

УДК 616.89-008.447:616.89-008.481-053.2

КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ПРИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ ПОВЕДЕНИЯ С НАЧАЛОМ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Э.Е. Шустер, доцент, к.м.н.

С.Г. Обухов, доцент, к.м.н.

Гродненский государственный медицинский университет

В статье представлены результаты изучения отдаленных последствий гиперкинетического расстройства поведения с началом в детском возрасте у 213 юношей. Установлено, что неблагоприятная динамика с формированием личностных и связанных с употреблением ПАВ расстройств существует там, где на начальных этапах заболевания имеется нарушение детско-родительских взаимоотношений, дезадаптация в учебном коллективе и отсутствие адекватной психокоррекционной помощи.

Ключевые слова: подростки, нарушение адаптации, социальные факторы, антисоциальное поведение.

The results of the study of the remote consequences of hyperkinetic disorders in behavior of 213 juveniles with the onset in childhood are given in the article. Unfavorable dynamics in the formation of personal disorders and those associated with the use of psychoactive substances has been determined to exist where there is a disturbance of the relations between children and parents, disadaptation in the academic collective and a lack of an adequate psychocorrection.

Key words: juveniles, adaptation disorder, social factors, antisocial behavior.

Гиперкинетическое расстройство поведения - достаточно частая категория расстройств детского возраста. Встречается у 5-10% школьников младших классов, причем у мальчиков в 2 раза чаще, чем у девочек [4]. Наиболее интенсивно оно проявляется в конце дошкольного и начале школьного возраста. Основные клинические симптомы - общее двигательное беспокойство, неусидчивость, обилие лишних движений, импульсивность в поступках, нарушение концентрации активного внимания.

В отечественной детской психиатрии длительное время существовала точка зрения на гиперкинетическое расстройство, как на заболевание с благоприятным течением. Считалось, что двигательная расторможенность сглаживается и полностью исчезает в 14-15 лет [1,2].

В последние годы появились работы, преимущественно зарубежных авторов, где приводятся данные о том, что в значительном числе случаев дети, страдающие гиперактивным расстройством с дефицитом внимания, имеют высокий риск специфического неблагоприятного течения с формированием антисоциального стереотипа поведения [3,6,7,8].

Целью настоящего исследования являлось изучение отдаленных последствий этого расстройства детского возраста.

Авторы ставили перед собой задачу выделить и оценить значение ряда микросоциальных факторов для прогнозирования исходов.

Для исследования отбирались пациенты, последовательно поступавшие в психоневрологический диспансер или консультированные районными психоневрологами в течение 5 лет: с 1989 г. по 1994 г. Первичное обращение к психиатру приходилось на возраст 6-10 лет, как правило, инициировалось воспитателями или педагогами и было связано с нарушением адаптации в учебном коллективе. В большинстве случаев имело место несоблюдение дисциплинарных требований, значительно реже мотивом обращения к психиатру являлась агрессивность, направленная на сверстников, или недостаточная успеваемость из-за нарушенного внимания. Имеющаяся у пациентов клиническая симптоматика удовлетворяла клинико-диагностическим критериям "Гиперкинетического расстройства поведения" - шифр МКБ-10 F 90.1. Диагноз был установлен в стационаре или на амбулаторном приеме.

Проводилось проспективное изучение отдаленных последствий заболевания у 213 юношей. Длительность наблюдений 8-10 лет. Возраст на момент последнего обследования 16-21 год. Сведения собирались путем личного осмотра на амбулаторном приеме, в период работы призывной военно-врачебной комиссии, на профосмотрах в организованных коллективах (школы, профессионально-технические училища, техникумы).

Анализировались данные медицинской документации (истории болезни, амбулаторные карты диспансерных больных, акты СПЭ).

Психологическое обследование подростков включало в себя исследование типа темперамента по методике Г.Айзенка, акцентуаций характера и типологического профиля личности с использованием подросткового диагностического опросника А.Е. Личко, Н.Я. Иванова, диагностику типов семейного воспитания, разработанную Э.Г. Эйдемиллером и В.В. Юстицким, коэффициент интеллектуального развития по методике Амтхауэра.

Для получения информации о значении среднего фактора в формировании трудностей в поведении в каждом конкретном случае, в дополнение к меддокументации, проводился опрос родителей по специально разработанной анкете, включающей: анамнестические данные, особенности поведения и возраст первых проявлений нарушений поведения, особенности семейного воспитания, характер увлечений, вопросы микросоциального окружения подростка.

При изучении школьного анамнеза принимались во внимание: академическая успеваемость, педагогические характеристики и субъективные сведения, полученные путем анкетирования самих обследуемых.

В качестве катamnестических данных рассматривалась также информация, полученная из инспекции и комиссии по делам несовершеннолетних. При этом учитывались продолжительность периода наблюдений, формирование алкоголизма или токсикомании, а также степень социальной адаптации, определяющими характеристиками которой являлись уровень социального функционирования в целом, степень устойчивости и адекватности трудовой деятельности или обучения и сохранность интерперсональных, особенно семейных связей.

Все обследованные подростки были разбиты на две клинические группы. В первую вошли 103 юноши, средний возраст 16,8 года, у которых в младшем школьном возрасте обнаруживали гиперкинетические нарушения, но в 16-17 лет, во время прохождения приписной комиссии в военкомате, они были признаны здоровыми и годными к службе в армии.

Вторую клиническую группу составили 112 юношей 18-21 года (средний возраст 18,7 года). У этой категории больных в трансформированном виде проявления гипердинамического синдрома сохранялись длительно, и в период призыва на воинскую службу они проходили амбулаторно или стационарно военно-психиатрическую экспертизу.

Нами была предпринята попытка сопоставить выделенные группы по следующим показателям: место проживания (сельская местность, город) и доступность психиатрической помощи, состав семьи, материальная обеспеченность семьи, уровень образования, алкоголизация и криминальное поведение родителей, характер взаимоотношений в семье и условий воспитания, успеваемость и адаптация в учебном коллективе.

Общая клинико-социальная характеристика всех обследованных представлена следующим образом.

Большинство изучаемых лиц 1-й группы (65%) были городскими жителями, в детском и подростковом возрасте неоднократно осматривались детским психиатром на профосмотрах, в организованных детских коллективах и получали при необходимости соответствующие рекомендации. Во 2-й группе преобладали жители сельской местности (68%). Как правило, по разным причинам, после консультации в психоневрологическом диспансере или стационарного лечения в детском возрасте в дальнейшем активно за психиатрической помощью они не обращались. Вопрос об их психическом здоровье возникал при прохождении воинской медицинской комиссии в 16-летнем возрасте.

Около трети больных первой и второй групп росли и воспитывались в неполных семьях (в большинстве наблюдений отсутствовал отец), соответственно 28,4% и 32,7%. Уровень образования родителей обследованных подростков также не имел существенного различия в обеих группах, в основ-

ном, это были люди, получившие среднее или среднее специальное образование.

Материально-бытовые трудности (в качестве критерия брался показатель дохода на одного члена семьи, по отношению к минимальной заработной плате), связанные с алкоголизацией, криминальным поведением родителей отмечены в 38% семей 1-й группы и 41,3% 2-й группы. Вместе с тем, только у 43,6% обследованных 1-й группы и 27,6% 2-й группы ($P_{1-2} < 0.05$) обстановка в семье может быть охарактеризована как относительно спокойная, в семьях остальных отношения между членами семьи были конфликтными, сопровождались ссорами и иногда драками, стремлением вовлечь ребенка в конфликт, настроить против одного из родителей.

Достаточно часто в семьях обследуемых подростков наблюдались патологические формы воспитания (преимущественно гипоопека, жесткое воспитание, тип «Золушка») и как следствие - нарушение адаптации ребенка в семье. По этому показателю имеется достоверное различие между 1-й и 2-й группами (1-я группа 35,8% больных и 2-я группа 46,2%, $P < 0.05$)

При оценке школьной успеваемости (по данным учебных характеристик) систематически неудовлетворительная отмечена у 8,6% обследованных 1-й группы и у 18,9% 2-й группы ($P < 0.05$). С показателем успеваемости тесно коррелировало поведение в школе, либо в училище, если обследованные там учились.

В первой клинической группе отсутствовали случаи стойкой дезадаптации в учебном коллективе, хотя эпизодическая неудовлетворительная успеваемость и прогулы занятий имели место в 8,3% случаев. Среди исследуемых не было систематически злоупотребляющих спиртными напитками или психоактивными веществами и состоящих на учете у нарколога. Часть юношей этой группы проводила время в просоциальной компании сверстников, часть в асоциальной, однако нарушений общественного порядка или совершения ими криминальных проступков не наблюдалось. В возрастном промежутке от 16 до 18 лет все они были сняты с диспансерного наблюдения психиатром. Из них 58,4% были признаны здоровыми и годными к службе в армии без ограничений, у 17,6% определена акцентуация характера, расценены как

здоровые, но имеющие семейно-педагогическую запущенность - 24%.

Во 2-й группе юноши с неудовлетворительным поведением составляли - 37,1%. Для этой категории характерными являлись частые конфликты с педагогами и родителями, нарушение дисциплинарных требований. Они обнаруживали бескомпромиссность и категоричность суждений, оппозиционность, сопротивление авторитетам во взаимоотношениях со взрослыми. Такие подростки плохо усваивали учебный материал и в 14,2% случаев полностью прекратили посещать школу или другое учебное заведение. В эту же группу вошли все случаи употребления психоактивных веществ (33%, 37 наблюдений) и противоправных действий (9,8%, 11 наблюдений).

У большей части исследуемых отчетливо выступала единая линия расстройств, характеризующаяся эмоциональной неустойчивостью и легко возникающей по незначительному поводу агрессивностью. В ряде случаев они выявляли неспособность к систематическому труду, при обычной умственной и в меньшей мере физической нагрузке наступало быстрое истощение. Достаточно часто это приводило к школьной дезадаптации и как следствие - к уходам из школы и из дома.

При контрольном обследовании в возрасте 18 - 20 лет, которое, как правило, совпадало с проведением военно-психиатрической экспертизы для решения вопроса о годности к службе в армии, были получены следующие результаты. Отдельные психопатические черты характера, не нарушающие адаптацию в целом, были выявлены у 38 (34%) юношей. Расстройство зрелой личности преимущественно эмоционально-неустойчивого типа у 26 (23,2%) причем только у двух имелась психопатологически отягощенная наследственность и расстройство можно оценить как ядерное, в остальных случаях - как социопатию. Органическое расстройство личности с легким снижением познавательной деятельности было диагностировано у 14 (12,5%) исследуемых. Систематически наблюдались наркологами по поводу злоупотребления алкоголем или иными психоактивными веществами 24 (21,4%). Были признаны здоровыми - 34 (30,4%).

Результаты настоящего исследования согласуются с ранее опубликованными сообщениями и

убедительно свидетельствуют о том, что дети, страдающие гиперактивным расстройством поведения, имеют высокий риск трансформации его в зрелом возрасте в нарушения эмоционально-волевой сферы. Клинически эти нарушения могут проявляться как расстройства личности, так и злоупотреблением алкоголем и психоактивными веществами. В большинстве случаев они в большей или меньшей степени приводят к дезадаптации во всех жизненных сферах.

Сравнение микросоциальных характеристик у двух групп юношей, страдавших в детстве гиперактивным расстройством с дефицитом внимания, одна – с благоприятным исходом: нивелирование поведенческих нарушений и достаточной адаптацией и другая группа – с неблагоприятными отдаленными последствиями и нарушенной адаптацией, позволяет выделить прогностические признаки возможных негативных исходов.

Высокая вероятность трансформации гиперкинетического расстройства в личностные, а также расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, существует там, где имеются неудовлетворительные семейные отношения. Так, при сравнительно одинаковом числе неполных семей, в 1-й группе, с благоприятным исходом, значительно реже наблюдалась алкоголизация и аморальное поведение родителей, превалировали правильные подходы к воспитанию, между родителями и детьми существовали доверительные отношения и эмоциональный контакт. Даже при слабой успеваемости не было обозначенных конфликтов с педагогами и, как следствие, школьной дезадаптации. Немаловажное значение имел и тот факт, что пациентам 1-й группы была доступна как психотерапевтическая, так и психиатрическая помощь.

У исследуемых 2-й клинической группы, с неблагоприятными последствиями гиперкинетического расстройства, при прочих равных условиях, наблюдался высокий уровень конфликтов в семьях, нарушение детско-родительских взаимосвязей. Как правило, это приводило к формированию длительных психотравмирующих ситуаций, искажающих типологическую структуру личности и нарушающих адаптацию ребенка. Патологические формы воспитания, в большей степени гипопека, ока-

зывали негативное влияние на школьную успеваемость. Затруднения в учебе при нормальном интеллекте уже в младших классах сочетались с нарушением дисциплинарных требований. В дальнейшем эти проявления потенцировали друг друга и к подростковому возрасту приводили к школьной дезадаптации и формированию антисоциального стереотипа поведения. Крайне редко, в единичных наблюдениях, сами подростки или их родители обращались за психотерапевтической или психиатрической помощью.

Выводы

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что в подростковом и юношеском возрасте именно дезадаптация в учебном коллективе и отсутствие грамотной психокоррекционной помощи являются основными прогностическими факторами неблагоприятного исхода гиперкинетического расстройства с нарушением поведения. В связи с этим, закономерно возникает вопрос о настоятельной необходимости в организации специализированной медицинской, психологической и социальной помощи детям с поведенческими нарушениями, в основе которых лежит гиперкинетическое расстройство.

Литература

1. Бадалян Л.О., Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю. Синдромы дефицита внимания у детей // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 1993. - № 3. - С. 74-90.
2. Калачева И.О., Карпухова Е.Н., Мазур А.Г. Дифференцированные формы медико-социальной реабилитации несовершеннолетних с агрессивным поведением // Российский психиатрический журнал. - 1989. - № 2. - С. 33-37.
3. Качан В.Е. Социальная дезадаптация: Нарушение поведения у детей и подростков. - М.: Медицина, 1996. - 31 с.
4. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. - Л.: Медицина, 1979. - 335 с.
5. August G.J., Braswell J., Thuras P. Diagnostic stability of ADHD in a community sample of school-aged children screened for disruptive behavior // J Abnormal Child-Psychol. - 1998. - N 26:5. - P. 345-346.
6. Barkley R.A. Attention deficit disorder with hyperactivity: A hand-book for diagnosis and treatment. - New York, 1990.
7. Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии. Перевод с англ. / Под ред. К.С. Робсона. - М.: Медицина, 1999. - С. 186-198.
8. Уэндер П., Шейдер Р. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью. Психиатрия. / Под ред. Р.Шейдера. - М., 1998. - С. 222-236.