

Особенности нарушений поведения с уходами и бродяжничеством у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью

Чижова Т.Н., ГУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1», г. Челябинск **Малинина Е.В.**, д.м.н. ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Росздрав», г. Челябинск **Бенько Л.А.**, к.м.н. ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Росздрав», г. Челябинск

Peculiarities of infringements of behaviour with runaways and vagrancy at children with the of attention-deficit and hyperactivity disorder

Chizhova T.N., Malinina E.V., Benko L.A.

Резюме

Изучено 284 подростка с уходами и бродяжничеством клинко-психопатологическим, клинко-динамическим и клинко-анамнестическим методами. Определено, что у детей с социализированным расстройством поведения, сопровождающимся уходами и бродяжничеством в дошкольном возрасте выявлены признаки СДВГ. Выделено два типа поведенческих особенностей СДВГ в дошкольном возрасте. Первый вариант аффективно-поведенческий, с преобладанием аффективных реакций и оппозиционного расстройства. Второй вариант – инфантильно-поведенческий с превалированием личностной незрелости, гиперактивности и симптомов невропатии. Характеристика уходов у детей с аффективно-поведенческим вариантом отражала их реактивный тип, а у детей с инфантильно-поведенческим, групповой, со склонностью к «безмотивным» уходам, связанных с патологией влечений. Установлено, что сочетание оппозиционного поведения с гиперактивностью является фактором риска развития диссоциального расстройства личности. А сочетание признаков инфантилизма с гиперактивностью и невропатической симптоматикой формируют дисгармоничный тип личности с неустойчивыми чертами. Выделение представленных особенностей течения СДВГ позволяет прогнозировать развитие социализированного расстройства поведения и оптимизировать лечебно-реабилитационные мероприятия уже в дошкольном возрасте.

Ключевые слова: Социализированное расстройство поведения, синдром дефицита внимания и гиперактивность, уходы и бродяжничество, оппозиционное расстройство, инфантилизм

Summary

The presented study includes 122 teenagers with runaway and vagrancy syndrome by clinical-psychopathological and clinical-dynamic methods. It was defined that children with the socialized behavior disorder, accompanied with vagrancy at preschool age, revealed the signs of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Two variants of behavioral features of ADHD were allocated. The first variant is affective-behavioral, with the prevalence of affective reactions and oppositional disorder. The second one is infantile-behavioral with the domination of personal immaturity, hyperactivity and neuropathic symptoms. The characteristic of vagrancy at children with affective-behavioral variant reflected their reactive type, and at children with infantile-behavioral – a group one, with propensity to unmotivated runaways, connected with pathology. It was find out that the combination of oppositional behavior and hyperactivity turned to be a risk factor of the development of personal dissocial disorder. And a combination of infantility signs with hyperactivity and neuropathic symptoms formed a disharmonious type of the person with unstable characteristics. Allocation of the presented features of ADHD current allows to predict the development of the socialized behavior disorder and to optimize medical rehabilitation actions already at preschool age.

Key words: socialized behavior disorder, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), runaway and vagrancy, oppositional disorder, infantilism

Введение

В последние годы показано, что синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) не столь благоприятно протекающее расстройство, как предполагали ранее. По данным проспективных исследований, примерно у 75% детей с СДВГ симптомы этого расстройства существуют в течение всего подросткового перио-

Ответственный за ведение переписки -
Малинина Е.В.

г. Челябинск, ул. Кузнецова 9, 2-й а;

e-mail: malinina.e@rambler.ru

да, а у 30–60% — и в зрелом возрасте. По мнению зарубежных исследователей, для которых СДВГ у взрослых стало рутинным диагнозом, распространённость данного заболевания в различных выборках взрослого населения составляет 0,3–5% (Swanson J., 1998; Barkley R.A., 2000; Biederman J., Wilens T., Mick E., 2002).

У многих детей с СДВГ в зрелом возрасте определяются разнообразные психические нарушения, эти пациенты имеют более низкий, чем в популяции, образовательный и социально-экономический статус. Длительные когортные исследования показали, что у 18–21% мальчиков с СДВГ в подростковом возрасте есть девиации поведения, а в возрасте 18–25 лет возникает антисоциальное расстройство личности. Наиболее частыми признаками социализированного расстройства поведения являются: пребывание вне дома в тёмное время суток, прогулы в школе, уходы и бродяжничество, драки, совершение противоправных действий (Баранова В.А., 2007; Кучевская Н.В., 2007).

Один из возможных факторов, способствующих плохому прогнозу СДВГ с выраженной социальной дезадаптацией и трансформацией в личностные аномалии, — психический инфантилизм, который наблюдают у подавляющего количества больных СДВГ (Вострокнутов Н.В., 2008). У пациентов с гиперкинетическими расстройствами повышен риск употребления психоактивных веществ и наркомании, причём злоупотребление психоактивными веществами у этой группы больных возникает в более раннем возрасте, протекает тяжелее и приводит к быстрому формированию зависимости (Иванов Ф.И., 2007).

Гетерогенность пациентов с СДВГ отражена в исходах заболевания: у трети больных во взрослом возрасте признаки заболевания полностью исчезают, в то время как у остальных трансформируются в другие расстройства (поведенческие, аффективные, аддитивные и т.д.). Было установлено, что отдалённые исходы в значительной степени зависят от социальных факторов. У детей из благополучных семей, где родители уделяют большое внимание преодолению у ребёнка трудностей обучения и проблем поведения, симптомы гиперкинетических расстройств постепенно регрессируют. У детей, воспитываемых в социально неблагоприятных условиях, напро-

тив, нарушения сохраняются и создают предпосылки для формирования школьной, а в дальнейшем и социальной дезадаптации (Козлова Н.А., 2009).

Целью данного исследования было изучение клинико-психопатологических особенностей СДВГ в дошкольном возрасте у подростков с социализированным нарушением поведения, сопровождающимся уходами и бродяжничеством.

Материалы и методы

Клинико-психопатологический, катamnестический, статистический (многофакторный дисперсионный параметрический анализ). С помощью специализированной выборки было изучено 284 ребёнка мужского пола в возрасте от 10 до 15 лет, проходящих лечение в детском отделении № 14 ГУЗ ОКСПНБ № 1. Отбирались дети с социализированным расстройством поведения, сопровождающиеся уходами и бродяжничеством. Ретроспективно у них оценивались клинико-динамические характеристики СДВГ в дошкольном возрасте. Данный синдром был выявлен у 122 пациентов (43%). Критериями включения являлось социализированное расстройство поведения, сопровождающиеся уходами и бродяжничеством. Критерий исключения: уходы и бродяжничество в структуре других психических расстройств.

Результаты и обсуждение

В результате клинико-катamnестического исследования было выявлено, что все дети в дошкольном возрасте характеризовались родителями, педагогами как неусидчивые, подвижные, с нецеленаправленными действиями и поступками, с нарушенным вниманием, импульсивностью. С помощью многофакторного параметрического дисперсионного анализа была проведена оценка влияния клинических характеристик СДВГ на поведенческий феномен — уходы и бродяжничество. В результате было обнаружено воздействие нескольких факторов (симптомов) СДВГ на формирование уходов и бродяжничества. Полученные результаты представлены в таблице №1.

Из таблицы №1 видно, что из преобладающих феноменов в дошкольном возрасте у детей с расстройством поведения в 59,02 % (n=72) зарегистрировано двигательное беспокойство и в 31,97% (n=39) — лёгкая возбудим-

Таблица 1. Клинические симптомы СДВГ, влияющие на уходы и бродяжничество

Показатели	Частота	
	Абсолютная, (чел.)	Относительная, % (95%-ный доверительный интервал)
Аффективные вспышки	15	12,3 (7,05 – 19,47)
Двигательное беспокойство	72	59,02 (49,75 – 67,83)
Лёгкая возбудимость	39	31,97 (23,82 – 41,02)
Необузданные шалости	20	16,39 (10,31 – 24,18)
Эмоциональная лабильность	5	4,10 (1,34 – 9,31)
Сомато-вегетативные расстройства	6	4,92 (1,83 – 10,40)

Таблица 2. Результаты нелинейного анализа клинических показателей дошкольного возраста

Показатели	Главная компонента	
	1	2
Аффективные вспышки	0,8010	0,074
Двигательное беспокойство	0,317	0,764
Лёгкая возбудимость	0,369	0,736
Необузданные шалости	0,647	0,182
Эмоциональная лабильность	0,426	0,088
Сомато-вегетативные расстройства	0,055	0,517
Доля объясняемой компонентой дисперсии, %	24,9	24,0

мость. Эти признаки указывают на наличие гиперкинетического расстройства. Так как в большинстве случаев обследованные дети воспитывались асоциальных семьях, то родственники за помощью к специалистам не обращались, но отметили данные проявления при сборе анамнеза.

Для выявления общих закономерностей встречаемости рассматриваемых нарушений данные были обработаны в ходе нелинейного анализа главных компонент для качественных признаков. В ходе предварительного анализа с применением критерия Кеттелла было установлено, что для удовлетворительного объяснения наблюдаемой по всем 6 показателям изменчивости было необходимо и достаточно рассмотреть только две первые компоненты (табл. №2).

Как видно из таблицы № 2, наибольшую нагрузку на первую компоненту дали: аффективные вспышки, необузданные шалости и эмоциональная лабильность. Аналогично, во вторую компоненту с наибольшими нагрузками вошли: двигательное беспокойство, лёгкая возбудимость и сомато-вегетативные расстройства. Это позволило выделить две группы обследуемых детей. В первую группу (n=72) вошли дети с преобладанием в дошкольном возрасте аффективной составляющей поведенческих расстройств (СДВГ). Значения данной компоненты следует рассматривать как интегральную таких нарушений. Дети характеризовались конфликтными, грубыми, часто совершающими агрессивные, враждебные поступки. Все эти показатели представляли в большей степени критерии оппозиционного расстройства детского возраста, которое достаточно часто является коморбидным СДВГ. Сочетание в клинической картине первого варианта такой симптоматики позволили выделить аффективно-поведенческий тип СДВГ.

Вторую группу (n=39) составили дети, сочетающие в клинической картине показатели гиперкинетических нарушений поведения (двигательное беспокойство, возбудимость) с сомато-неврологическими симптомами (невропатические нарушения), которые сохранялись и в дошкольный возраст и, следовательно, вторая компонента представляла собой характеристику степени таких нарушений. Эти дети отличались незрелостью личностных реакций, преобладанием игровых интересов, яркостью и живостью эмоций, внушаемостью и недостаточной само-

стоятельностью. Учитывая сочетанность гиперактивности с симптомами невропатии и незрелости эмоциональной сферы, был выделен инфантильно-поведенческий вариант СДВГ (график №1).

Дальнейшее клинико-психопатологическое сравнение особенностей нарушений представленных групп в подростковом возрасте проводилось по следующим показателям: характер поведенческих реакций, тип школьной дезадаптации, особенности уходов и бродяжничества, тип личностного реагирования.

Клиническая характеристика поведения детей первой группы была представлена эмоциональной лабильностью, аффективными вспышками, протестными реакциями, необузданными шалостями, конфликтным, брутальным поведением. Для этой группы подростков были характерны кратковременные, непродолжительные диссоциальные поведенческие реакции.

Рассмотрение типов школьной дезадаптации у обследуемых первой группы показало преимущественное преобладание дезадаптации в поведенческой сфере с асоциальными (девиантными) поступками. Были отмечены неустойчивость внимания, нарушение дисциплины, пропуски школьных занятий после конфликтных ситуаций.

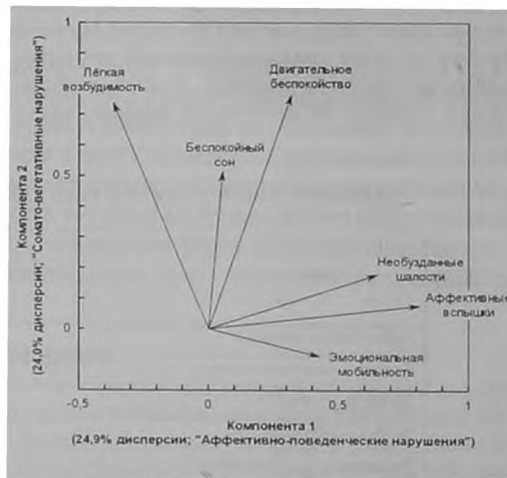


График 1. Результаты дисперсного анализа

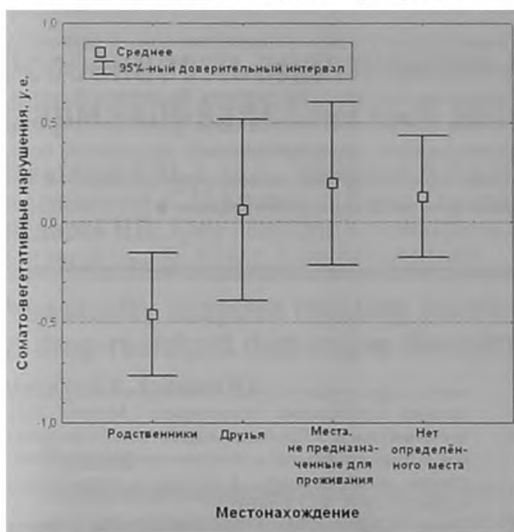


График 2. Результаты дисперсного анализа местонахождения подростков во время уходов

Особенностями уходов у обследованных I группы является их реактивный, импульсивный характер после конфликтных ситуаций. Во время уходов подростки, как правило, находились у друзей, у родственников и знакомых (график №2). Иногда уходы сопровождались употреблением спиртных напитков (чаще крепких), совершением противоправных действий. Динамическое изучение уходов показало, что они практически не достигали уровня и выраженности проявлений истинной дромомании.

Результаты дисперсного анализа местонахождения подростков во время уходов

Личностные особенности у детей с аффективно – поведенческими нарушениями характеризовались преобладанием возбудимых и истерических черт. Психопатический тип реагирования у данной группы детей оформлялся по типу аффективных взрывов, истерических бурь, реакций протестов, были выявлены следующие патохарактерологические реакции:

- Реакция активно протеста составила 29,2% (n=21);
- Реакция эмансипации 25% (n=18);
- Реакция группирования 23,6% (n=16);
- Реакция пассивного протеста 20,8% (n=15);
- Реакция отказа (n=1).

Обнаруженные характерологические признаки данной группы обследованных в большей мере могут свидетельствовать о формировании диссоциального типа личности.

Клиническая структура поведенческих нарушений 2 группы больше была представлена двигательным беспокойством, гипердинамичностью, лёгкой возбудимостью, импульсивностью поступков. Дети отличались незрелостью интересов, поверхностными суждениями, нестойкостью привязанностей. Для этих подростков была характерна большая продолжительность поведенческих реакций. Важным являлось сочетание поведенческих расстройств с невротической симптоматикой: беспо-

койный сон, повышенная чувствительность к различным раздражителям, нецеленаправленная деятельность с низкими результатами достижения цели в связи с возбудимостью и импульсивностью, низкая мотивационная деятельность.

Школьная дезадаптация у подростков этой группы протекала преимущественно по когнитивному варианту: отсутствие мотивации к обучению, отсутствие познавательного интереса, нарушение когнитивного функционирования, низкая академическая успеваемость. Пропуски занятий не носили реактивного характера, а являлись выражением «сенсорной жажды». Будучи повышено внушаемыми они легко усваивали отрицательные формы поведения.

Особенностями уходов было бродяжничество группами. Во время уходов дети находились в местах, не предназначенных для проживания (чердаки, подвалы, тепло-трассы) (график №2). Наблюдалась связь уходов с частым употреблением слабоалкогольных напитков и ингаляциями паров бытовой химии. Для них было характерно совершение групповых противоправных действий и попрошайничество. Данная группа детей была резистентная в плане реабилитационных мероприятий. Наблюдалась склонность к расторможению влечений, к формированию истинной дромомании.

Личностные особенности детей с инфантильно – поведенческими нарушениями представлены неустойчивыми чертами характера со слабостью волевых функций: повышенная внушаемость, податливость внешнему влиянию, крайняя изменчивость интересов, неспособность к длительному волевому усилию. Психопатические реакции имели разные типы. Патохарактерологические реакции у детей второй группы составляли:

- Реакция группирования 35,9% (n=14);
- Реакция пассивного протеста 23,1% (n=9);
- Реакция эмансипации 20,5% (n=8);
- Реакция активного протеста 17,9% (n=7);
- Реакция отказа (n=1).

Таким образом, у детей с социализированным расстройством поведения, сопровождающимся уходами и бродяжничеством в дошкольном возрасте выявлены признаки СДВГ в 43% случаев. Клинико-феноменологические и статистические характеристики позволили выделить два типа поведенческих особенностей СДВГ в дошкольном возрасте. Первый вариант аффективно-поведенческий, с преобладанием аффективных реакций и оппозиционного расстройства. Второй вариант – инфантильно-поведенческий с преобладанием личностной незрелости, гиперактивности и симптомов невротизации. Школьная дезадаптация у детей с аффективно-поведенческим вариантом протекала на уровне асоциального (девиантного) поведения, а у детей с инфантильно-поведенческим - на смешанном (когнитивном и поведенческом). Характеристика уходов у детей с аффективно-поведенческим вариантом отражала их реактивный тип, а у детей с инфантильно-поведенческим, групповой, со склонностью к «безмотивным» уходам, связанных с патологией влечений.

Выводы

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью является фактором риска развития социализированного расстройства поведения, сопровождающегося уходами и бродяжничеством. Сочетание оппозиционного поведения с гиперактивностью является фактором риска развития диссоциального расстройства личности. А сочетание при-

знаков инфантилизма с гиперактивностью и невропатической симптоматикой формируют дисгармоничный тип личности с неустойчивыми чертами. Выделение представленных особенностей течения СДВГ позволяет прогнозировать развитие социализированного расстройства поведения и оптимизировать лечебно-реабилитационные мероприятия уже в дошкольном возрасте. ■

Литература:

1. Swanson J. Attention-deficit hyperactivity and hyperkinetic disorder // *Lancet*. — 1998. — N. 351. — P. 429–433.
2. Barkley RA. Taking Charge of ADHD. — New York, The Guilford Press, 2000. — p. 21.
3. Biederman J., Wilens T., Mick E. et al. Current conception the neurobiology of Attention-deficit hyperactivity disorder // *J. of Attention disorder*. — 2002. — N. 6. — P. 7–16.
4. Баранова В.А. Результаты клинико-катamnестического наблюдения у детей с гиперкинетическим расстройством. 2007.
5. Кучевская Н.В. Взаимосвязь агрессии, гиперактивности и преступности у детей и подростков. // *Амбулаторная и больничная психотерапия*, Москва, 2007.
6. Вострокнутов Н.В. Протокол ведения детей и подростков с инфантилизмом и поведенческими расстройствами, начинающимися в детском и подростковом возрасте. 2008, Екатеринбург.
7. Иванов Ф.И. Дискуссионные проблемы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью // *Психоневрологи в современном мире, летняя научная сессия*, Санкт-Петербург, 2007.
8. Козлова И.А. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1000с.