально-психологическим аспектам изучения гиперкинетического расстройства у детей посвящено множество работ в связи с тем, что эта патология в детском возрасте встречается достаточно часто и нередко приводит к социальной и микросоциальной дезадаптации больных [1–10].

Как известно, появление основных жалоб при гиперкинетическом расстройстве относится к младшему школьному возрасту, но так как обучающие программы присутствуют и в дошкольных образовательных учреждениях, то основные паттерны поведения ребенка школьного возраста определяются уже в 5 лет [6]. И. П. Брызгунов и Е. В. Касатикова отмечают наибольшее число детей с гиперкинетическим расстройством в 5–10-летнем возрасте [1]. Неудивительно, что в этом возрасте большинство родителей обращаются к психиатру или психологу, так как появляются трудности с сохранением внимания или способностью продолжать выполнение задания, пока оно не будет сделано. Начало обучения в школе совпадает с четвертым возрастным кризисом — 7 лет. Кризис школьной адаптации заключается в утрате ребенком непосредственности, возникновении дифференциации внутренней и внешней жизни.

Он в значительной мере обусловлен привнесением в жизнь ребенка интеллектуального начала, смыслового восприятия, формированием самооценки, самолюбия. Позитивным моментом этого кризиса служит рост самостоятельности ребенка [4].

Проблемы возрастают в школе, так как учителя и родители замечают, что дети чрезвычайно подвижны, беспокойны, не могут усидеть на месте во время урока и выполнения домашних заданий. Навыки чтения и письма у детей с гиперкинетическим расстройством развиты хуже, чем у сверстников. Эти проявления обуславливают школьную дезадаптацию и низкую успеваемость детей с этим расстройством, несмотря на сохраненный интеллект. Все это приводит к тому, что такие дети находятся в состоянии «хронической неуспешности» [6]. О. В. Халецкая и В. М. Трошин указывают, что максимально выраженные симптомы расстройства отмечаются в возрасте 7–12 лет как у мальчиков, так и у девочек [5]. Это объясняется неспособностью центральной нервной системы гиперактивного ребенка справляться с новыми требованиями, предъявляемыми ему в условиях увеличения психических нагрузок. В начальной школе могут сформироваться

паттерны оппозиционно-вызывающего поведения, которое часто сопровождается агрессивностью и лживостью [11].

По данным Н. Н. Заваденко и О. П. Шмаковой, гиперкинетические расстройства являются одной из наиболее частых причин школьной дезадаптации, при которой затрудненная приспособляемость ребенка к условиям обучения в школе выступает как частное проявление нарушения общей способности к психической адаптации в связи с какими-либо патологическими факторами [2, 7].

При изучении роли различных факторов в генезе гиперкинетического синдрома установлено, что неблагоприятные психологические и социальные факторы не являются прямой причиной гиперкинетического синдрома, но могут закреплять клинические проявления и усиливать дезадаптацию детей, страдающих этим расстройством [3, 6, 10]. Существует мнение, что данное состояние чаще встречается у детей необеспеченных и малообразованных родителей. Г. А. Сулова выделяет следующие психологические факторы, влияющие на возникновение гиперкинетического синдрома: неподготовленность родителей к семейной жизни, напряженность и частые конфликты в семье, предубежденность и нетерпимость в отношении к детям. Неблагоприятный результирующий эффект усиливают стесненные условия проживания, злоупотребление членов семьи алкоголем, использование физических методов воспитания [12]. Н. Н. Заваденко [2] также установлено влияние неблагоприятных внутрисемейных факторов на развитие гиперкинетических расстройств у детей. Среди них наиболее частыми являются воспитание в неполной семье, конфликты в семье, алкоголизм родителей, неодинаковые подходы к воспитанию у разных членов семьи. У детей, генетически предрасположенных к такому расстройству, конфликты в семье могут усилить остроту его проявления до клинического уровня. Особенно важно, что родители такого ребенка, иногда сами страдающие подобными нарушениями, зачастую отличаются стилем воспитания, характеризующимся несдержанностью и нарушающим взаимодействие с ребенком.

Анализируя психологическое состояние пациентов, С. Gillberg et al [9] предлагают концепцию дефицита внимания, моторного контроля, восприятия при описываемом синдроме. Дефицит внимания в таких случаях сочетается с нарушениями координации движений. Авторы отмечают, что данное расстройство встречается у 1,2–2% семилетних детей, и считают, что такие пациенты составляют примерно половину всех детей с гиперкинетическими расстройствами.

Говоря о нарушениях внимания, чаще всего имеют в виду повышенную отвлекаемость и снижение концентрации внимания у таких детей. По мнению Л. С. Чутко [6], у детей с описанным расстройством отмечается недостаток непрерывного (поддерживаемого) внимания, что проявляется

в невозможности длительного выполнения неинтересного задания. При этом чем-то интересным для них (компьютерные игры, просмотр мультфильмов) они могут заниматься часами. Также наблюдается дефицит избирательного внимания, что проявляется в повышенной отвлекаемости на посторонние стимулы, особенно если эти стимулы яркие, интересные: так, проехавший во дворе автомобиль заставляет посмотреть в окно и надолго отвлечься от выполнения домашних заданий. Зачастую также снижается переключаемость внимания. При этом подчеркивается, что объем внимания у детей с гиперкинетическим расстройством не ниже, чем у их здоровых сверстников. По мнению автора, очень часто у детей с гиперкинетическим расстройством встречаются нарушения обучаемости с явлениями дислексии и дисграфии. Это означает наличие дефицита в обучении навыкам чтения и письма, но не утрату уже приобретенных навыков. Для обозначения данных расстройств также используется термин «недостаточная (или затрудненная) обучаемость». Подчеркивается, что в эту группу не включаются дети, обучаемость которых нарушена из-за умственной отсталости, дефектов зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, эмоциональных нарушений, культурных или социально-экономических ограничений [6].

Дислексия у детей проявляется в неспособности достигать такого уровня развития навыков чтения, а также письма и орфографии, которые были бы пропорциональны их умственным способностям. Дисграфия — нарушение становления процессов письма и одна из форм недоразвития письменной речи, проявляющаяся в повторяющихся ошибках стойкого характера. Различают следующие основные типы ошибок при письме: оптические, фонематические, грамматические [2].

По данным Л. С. Чутко, дислексия у детей с гиперкинетическим расстройством встречается в 21,3% случаев, дисграфия — в 30,4% случаев, дискалькулия — в 20,2% случаев [6]. Эти цифры примерно соответствуют и другим данным литературы, посвященной встречаемости этих расстройств у детей [9, 11].

Кроме того, в литературе отмечается высокая частота различных речевых нарушений у детей с гиперкинетическими расстройствами [13]. В. М. Трошин с соавт. считают, что можно говорить о задержке формирования не только речевой сенсомоторики (дизлалия, дизартрия), но также программирования и контроля [14].

Отмечаются такие расстройства речи, при которых нормальное речевое развитие нарушено на ранних этапах. При этом задержка в развитии или повреждение проявляются без предшествующего периода нормального развития. Дети с данной патологией испытывают трудности при понимании речи и произношении слов, несмотря на соответствующий возрасту интеллект, нормальный слух и нормальные условия для овладения речью [15–17].

Л. С. Чутко подчеркивает, что степень социальной и школьной дезадаптации далеко не всегда коррелирует со степенью количественных показателей невнимательности, гиперактивности и импульсивности. Достаточно часто у ребенка с выраженной дезадаптацией отмечается умеренная степень гиперкинетических расстройств. В таких случаях основное внимание необходимо уделять психологическим основам развившегося состояния [6].

Так, в литературе имеются указания на сочетание тревоги и гиперкинетических расстройств, которое наблюдается примерно в 25% случаев [18]. По мнению других авторов, тревожные расстройства при данном синдроме встречаются в 50% случаев [19]. Результаты исследований, проведенных О. В. Лапшиной с соавт., также показали, что 53% детей с описываемым состоянием имеют признаки тревожных расстройств. Наиболее часто отмечаются генерализованные тревожные расстройства и тревожно-фобические расстройства детского возраста, главным образом «школьные фобии» или фобии детского дошкольного учреждения [3].

Такие эмоционально-аффективные нарушения у больных порождают проблемы в общении с родителями, учителями, сверстниками. Эти затруднения могут привести к формированию заниженной самооценки, ощущению собственной неполноценности, которые усугубляются при наличии тревожных расстройств [8, 18].

Таким образом, тревожность является одним из факторов, приводящих к значительным нарушениям социальной адаптации у детей. При анализе повышенного уровня тревожности у пациентов с различными типами гиперкинетического расстройства обнаружена более частая встречаемость данного состояния у пациентов с осложненной формой [20, 21].

По данным S. R. Pliszka, в тех случаях, когда больные характеризуются повышенной тревожностью, выраженность импульсивности у них несколько ниже, чем у тех, кто страдает гиперкинетическим синдромом без импульсивности, так как тревога может подавлять импульсивность [22]. Кроме того, у детей с данным расстройством,

сочетающимся с тревожностью, более выражены дефицит оперативной памяти и снижение скорости мыслительных процессов [23].

Согласно теории R. Schachar et al. тревожность у детей с гиперкинетическим расстройством возникает вследствие несоответствия скорости обработки информации требованиям окружающих. Хотя в соответствии с этой гипотезой тревожность не считается специфическим компонентом расстройства, нетрудно предположить, что замедленная обработка информации может привести к нарушению формирования социальных и учебных норм, а следовательно — к развитию тревожности [24].

Приведенные в литературе данные не касаются углубленного изучения эмоциональной сферы детей с гиперкинетическим синдромом. Однако это имеет важное значение не только для разграничения таких нарушений и сходных при другой патологии, но и для правильной коррекции выявляющихся расстройств у детей. Целью нашего исследования было установить особенности эмоциональных нарушений у больных с гиперкинетическими расстройствами для улучшения распознавания данного синдрома и дифференциации его и сходной патологии детского возраста.

Под наблюдением было 103 ребенка с гиперкинетическими расстройствами (основная группа) и 30 практически здоровых детей (контрольная группа). Возраст детей составлял 6–12 лет. В работе использовался психодиагностический метод Люшера для исследования эмоциональной сферы [25–27]. Полученные результаты были подвергнуты математической обработке с помощью методов параметрической и непараметрической статистики [28, 29].

Статистический анализ общих тенденций выбора цвета в пробе Люшера показал, что при построении «усредненных», наиболее типичных для каждой группы рядов цветопредпочтения наблюдалось высокое сходство этих рядов. В обеих группах дети предпочитают основные цвета, особенно в различных сочетаниях желтый, зеленый, красный — наиболее яркие, хроматически насыщенные стимулы (таблица).

Результаты исследования выбора цвета в пробе Люшера у детей с гиперкинетическим синдромом и в группе контроля

Показатель	Группы		Разница средних величин	Статистическая значимость различий по <i>t</i> -критерию
	основная, <i>n</i> =103	контрольная, <i>n</i> =30		
Средний возраст, лет	7,69±0,18	7,77±0,19	0,08	
Индекс тревоги А	1,46±0,19	0,83±0,21	-0,63	<i>p</i> < 0,05
Индекс неблагоприятных компенсаций С	0,87±0,16	0,17±0,08	-0,70	<i>p</i> < 0,01
Коэффициент вегетативного баланса	1,19±0,08	1,06±0,08	-0,13	—
Усредненный ряд	4 2 3 5 1 6 0 7	4 2 1 3 5 6 0 7	—	—
Коэффициент W	0,214	0,432	0,218	—

На первых позициях в каждой группе наиболее часто оказывалась пара 4 2 — отражение высокой детской эмотивности, эксцентричности, спонтанности, активности, стремления к ярким позитивным эмоциям, а также в определенной степени индикатор инфантильного эгоцентризма и повышенной аффективной лабильности. На вторую и третью позиции, которые в методических руководствах связываются с «актуальным состоянием» обследуемого, контрольная группа помещает «идеально гармоничное» (в терминологии М. Люшера), сбалансированное сочетание цветов 1 3; в основной же группе на позициях актуального состояния находилась гораздо более иррациональная пара цветов 3 5, связываемая с импульсивностью, утрированным реагированием, нонконформизмом, бессознательным стремлением к оригинальности, «необычности» ощущений и поступков [25–27].

В контрольной группе коэффициент вегетативного баланса (КВБ) был ближе к средненормативному уровню (около 1), а в основной группе средний КВБ оказался незначительно завышен в сторону напряжения, энергетической «заряженности». Однако указанную разницу нельзя было считать статистически значимой (КВБ выше в основной группе на 0,13, $p > 0,05$).

По среднегрупповым индексам тревоги и неблагоприятных компенсаций, напротив, выявлены существенные различия, отраженные на рисунке.

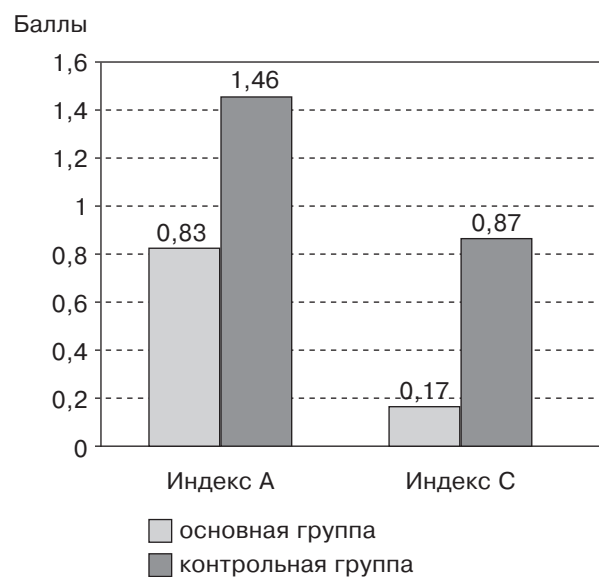
Общезвестно, что ситуация тестирования, даже сугубо добровольного и организованного в теплой, игровой или релаксирующей атмосфере, может вызывать у респондента так называемую «тестовую», или «экзаменационную», тревожность (как правило, незначительную и легко контролируруемую самим обследуемым). С учетом этого интерферирующего эффекта при проведении исследования предпринимались усилия, чтобы свести его к минимуму. Следовало учитывать и то, что в тесте Люшера отвержение основных цветов, т. е. ненулевое значение индекса А, преимущественно связывалось не с ситуационной тревогой, а с разного рода фрустрациями, блокированными или неудовлетворенными потребностями, бессознательными страхами и т. п. Исходя из этих положений результаты пробы цветопредпочтения можно было с уверенностью считать прямым достоверным отражением глубокого психологического неблагополучия в группе детей, страдающих гиперкинетическим синдромом.

Так, усредненный уровень тревоги более чем в полтора раза был выше в основной группе, чем в контрольной (1,46 и 0,83 соответственно, $p < 0,05$). Здесь в первую очередь сказывалось ощущение (чаще всего бессознательное или осознаваемое частично) собственной несостоятельности, неспособности быть «как все», в том числе при выполнении развивающих или учебных заданий в школе или дошкольном учреждении.

Есть также основания предполагать, что повышенный уровень тревоги в основной группе связан

с разного рода социально-бытовыми проблемами, неполным составом семьи или конфликтными отношениями между родителями, гипо- или гиперпротективным стилем воспитания, нарушениями семейной или школьной адаптации у обследованных детей.

Наличие фрустраций, латентной тревожности (бессознательной, вытесняемой или сознательно подавляемой) неизбежно сказывалось на особенностях самоотношения, реагирования, поведения большого ребенка. При этом от формирующейся личности, особенно на ранних возрастных этапах, трудно ожидать сознательного, гармоничного, осмысленного компенсаторного поведения. Действительно, в ходе статистического анализа установлено, что гиперактивные дети в гораздо большей степени, чем их здоровые сверстники, были склонны к различным формам неблагоприятной, патологической компенсации имеющихся тревог. Индекс неблагоприятных компенсаций С в основной группе превосходил аналогичный показатель в группе контроля более чем в пять раз (0,87 и 0,17 соответственно, $p < 0,01$). Гиперактивные дети склонны именно к гиперкомпенсаторному поведению — лихорадочным попыткам «назло всем» решить заведомо нерешаемые задачи, достичь необыкновенной физической силы или успехов в искусствах, доказать свою исключительность и т. п. Такого рода тенденции характеризовались быстротечностью и хаотичностью, часто сопровождались бравадой, хвастливостью, акритичностью самооценки и притязаний, отсутствием усидчивости, целенаправленности и какой-либо системы в действиях. В случае практически неизбежной неудачи или невозможности «даром» получить желаемое такие дети переживали недолгое, но очень



Индексы тревоги (А) и неблагоприятных компенсаций (С) у детей с гиперкинетическим синдромом и в группе контроля

интенсивное отчаяние, обиду на весь свет, чувство неполноценности и другие реактивные феномены депрессивного регистра. Нарушенные формы компенсаторного поведения нередко принимали неконтролируемый и явно патологический характер (демонстративные, конфликтные, открыто-агрессивные или бессмысленно-деструктивные поступки).

W-коэффициент конкордации (согласованности, однотипности) цветопредпочтения был вдвое выше в контрольной группе, чем в выборке больных детей. Другими словами, эмоциональное состояние, установки, уровень мотивации, личностные и аффективные особенности (и связанные

с ними тенденции цветового выбора) в основной группе варьировали в значительно более широких пределах, чем у здоровых детей.

Таким образом, в проективной пробе цветопредпочтения получены результаты, достоверно свидетельствующие о значительно более высоких уровнях фрустрированности, тревоги, готовности к неблагоприятному компенсаторному поведению у детей с синдромом гиперактивности в сравнении с аналогичными показателями здоровой выборки. Приведенные данные имеют важное значение не только для диагностики, но и для выбора обоснованной психокоррекции больных с описанными расстройствами.

Л и т е р а т у р а

1. *Брызгунов И. П., Касатикова Е. В.* Дефицит внимания с гиперактивностью у детей.— М.: Медпрактика, 2002.— 128 с.
2. *Заваденко Н. Н.* Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте.— М.: Академия, 2005.— 256 с.
3. Тревожность у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью / О. В. Лапшина, Л. С. Чутко, Т. И. Анисимова и др. // СДВГ и родственные формы когнитивных нарушений, эмоциональных дисфункций и поведенческих расстройств: Мнухинские чтения.— СПб., 2006.— С. 26.
4. *Пальчик А. Б.* Эволюционная неврология.— СПб.: Питер, 2002.— 384 с.
5. *Халецкая О. В., Трошин В. М.* Минимальные мозговые дисфункции в детском возрасте.— Ниж. Новгород, 1995.— 36 с.
6. *Чутко Л. С.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства.— СПб.: ХОКА.— 2007.— 136 с.
7. *Шмакова О. П.* Школьная адаптация детей и подростков с психическими расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 2004.— 24 с.
8. Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings / R. T. Brown, W. S. Freeman, J. M. Perrin et al. // *Pediatrics.*— 2004.— Vol. 114, № 2.— P. 511–512.
9. Co-existing disorders in ADHD — implications for diagnosis and intervention / C. Gillberg, J. C. Gillberg, P. Rasmussen et al. // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.*— 2004.— Vol. 13, Suppl. I.— P. 180–192.
10. Maternal anxiety and behavioural emotional problems in children: a test of a programming hypothesis / T. G. O'Connor, J. Heron, J. Golding, V. Glover // *J. Child. Psychol. Psychiatry.*— 2003.— Vol. 44.— P. 1025–1036.
11. *Barkley R. A.* Attention deficit disorder with hyperactivity: A handbook for diagnosis and treatment.— N. Y., 1998.— 688 p.
12. *Суслова Г. А.* Научное обоснование организации медицинской помощи детям с нарушениями психосоциального развития (на примере ММД): Автореф. дис. ... докт. мед. наук.— СПб., 2001.— 39 с.
13. *Dykman R. A., Ackerman P. T.* Attention deficit disorder and specific reading disability: separate but often overlapping disorders // *J. Learn. Disabil.*— 1991.— Vol. 24, № 2.— P. 96–103.
14. Клинические варианты минимальных мозговых дисфункций у детей дошкольного возраста / В. М. Трошин, А. М. Радаев, О. В. Халецкая и др. // *Педиатрия.*— 1994.— № 2.— С. 72–75.
15. *Kamhi A.* Clinical Forum: Specific language impairment as a clinical category // *Language, Speech Hearing Serv. in Schools.*— 1991.— Vol. 22, № 2.— P. 65–88.
16. *Leonard L.* Children with specific language impairment.— Boston: MIT Press, 1998.— 432 p.
17. *Watkins R., Rice M.* Specific language impairments in children.— Baltimore: Brookes, 1994.— 163 p.
18. *Tannock R.* Attention-deficit/hyperactivity disorder with anxiety disorders // *Attention deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults* / T. E. Brown (Ed.).— Washington: Amer. Psychiatr. Press, 2000.— P. 125–170.
19. Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders / C. Mancini, M. Van Ameringen, J. M. Oakman, D. Figueiredo // *Psychol. Med.*— 1999.— Vol. 29, № 3.— P. 515–525.
20. *Pliszka S. R.* Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview // *J. Clin. Psychiatry.*— 1998.— Vol. 59, Suppl. 7.— P. 50–58.
21. *Sherovette R. E., Xenakis S. N., Richters J.* Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hyperactivity: new findings // *Amer. J. Psychiatry.*— 1993.— Vol. 150, № 8.— P. 1203–1029.
22. *Pliszka S. R.* Comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and overanxious disorder // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.*— 1992.— Vol. 31.— P. 197–203.
23. *Schatz D. B., Rostain A. L.* ADHD with comorbid anxiety: A review of the current literature // *J. Atten. Disord.*— 2006.— Vol. 10, № 2.— P. 141–149.
24. *Schachar R. J., Tannock R., Logan G.* Inhibitory control, impulsiveness and attention deficit hyperactivity disorder // *Clin. Psychol. Rev.*— 1993.— Vol. 13.— P. 721–740.
25. *Базыма Б. А.* Цвет и психика.— Х.: ХДАК, 2001.— 172 с.
26. *Драгуцкий В. В.* Цветовой личностный тест.— Минск: Харвест, 1999.— 448 с.

27. *Собчик Л. Н.* Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики.— СПб.: Речь, 2003.— 624 с.
28. *Гурман В. Е.* Теория вероятностей и математическая статистика: Учебное пособие.— М.: Высшая школа, 2001.— 479 с.
29. *Сидоренко Е. В.* Методы математической обработки в психологии.— СПб.: Речь, 2001.— 350 с.

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ
ГІПЕРКІНЕТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ**

А. В. ГУРНИЦЬКИЙ

Розглянуто соціально-психологічні особливості дітей з гіперкінетичним синдромом. Наведено дані вивчення зазначених розладів у хворих раннього шкільного віку.

Ключові слова: діти, гіперкінетичні розлади, соціально-психологічні особливості.

**SOCIAL PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF INVESTIGATION
OF HYPERKINETIC DISORDERS IN CHILDREN**

A. V. GURNITSKY

Social psychological peculiarities of children with hyperkinetic syndrome are featured. The data about the investigation of the above disorders in patients of early school age are reported.

Key words: children, hyperkinetic disorders, social-psychological peculiarities.

Поступила 25.08.2009
