

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК: 616.89-612.82

І.І. Марценковська ПОЧУТТЯ ГНІВУ ТА ЙОГО ПОВЕДІНКОВІ ЕКВІВАЛЕНТИ У ДІТЕЙ З ГІПЕРКІНЕТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: гіперкінетичний розлад, шкільна дезадаптація, почуття гніву, агресивна поведінка, позитивне подолання почуття гніву

Протягом останнього десятиріччя ворожість, жорстокість та насильницькі дії школярів викликають серйозну занепокоєність у США, країнах Західної Європи, Росії та Україні. В одному з досліджень 54,3 % учнів зізналися у скоєнні ними в стані неконтрольованого гніву протягом поточного року щонайменше одного акту насильства [1].

Агресивна поведінка та насильницькі дії є зовнішніми проявами почуття гніву. Така поведінка є суспільно неприйнятною і передбачає покарання: підлітки можуть бути видалені з класу, виключені зі школи, в разі насильницьких дій притягнуті до кримінальної відповідальності. Почуття гніву, що супроводжується агресивною поведінкою свідчить про слабкість вольового контролю [2]. Підлітки, які погано контролюють відчуття гніву і проявляють агресію в стані афекту, демонструють нижчий від однолітків когнітивний рівень, гірші стосунки з однолітками, погану шкільну адаптацію [3].

Дитячі психіатри намагаються розрізнити дисфорії (епізоди злості з агресивною, руйнівною поведінкою), що подекуди кваліфікуються, як складні парціальні напади, імпульсивну поведінку, більш властиву для дітей з ГКР, а також дратівливість і гнівливість, що є еквівалентами грандіозності при манії у дітей з БПР [3 - 4].

На думку М. М. Заваденко і А. С. Петрухіна зі співавторами (1999), емоційна нестабільність та епізоди агресивної, руйнівної поведінки у дітей з ГКР можуть бути пояснені наявністю у них мінімальної мозкової дисфункції [5]. За даними М.М. Заваденко (2005), поширеність ГКР в популяції російських дітей становить 7,6%, тим часом, як у виборці дітей з ММД перевищує понад 46% [6]. С.К. Євтушенко [7] та Л.Р. Зенков [8] продемонстрували наявність взаємозв'язку між гіперактивністю з пароксизмами руйнівної поведінки та особливими клінічними варіантами перебігу епілептичного процесу у дітей (електричним епілептичним статусом сну).

Популяційні дослідження продемонстрували зв'язок між насильством і жорстокістю школярів та ГКР [2, 9]. Результати, отримані на підставі оцінювань вчителів поставили висновки про наявність цих зв'язків під сумнів [10, 11]. Обговорюючи протиріччя між результатами різних досліджень слід мати на увазі, що вчителі могли бути мотивованими не надавати об'ек-

тивні відомості щодо наявності у агресивних школярів симптомів із спектру ГКР. Кваліфікація під час дослідження асоціальних підлітків в якості хворих на ГКР могла стати на заваді бажанню позбутися них.

У Великобританії та США розроблені програми когнітивно - поведінкової терапії для підлітків із агресивною поведінкою та схильністю до насильницьких дій. Їх ефективність є високою. Мультисистемна терапія дозволяє знизити ризик повторних правопорушень на 50 %, проте вартість лікування - близько 20 - 30 тис. \$ за кожний випадок надмірна навіть для економічно розвинених країн [12].

Згідно з одними даними діти з ГКР частіше демонструють агресивну поведінку і мають гірші показники емоційної когніції та соціальної перцепції [9]. Не вдалося довести вплив на агресивну поведінку в школі підлітків з ГКР комп'ютерних ігор і фільмів зі сценами жорстокості та насильства [13]. Учні загальноосвітніх шкіл, які погано контролюють почуття гніву і проявляють агресію в стані афекту мають нижчий когнітивний рівень та гірші стосунки з однолітками [14].

Метою цієї роботи було дослідження ворожості, асоційованої з навчальним процесом, вміння контролювати почуття дратівливості / гніву і тяжкості руйнівної поведінки у дітей з ГКР. Крім того, проводилося вивчення впливу на тяжкість афекту гніву у дітей з ГКР коморбідних ОПЗР та СРП.

При плануванні дослідження ми мали на меті підтвердити припущення стосовно того, що діти з ГКР мають обмежені можливості позитивного подолання почуття гніву і частіше, ніж їх здорові однолітки виражають його з використанням агресивних стратегій поведінки.

Основними симптомами ГКР є імпульсивність і порушення концентраційної функції уваги, які зумовлюють академічну неуспішність, порушення соціальних взаємин з педагогами та однолітками. Діти з порушеннями активності та уваги нерідко акумулюють на собі негативне ставлення та агресію батьків, педагогів, однокласників. Природно припустити, що діти з порушеннями активності й уваги частіше, ніж їхні здорові однолітки переживають почуття гніву, більш вороже налаштовані до школи та навчального процесу, гірше контролюють свої афективні реакції і частіше виражають почуття гніву через агресію та руйнівну поведінку.

У процесі дослідження нами були обстежені 244 учнів загальноосвітньої та спеціальної (для дітей з проблемами шкільної адаптації без розумової відсталості) шкіл Києва. Основну групу склали 45 дітей та підлітків із ГКР (підгрупа А), 104 - із порушеннями активності та/або уваги (підгрупа Б), у яких не виконувалися діагностичні критерії ГКР.

Діти з ГКР (підгрупа А) становили 30,2% основної групи. У підгрупі Б розподіл дітей з різними клінічними варіантами порушень активності та/або уваги був наступним: дітей з переважанням неухважності було 60 (40,3%), гіперактивності та імпульсивності - 26 (17,5%), з порушеннями уваги та активності, що спостерігалися лише в школі чи виключно вдома - 18 (12,8%).

До контрольної групи увійшли 95 учнів без порушень активності та уваги. Підгрупи А, Б та контрольна групи були аналогічні за статтю та віком рандомізованих дітей. Критеріями виключення при рандомізації були діти з вказівками в сімейному та особистому анамнезі на епізоди депресії та/чи манії, епілептичні напади.

Патерни дисоціальної, агресивної чи зухвалої поведінки у підлітків аналізували на відповідність діагностичним критеріям МКХ-10 для ОПЗР (F.91.3) та СРП (F. 91.2).

Переживання учнями почуття гніву, досвід його позитивного подолання та наявність агресивних стратегій поведінки, пов'язаних з його екстернізацією, оцінювалися за допомогою «Багатовимірний список шкільної гнівливості (БВСШГ)» (Multidimensional School Anger Inventor) [15].

Середні показники оціночних категорій БВСШГ в основній та контрольній групах порівнювали за допомогою Т-тестів. Для порівняння показників у дітей основної групи з коморбідними поведінковими розладами та без них використовували тест Манна - Уїтні, між підтипами основної групи - тест Крускала - Уоліса.

Шкала БВСШГ містить 36 пунктів, що оцінюються за 4-бальною шкалою та згруповані в 4 оціночні категорії: індекс досвіду переживання почуття гніву в школі, індекс шкільної ворожості, індекси проявів гніву (позитивного подолання – інтерналізації та вираження через агресію та руйнівну поведінку – екстернізації).

Для перевірки законів розподілу демографічних характеристик основної та контрольної груп використовували критерії χ^2 та значення Т-тесту.

Хлопчики становили 71,1% (32 з 45) в підгрупі А, 70,2% (73 з 104) в підгрупі Б та 73,7% (70 з 95) у контрольній групі. Не встановлено статистично значущих відмінностей розподілів хлопчиків між групами порівняння ($\chi^2 = 0,63$, $P = 0,4$).

Вік дітей основної групи коливався від 8 до 14 років, контрольної - від 9 до 15 років. Середній вік дітей у підгрупі А становив $10,6 \pm 1,4$, підгрупі Б - $11,2 \pm 1,5$ років, в контрольній групі - $11,1 \pm 1,6$ років. Не встановлено значущих відмінностей між цими трьома

групами.

Групи порівняння не розрізнялися також за рангом народження дітей ($\chi^2 = 2,7$, $P = 0,4$) і демографічними характеристиками батьків. Практично всі родини були соціально адаптивними: більшість батьків рандомізованих дітей отримали вищу чи середню освіту і мали роботу. За цим характеристиками основна та контрольна групи не мали значущих відмінностей.

Встановлено, що за середніми значеннями індексів досвіду переживання почуття гніву в школі та його екстернізації учні з ГКР істотно не відрізнялися від здорових школярів. Показники індексів шкільної ворожості в основній групі були вищими, ніж у контрольній, а можливості вольового контролю над афектом і позитивного подолання фрустрації і гніву нижчими.

Таким чином, діти з ГКР бувають розлюченими і застосовують руйнівні стратегії вираження почуття гніву не частіше, ніж інші учні, проте, вони гірше, ніж їх здорові однолітки переносять негативний досвід фрустрації на подібні ситуації в майбутньому.

Діти з ГКР відчують більші складності при осмисленні причин і шляхів вирішення ситуацій, що викликали роздратування та гнів. Їм складніше знаходити шляхи уникання таких ситуацій. Це дозволяє говорити про наявність у дітей з ГКР певного дефіциту емоційної та соціально - перцепторної когніції.

Наше дослідження продемонструвало, що ставлення до школи дітей з ГКР зазвичай більш негативне, ніж у здорових дітей. Діти основної групи частіше інтерпретували ті чи інші ситуації в школі, як привід для гніву.

Рівень шкільної ворожості і тяжкості екстернізації почуття гніву також залежали від віку дітей з ГКР. Учні молодших класів частіше були не спроможні зв'язати негативне ставлення до себе з шкільною неуспішністю. Невеликий досвід соціальних проблем і маленький досвід переживання почуття гніву корелює у них з невисоким рівнем шкільної ворожості.

У підлітковому віці більш тяжка академічна неуспішність і накопичені проблеми у взаєминах з однолітками, вчителями та батьками супроводжуються зростанням ворожості по відношенню до школи та збільшенням ризику вираження гніву через руйнівну поведінку. Оскільки екстернізація гніву не є суспільно декретованою формою поведінки, більшість дітей з ГКР з віком таки набувають навички подолання спалахів гніву.

Отримані нами дані добре узгоджуються з результатами інших подібних досліджень, в яких вивчали переживання почуття гніву і пов'язану з ним агресію у молодих людей з ГКР [10].

Нами встановлено, що діти молодшого шкільного віку зовні виявляють гнів частіше з батьками, ніж з однолітками, проте не знайдено відмінностей у проявах гніву дітьми з ГКР (підгрупа А), школярами основної групи з іншими порушеннями активності й уваги і їх здоровими однолітками в різних ситуаціях, зокрема в родині та школі.

Література

Рівень ворожості за шкалою БВСШГ в основній групі був значно вищим, ніж у контрольній. Відсутність статистично значущих відмінностей між індексами шкали БВСШГ у різних підтипів ГКР не підтримує іншу гіпотезу про те, що діти з гіперактивністю і імпульсивністю проявляють більше агресії, ніж учні з переважаючим неухважності [13].

Ми не виявили значущої варіативності показників вираження почуття гніву у дітей основної групи в залежності від наявності чи відсутності коморбідних розладів поведінки. Це може бути пояснено тим, що діти з ГКР зазвичай недооцінюють симптоми своєї хвороби та занижують свої емоційні, поведінкові та соціальні проблеми [15].

У нашому дослідженні не встановлено суттєвих відмінностей у значеннях індексів БВСШГ у хлопчиків і дівчат. Ці висновки не узгоджуються з результатами іншого дослідження, в якому було встановлено, що хлопчики частіше переживають почуття гніву, проте краще контролюють його зовнішні прояви [13]. Наведене протиріччя може бути зумовлене маленькою кількістю рандомізованих дівчат (помилкою II типу).

Таким чином, для дітей та підлітків із ГКР притаманне більш вороже ставлення до школи та менші можливості вольового контролю над афектом і позитивного подолання фрустрації і гніву. Академічна неуспішність і накопичені проблеми у взаєминах з однолітками, вчителями та батьками супроводжуються збільшенням шкільної ворожості та екстерналізації афекту (ваги асоційованої з ним деструктивної поведінки). Діти з ГКР відчувають більші складнощі при усвідомленні причин виникнення та шляхів вирішення ситуацій, що викликали роздратування та гнів. Їм рідше вдається знаходити шляхи уникнення таких ситуацій та запобігати багаторазовому повторенню патернів дезадаптивної поведінки.

Виявлення у підлітків з порушеннями активності та уваги ворожості по відношенню до школи та обмеженої кількості позитивних стратегій подолання гніву є підставою для віднесення їх до групи цілеспрямованої профілактики антисоціальної поведінки. Шкільні медсестри, педагогічні та клінічні психологи повинні брати участь у виявленні та роботі з дітьми та підлітками з порушеннями активності та уваги, які демонструють проблеми переживання фрустрації та гніву [16].

ЧУВСТВО ГНЕВА И ЕГО ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ЭКВИВАЛЕНТЫ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И.И. Марценковская

Обсуждается связь агрессивного поведения и насилия в школе с расстройствами психики. Сравниваются особенности переживания чувства гнева и возможности его преодоления у детей и подростков с гиперкинетическим расстройством. Обследованы 244 учащихся общеобразовательной и специальной (для детей с проблемами школьной адаптации без умственной отсталости) школ Киева. Основную группу составили 45 детей и подростков с диагнозом ГКР (подгруппа А), 104 - с нарушениями активности и / или внимания (подгруппа Б). В контрольную группу вошли 95 здоровых учащихся. Скрининг чувства гнева и его проявлений проводился при помощи «Многомерного списка школьной гневливости». Показатели «школьной враждебности» и «позитивного преодоления чувства гнева» были различными в группах сравнения. Школьная враждебность увеличивалась у детей с ГКР с возрастом, и существенно не зависела от клинической типологии расстройства. Средние значения индексов переживания чувства гнева у детей с ГКР с коморбидными поведенческими расстройствами и без них значимо не различались. Делается вывод, что у детей с ГКР тяжесть чувства гнева и разрушительные поведенческие стратегии его выражения встречаются не чаще, чем в контрольной группе. Доказано также, дети с ГКР более враждебно настроены к преодолению

1. Lamb J. M., Puskar K. R., Sereika S. et al. Anger assessment in rural high school students. // *J. Sch. Nurs.* – 2003. – V. 19. – N. 1. – P. 30-40.
2. Harty S. C., Miller C. J., Newcorn J. H. et al. Adolescents with childhood ADHD and comorbid disruptive behavior disorders: aggression, anger, and hostility. // *Child Psychiatry Hum. Dev.* – 2009. – V. 40. – N. 1. – P. 85 - 97.
3. Weller E. B., Calvert S. M., Weller R. A. Bipolar disorder in children and adolescents: diagnosis and treatment // *Curr. Op. Psychiatry.* – 2003. – V.16. – P. 401 - 409.
4. American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder // *Pediatrics.* – 2000. – V.105. – P.1158 - 1170.
5. Заваденко Н. Н., Петрухин А. С., Манелис Н. Г. и др. Школьная дезадаптация: психоневрологическое и нейропсихологическое исследование //
6. Заваденко Н. Н. Школьная дезадаптация в педиатрической практике // *Лечащий врач.* – 2005. – № 1. – С. 22 – 27
7. Евтушенко С. К. Электрический эпилептический статус и эпилептические энцефалопатии у детей (клиника, диагностика, лечение). // *Международный неврологический журнал.* – 2006. – N. 1 (5). – С. 47 – 51.
8. Зенков Л. П. Бессудорожные эпилептические энцефалопатии с психиатрическими, коммуникативными и поведенческими расстройствами. // *Вестник эпилептологии.* – 2004. – N. 2 (03). – С. 7 – 11.
9. Holmberg K., Hjern A. Bullying and attention-deficit-hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community. // *Dev. Med. Child Neurol.* – 2008. – V. 50. – N. 2. – P. 134 - 138.
10. Ghanizadeh A. Educating and counseling of parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder. // *Patient Educ. Couns.* – 2007. – V. 68. – N. 1. – P. 23-28.
11. Ghanizadeh A., Bahredar M. J., Moeini S. R. Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. // *Patient Educ. Couns.* – 2006. – V. 63. – N. 1 - 2. – P. 84 - 88.
12. Leibson C. L., Long K. H. Economic implications of attention-deficit hyperactivity disorder for healthcare systems. // *Pharmacoeconomics.* – 2003. V. 21. – P. 1239 - 1262.
13. Connor D. F., Glatt S. J., Lopez I. D. et al. Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 2002. –V. 41. – N. 3. – P. 253 - 261.
14. Bonekamp E., von Salisch M. Anger regulation in boys with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). // *Z. Kinder Jugendpsychiatr. Psychother.* – 2007. – V. 35. – N. 3. – P. 189 - 197.
15. Pelham W. E., Milich R., Cummings E.M. et al. Effects of background anger, provocation, and methylphenidate on emotional arousal and aggressive responding in attention-deficit hyperactivity disorder boys with and without concurrent aggressiveness. // *J. Abnorm. Child Psychol.* – 1991. – V. 19. – N. 4. – P. 407 - 426.
16. Smith D. C., Furlong M., Bates M. et al. Development of the multidimensional school anger inventory for males. // *Psychol. School.* – 1998. – V. 35. – P. 1-5.

школьных сложностей, что является одним из предикторов формирования тяжелых форм школьной дезадаптации

Ключевые слова: гиперкинетическое расстройство, школьная дезадаптация, чувство гнева, агрессивное поведение, позитивное преодоление чувства гнева

FEEL OF ANGER AND ITS' BEHAVIORAL EQUIVALENTS AMONG CHILDREN WITH HYPERKINETIC DISORDERS

I.I. Martsenkovskaya

Connection of aggressive behavior and violence in school is discussed with mental disorders. At children and teenagers features of experience of feeling of anger and an opportunity of its overcoming are compared to hyperkinetic disorder (HD). 244 pupils general educational and special (for children with learning disabilities without mental retardation) schools of Kiev are examined. The basic group is consisting of 45 children and teenagers - with diagnosis HD (subgroup A), 104 - ADHD (subgroup B). The control group included 95 healthy pupils. Screening of feeling of anger and its displays was spent by means of «The Multidimensional School Anger Inventory». The scores of the two components of "Hostile Outlook" and "Positive Coping" were different between the groups. Hostile Outlook at children with HD increased with the years, and essentially did not depend on clinical typology of disorders. Average values of indexes of experience of feeling of anger at children with HD with comorbid behavioral disorders and without them are not differ significant. Children with HD do not report higher rates of experience of anger and they do not apply destructive strategies more than the control group. However, children with ADHD appear to have a more hostile outlook toward school and their coping strategy is weaker than that of the control group that can be one of predictor formations of heavy forms of learning disabilities

Keywords: hyperkinetic disorder (HD), learning disabilities, feeling of anger, aggressive behavior, positive coping

УДК: 616.89 - 008.447

К.А. Степанченко

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Ключевые слова: головная боль напряжения, подростки, тревога, депрессия, ЭЭГ, нелинейный анализ

Актуальность

Головная боль напряжения (ГБН) является наиболее распространенной формой головных болей, её распространённость в течение жизни в общей популяции по данным различных исследований варьирует от 30 до 78%, а у детей может находиться в пределах 28,7% - 72,8% [1;4;6].

Несмотря на разнообразные суждения, относительно природы ГБН у детей, очевидно, что ее развитие напрямую связано с эмоционально-личностными особенностями ребенка. Наряду с этим, с позиции современной патофизиологии можно утверждать, что в основе головной боли напряжения у детей, как и у взрослых, лежат определенная слабость механизмов психологической защиты, а также функциональная недостаточность антиноцицептивной системы мозга, реализующаяся в условиях действия стрессорных факторов. Для уточнения патофизиологических механизмов и поисков эффективной терапии ГБН необходимы дальнейшие исследования.

Ключевым аспектом проблемы эмоционального стресса являются его церебральные механизмы. В то же время исследования ЭЭГ коррелятов формирования эмоционально-стрессового состояния, которое вызывает стойкие изменения системной нейродинамики немногочисленны. Что же касается центральных механизмов устойчивости к эмоциональному стрессу, то

такие работы единичны [2;3].

Нормальная динамика здорового организма является хаотической, и многочисленные исследования показывают, что наблюдаемый «хаос» присущ самой природе протекающих в организме динамических процессов, причём степень «хаотичности» может меняться при патологии в ту или иную сторону. Хаотическая динамика даёт много функциональных преимуществ, так как хаотические системы способны работать в широком диапазоне условий и легко адаптируются к их изменениям. С другой стороны многие патологические состояния проявляются снижением степени сложности и хаотичности тех или иных ритмов [5].

Таким образом, решение задачи оценки степени хаотичности тех или иных, присущих живому организму временных ритмов позволит эффективно диагностировать многие патологические состояния организма.

Гипотеза

У подростков с ГБН отмечается зависимость между клиничко-психологическими нарушениями и изменениями системной нейродинамики.

Цель работы

Повысить эффективность диагностики и лечения подростков с ГБН, учитывая психологические и нейрофизиологические корреляции заболевания.