

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ CLINICAL PSYCHOLOGY

Проявления агрессии у учащихся с синдромом дефицита внимания (и гиперактивности)

Катунова В.В.,

кандидат биологических наук, доцент, доцент кафедры общей и клинической психологии, Приволжский исследовательский медицинский университет (ФГБОУ ВО ПИМУ) Минздрава России, Нижний Новгород, Россия, katunova@mail.ru

В статье рассматриваются исследования взаимосвязи СДВ(Г) у детей и подростков с различными проявлениями агрессии, преимущественно в учебной среде. На основе представленных в современной зарубежной литературе результатов исследований выделены основные формы проявления агрессии и частота их встречаемости в дошкольном и школьном возрасте относительно подтипов СДВ(Г) и наличия сопутствующих клинических нарушений поведения. Цель этой статьи — показать, что для детей и подростков с СДВ(Г) более выражена ненаправленная и немотивированная агрессия (реактивный тип), обусловленная психофизиологическими особенностями самого заболевания. Комплекс психологических и социальных проблем, формирующийся вокруг поведения таких учащихся, чаще имеет вторичное происхождение. Его профилактика — это основная цель работы психологов образовательных учреждений. В статье показаны возможности применения типологии агрессивных проявлений при СДВ(Г) для психологической и клинической практики, а также для организации учебной среды.

Ключевые слова: агрессия, формы агрессии, реактивная агрессия, активная агрессия, реляционная агрессия, синдром дефицита внимания и гиперактивности, СДВ(Г), СДВ, учебная среда, исполнительные функции.

Для цитаты:

Катунова В.В. Проявления агрессии у учащихся с синдромом дефицита внимания (и гиперактивности) [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2019. Т. 8. № 3. С. 7—15. doi: 10.17759/jmfp.2019080301

For citation:

Katunova V.V. Reasons for reduced learning motivation in students with attention deficit hyperactivity disorder [Elektronnyi resurs]. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 2019, vol. 8, no. 3, pp. 7—15. doi: 10.17759/jmfp.2019080301 (In Russ.; Abstr. in Engl.).

Введение

Синдром дефицита внимания (и гиперактивности) (СДВ(Г)) обусловлен проявлением избыточной спонтанности в поведении — неконтролируемом переключении внимания и/или поведенческого контроля [3], вследствие чего у детей и подростков в поведении часто проявляются различные формы агрессии. Это явление исследователи относят к ювенильной неадаптивной агрессии, проявляющейся в детском и подростковом возрасте, часто нецеленаправленной и несистематизированной [18; 19]. Специалистами и родителями отмечается, что дети и подростки с этим синдромом подвержены частым проявлениям агрессии. Как отмечает С.Р. Плижка [22], агрессия является распространенным, но недостаточно изученным явлением при СДВ(Г) у детей и подростков. Например, в исследовании по мультимодальному лечению детей с СДВ(Г) «МТА Cooperative Group» (Национальный институт психического здоровья и Управления специальных образовательных программ Министерства образования США, Вашингтон, Колумбия) [4] из первоначальной выборки в 579 детей,

267 (46%) продемонстрировали клинически значимую агрессию, и 44% из них оставались агрессивными, несмотря на лечение. Причем если в детском возрасте проявления агрессии при СДВ(Г) обычно спонтанны, то в подростковом возрасте, при наличии определенных условий, может развиваться их закрепление и систематизация. Некоторые исследования подтверждают это на статистическом уровне, причем для различных форм агрессии [7].

Эти проявления характерны для социальной ситуации, как в семье, так и в школе. Но, несмотря на имеющуюся литературу о влиянии семейных факторов, когнитивной функции и проблем отношений между родителями и ребенком на агрессию при СДВ(Г), мало исследований, посвященных взаимосвязи этих факторов с агрессией в образовательном пространстве. В учебной деятельности проявления агрессии для учащихся с СДВ(Г) наиболее характерны для отношений «ученик—ученик» и «ученик—учитель». Часто именно агрессия в поведении учащегося является причиной его отторжения в социальном плане в отношениях с одноклассниками и оппозиционного отношения учи-

теля по отношению к нему. В личностном плане частые проявления агрессивного поведения во многом влияют на самооценку учащегося, мотивацию его учебной деятельности, а также на ее успешность [2].

Причины проявления агрессии при СДВ(Г)

В основе формирования агрессивного поведения при СДВ(Г) лежит нарушение регуляторного контроля центральной нервной системы (ЦНС) двигательного торможения, приводящее к гиперактивности и нарушению регуляции контроля над импульсом. Это нарушение является психофизиологическим «пусковым механизмом» агрессивного поведения у детей и подростков с СДВ(Г) [8]. Гиперактивное поведение учащегося может быть расценено как агрессивное, часто такое происходит в восприятии его педагогами («бесится», «кричит», «дерется», «падает», «толкается», «обзывает других» и т. п.). Проявления импульсивности — порывистость, неусидчивость, неожиданные и потому пугающие жесты или движения и т. д., чаще неадекватно оцениваются сверстниками. Нарушение контролирующих функций головного мозга при СДВ(Г) приводит к снижению самоконтроля в поведении детей и подростков, что часто выражается, в свою очередь, в снижении самокритичности и трудности избегания агрессивных проявлений.

Сама учебная система является во многом провоцирующей для учащегося с СДВ(Г). Многочисленность детей, сосредоточенных в одном достаточно замкнутом и практически не изменяемом пространстве, приводит к тому, что внимание учащегося сосредоточивается на одноклассниках, а для привлечения их внимания самым простым способом является проявление агрессии («тычки», «щипки», «дерганья» и т. д.). Социальные перегрузки — вынужденное общение с большим числом учащихся, а с 5 класса — и педагогов, приводят к истощению социального интеллекта, что сказывается на возрастающей частоте агрессивных проявлений у учащихся с СДВ(Г) к концу учебного дня, четверти, учебного года. Длительность урока является непосильной нагрузкой для внимания ученика с СДВ(Г), которое теряет свою сосредоточенность часто уже спустя 10—15 минут. Поэтому такой ребенок ищет всевозможные способы себя занять, часто тоже неадекватные учебной ситуации. Усталость, которую вызывает нагрузка на быстро истощаемое внимание, и общее снижение активности в результате гиперактивных проявлений часто приводят к тому, что ученик с СДВ(Г) ведет себя неадекватно и агрессивно в глазах окружающих: ему проще оттолкнуть одноклассника или прикрикнуть на него, чем объяснить, что он устал; проще кинуть тетрадь или учебник, чем объяснять учителю, почему он не может выполнять задание. Такие формы поведения — не протест ученика, а защита его нервной системы от перегрузки: переход от социально направленных форм поведения к асоциальным или

антисоциальным, но требующим меньших энергозатрат.

Определенное значение играет внеучебная среда, в частности восприятие жестокого и агрессивного поведения посредством СМИ, фильмов, видеоигр, интернет-контента. Результаты исследований показывают, что восприятие внешнего агрессивного контекста оказывает прямое влияние на усиление поведенческой агрессии у детей и подростков (усиление агрессивных мыслей, злости, физиологического возбуждения, враждебных оценок, агрессивного поведения), десенсибилизацию к насилию и снижение просоциального поведения (например, помощь другим) и эмпатии [25; 26]. Причем влияние на эти факторы более сильное, чем на снижение учебной успеваемости, депрессивные симптомы и непосредственные симптомы дефицита внимания [15].

Формы проявления агрессии при СДВ(Г)

В современной научной литературе по психологической и клинической диагностике и терапии агрессии различают реактивную и активную (или проактивную) агрессивией, выделенные еще К.А. Доджем и Дж.Д. Койи [13]. *Реактивная* агрессия является импульсивно проявляющейся, нерегулярной, обладающей высокой степенью аффективности. Она также часто называется *импульсивной* [9], или спровоцированной [14], агрессивией. Реактивная агрессия имеет защитное значение для организма человека, часто проявляясь в ответ на перегрузки нервной системы, общую ослабленность организма или возникающую внешнюю угрозу. *Активная*, или *проактивная*, агрессия также называемая *инициативной* [14], характеризуется менее сильным возбуждением и большим вовлечением когнитивного компонента. Этот тип агрессии имеет плановое, преднамеренное поведенческое проявление. Именно осознанность и планомерность являются главными отличительными критериями активной агрессии. Хотя эти формы агрессии часто проявляются совместно, каждая из них имеет специфическое происхождение и встречаемость в поведении детей и подростков с СДВ(Г).

Понятие «*явная агрессия*» объединяет в себе обе эти формы, не дифференцируя их в глазах внешних экспертов (родителей, педагогов, психологов и др. специалистов), и потому является удобным для социальной оценки их общей встречаемости. Оно служит антонимом обозначения явления «скрытая агрессия», выявляемого часто только специалистами в области психологии и психотерапии. *Явное* агрессивное поведение включает в себя проявления *физической* агрессии: жестокость по отношению к другим, драки, физическое нападение на людей, причинение вреда собственному или чужому имуществу, применение оружия, — а также проявления *вербальной* агрессии: хвастовство, требование к себе повышенного внимания, угрозы,

открытое непослушание дома и в школе, ревность, крики, упрямство, дразнение, излишняя шумность и чрезмерная болтливость. *Реляционная* агрессия — одна из форм скрытой агрессии. Она подразумевает причинение вреда другому путем умышленного манипулирования и ухудшения его взаимоотношений с третьими лицами (например, сплетни, насмешки, оскорбления и т. п.). Такая агрессия часто выражается в оскорблениях и распространении ложных сведений о человеке.

Большинство этих форм диагностируются ведущими зарубежными психологическими методиками по оценке агрессии в детском и подростковом возрасте: MOAS — «Модифицированная шкала явной агрессии» («Modified Overt Aggression Scale») С.Р. Кея, Ф. Уолкенфельда и Л.М. Маррелла [20]; CBCL — методика «Лист наблюдения за поведением ребенка» («Child Behavior Checklist») Т. Ахенбаха [5]; RPQ — «Опросник оценки реактивно-проактивной агрессии» (Reactive-Proactive Aggression Questionnaire) А. Рейна и др. [27]; CAS — «Шкала агрессии для детей» (Children's Aggression Scale) Дж.М. Гальперина и К.Э. МакКей, формы для родителей и учителей (CAS-P, CAS-T) [17].

Встречаемость форм агрессии при СДВ(Г)

Статистика диагностических исследований симптомов СДВ(Г) у школьников демонстрирует большую частоту встречаемости реактивной агрессии по сравнению с активной [18]. Исследования А. Рейна и его американских коллег [27] показали разную корреляцию реактивной и активной агрессии у мальчиков-подростков, поддерживая дифференциальность этих типов. Исследования Д.Ф. Коннора [24] различных типов агрессии у детей с серьезными эмоциональными нарушениями, проведенные в штате Массачусетс, США, также подтверждают эти данные.

Многофакторное исследование, проведенное Д.Ф. Коннором и его коллегами [18] в штате Коннектикут, США, посвященное поиску взаимосвязи между агрессией и СДВ(Г) в клинической практике, позволило выявить высокую частоту агрессии у детей и подростков с СДВ(Г) по сравнению с контрольной группой. Исследователями на выборке из 268 человек с установленным диагнозом СДВ(Г) и рядом сопутствующих клинических поведенческих нарушений (расстройство поведения, оппозиционно-вызывающее, биполярное, депрессивное и тревожное расстройства) была установлена частота встречаемости различных видов агрессии (использованы методики CBCL и MOAS) — явной, активной и реактивной. При этом уровень явной агрессии в значительной степени связан с присутствием и типом сопутствующих психических расстройств, а также достоверно связан с проявлениями как активной, так и реактивной форм агрессии в поведении детей и подростков с СДВ(Г). В данном исследовании также установлено, что реактивная форма агрессии встречается у детей и подростков с СДВ(Г) значительно чаще, чем

активная. Аналогичная закономерность прослеживается в группах детей и подростков, где СДВ(Г) дополняется нарушениями поведения. Наибольшие показатели частоты проявления как активной, так и реактивной агрессии отмечены у тех детей и подростков, у которых СДВ(Г) сочетается с расстройством поведения, а также биполярным расстройством. Результаты, полученные Д.Ф. Коннором и его американскими коллегами [18], также свидетельствуют о том, что диагностируемая сопутствующая патология, подтип СДВ(Г) и тяжесть его симптомов способны влиять на уровень агрессии у таких детей.

Анализ ковариации для показателей агрессии по подтипам СДВ(Г) и сопутствующим нарушениям в этом же исследовании позволил установить значительную корреляцию между показателями выраженности симптомов СДВ(Г) со всеми типами агрессии. Это говорит о том, что по мере увеличения выраженности симптомов СДВ(Г) у детей и подростков возрастают также проявления явной, активной и реактивной агрессии. Подтипы СДВ(Г), которые включали гиперактивное поведение («гиперактивно-импульсивный» и собственно «гиперактивный» подтипы), оказались связаны с более высокими показателями агрессии по сравнению с «невнимательным» и «смешанным» подтипами, а также с контрольной группой. В данном исследовании также, как и в вышеописанных, отмечено, что уровень реактивной агрессии выявлен как значительно превышающий значения активной агрессии. Несмотря на то, что активная агрессия имеет более высокий уровень для детей и подростков со смешанным типом СДВ(Г) (по сравнению с контрольной группой), реактивная агрессия также имеет высокую распространенность в смешанном и невнимательном подтипах СДВ(Г). По мере увеличения числа сопутствующих заболеваний у этих детей с СДВ(Г) возрастает и частота проявления агрессии. Это согласуется с моделью кумулятивного заболевания, в которой тяжесть симптомов агрессии увеличивается у более уязвимых лиц с СДВ(Г) с более высоким уровнем сопутствующей психиатрической патологии. Результаты также согласуются с тем, что агрессия является обобщенным маркером тяжести заболевания при СДВ(Г), как ранее сообщалось о многих психических расстройствах у направленных педиатрических пациентов [11; 12].

В результате данного исследования было установлено, что практически все виды агрессии имеют наибольшую встречаемость при «смешанном» типе СДВ(Г), наименьшую — при «гиперактивно-импульсивном» типе СДВ(Г), причем независимо от формы сопутствующего клинического поведенческого нарушения. Тревожные расстройства не имеют прямой связи с показателями агрессии; это позволило авторам предположить, что сопутствующая тревога может оказывать тормозящее воздействие на проявления агрессии у детей и подростков с СДВ(Г). Такие данные согласуются с результатами изучения сопутствующих

СДВ(Г) патологий в исследовании МТА, где было установлено, что тревога, по-видимому, приносит пользу детям с СДВ(Г), оказывая сдерживающее влияние на оппозиционное поведение [6].

Э. Эрман и его коллеги [23] на основе результатов исследований, проведенных ими в Турции в 2009—2014 гг., выявили статистическую встречаемость различных форм агрессии у детей и подростков школьного возраста (7—15 лет) с диагнозом СДВ(Г) на примере выборки из 476 человек, ранее демонстрировавших различные типы агрессивного поведения. Данные были получены методом экспертной оценки от родителей и учителей по данным заполненных ими форм методики CAS. Были подсчитаны средние показатели встречаемости вербальной, реактивной, активной и объектной агрессии, а также использования оружия учащимися в школе и дома. Очевидно, в школьной среде таким «оружием» могут являться предметы учебной обстановки и в редких случаях — холодное оружие. К сожалению, в данном исследовании учеными не было проведено сопоставление выявленных показателей с аналогичными данными контрольной группы — детей и подростков без СДВ(Г). Но, тем не менее, по представленным результатам исследования можно увидеть, что в учебной среде встречаемость всех форм агрессии почти в 2 раза ниже, чем в семейной. Это может быть следствием высокой регламентированности условий поведения в школе, когда агрессивность учащимися сдерживается или не проявляется. Причем наибольшая разница (в 2 раза) отмечена для вербальной агрессии, немного ниже — для реактивной (в 1,7 раза), использования оружия (в 1,6 раза) и объектной (в 1,5 раза) агрессии. Результаты данного исследования также подтверждают значительное преобладание частоты проявлений реактивной формы агрессии над активной среди детей и подростков с СДВ(Г).

Американские ученые Дж.Д. МакКуэйд и его коллеги [14] проследили встречаемость реляционной агрессии как формы социальной косвенной агрессии среди младших школьников в возрасте 8—12 лет с СДВ(Г) (N=124; 48% мальчиков) по отчетам их родителей и учителей. Исследователи попытались обосновать связь симптомов СДВ(Г) и проявлений агрессии у детей разного пола. Полученные ими данные подтверждают, что симптомы СДВ(Г) напрямую связаны с проявлениями физической агрессии. Результаты проведенного корреляционного анализа показали, что симптомы СДВ(Г) в детском возрасте имеют значимую связь с нарушениями исполнительных функций, EF (коэффициент корреляции 0,36, при $p < 0,01$) и с проявлениями физической агрессии (0,31, при $p < 0,01$). Последняя, в свою очередь, имеет слабую значимую связь с полом ребенка (0,21, при $p < 0,05$). Также учеными показано, что нарушения исполнительных функций имеют прямую связь с проявлениями реляционной агрессии, причем это практически не зависит от пола ребенка. То есть мальчики демонстрируют подобное поведение примерно с той же частотой, что и

девочки. Также установлено, что симптомы СДВ(Г) не связаны с проявлениями реляционной агрессии [14]. Такие результаты во многом демонстрируют возрастную незрелость исполнительных функций в возрасте испытуемых (8—12 лет), с чем может быть связана и гендерная однородность частоты проявлений реляционной агрессии. В младшем школьном возрасте еще продолжается становление гендерных стратегий поведения и тактических приемов организации социальных отношений. Мальчики и девочки во многом ведут себя схоже, одинаково часто используя сплетни, слухи и угрозы, обзывая и дразня других учеников.

Предикторы агрессии при СДВ(Г) в учебной среде

Турецкими исследователями Э. Эрманом и его коллегами [24] на основе результатов работ, проведенных ими в 2009—2014 гг., была построена структурная модель дифференциальной корреляции семейных, когнитивных факторов и восприятия детьми и подростками родительской стратегии поведения с проявлением агрессии в поведении самих детей в школе. Данные были собраны от 476 детей и подростков школьного возраста (7—15 лет) с диагнозом СДВ(Г), которые ранее демонстрировали различные типы агрессивного поведения, а также от их родителей и учителей. Анализ связей между проявлениями агрессии со стороны каждого из родителей и агрессией учащихся с СДВ(Г), проявляющейся в школе, показал, что статистически значимыми факторами являются как проявления агрессии каждого из родителей в настоящем (коэффициент корреляции 0,33 относительно матери, 0,25 — отца, при $p < 0,05$), а также со стороны отца в прошлом (0,36, при $p < 0,001$). Примечательно, что аналогичная связь проявлений агрессии с поведением матери в прошлом практически не значима (0,10, при $p < 0,1$), что может быть проявлением психологически тесных отношений между ребенком и матерью в его ранние годы жизни, базирующемся на детско-материнском импринтинге. Также значимые связи выявлены при исследовании отношения проявления агрессии детьми и подростками с СДВ(Г) в школе и социальных семейных факторов — количества людей, совместно проживающих с ребенком на одной площади (0,29, при $p < 0,001$), а также числа его братьев и сестер (0,24, при $p < 0,001$). Связь проявления агрессии детьми и подростками в образовательном учреждении с уровнем их когнитивного развития (учебной успешности, вербального и невербального интеллекта) авторами исследования отмечена как практически не значимая, но имеющая обратную направленность (-0,05, при $p < 0,05$).

Это исследование подтверждает, что отдельные семейные факторы влияют на агрессивное поведение детей с СДВ(Г) не только дома, но и в школе. При этом когнитивные факторы имеют гораздо меньшее значение с проявлениями агрессии детьми в учебной среде.

Восприятие ребенком его отношений с родителями оказывает значительное влияние на проявление агрессии в семейной среде, но практически не влияет на его поведение в школе. Наиболее важным результатом этого исследования является то, что семья — наиболее важный фактор в прогнозировании агрессии у детей с СДВ(Г) не только в семейной, но и в образовательной обстановке. Основными предикторами при этом являются агрессивное поведение родителей в настоящее время, агрессивность отца в раннем и дошкольном детстве ребенка и количество членов семьи.

Систематизация наших наблюдений в ходе проводимого психологического консультирования семей учащихся с СДВ(Г) позволяет согласиться с данными выводами. Часто дети и подростки вспоминают о проявлениях агрессии отцом в их дошкольном возрасте как «разрешающее» по отношению к себе поведение. Причем проявление агрессии отцом не всегда имеет направленность именно на ребенка; объектами могут быть мать, братья и сестры или даже животные. Агрессия, проявляемая родителями в младшем школьном, а тем более подростковом возрасте, часто служит фактором прямой провокации аналогичного ответа ребенка. Прямой пример поведения значимых взрослых практически стирает для ребенка запрет на подобное поведение, и ребенок часто «приносит» его в школьную среду. У детей и подростков с ослабленным самоконтролем это более заметно. В образовательной системе запреты на проявление агрессии строже, и часто это служит достаточным барьером на пути проявлений учащимся открытой агрессии, даже при ее наличии в семейной среде. Практика показывает, что во многом это зависит от выраженности и характера поддержания коллективных правил поведения в системе конкретного класса и авторитета организующих их педагогов.

Значение агрессивности при СДВ(Г)

Психологическая помощь при проявлениях агрессии в детском и подростковом возрасте чаще всего предусматривает направленную коррекцию поведения, неврологическую и психиатрическую помощь — фармацевтическую терапию. Современные исследования, как в области психологии, так и в области медицины, часть которых представлена в данной статье, подводят практику коррекционной и терапевтической работы с СДВ(Г) к важному рубежу организации дифференциального подхода. Мы видим, что организация этой работы может весьма отличаться в зависимости от подтипа СДВ(Г), диагностированного у ребенка, наличия сопутствующих нарушений поведения и даже типа проявляемой агрессии.

Результаты исследования Д.Ф. Коннора и его коллег в США [18] показали, что признак импульсивности и общей тяжести симптомов СДВ(Г) являются важными коррелятами реактивной агрессии (РА). Другие резуль-

таты этого исследования в значительной степени подтверждают выводы комиссии по диагностике СДВ(Г), приведенные в итоговом отчете по РА, как диагностически значимому симптому в детской психиатрии [12]. Данные, полученные П.С. Дженсеном и его коллегами по масштабному исследованию РА в Центре по оптимизации психического здоровья детей Колумбийского университета, США [12], позволили им сделать вывод о том, что эта форма агрессии является серьезной проблемой клинической практики и даже общественного здравоохранения. Ее уровень может быть измерен с достаточной точностью для разных психиатрических диагнозов, поэтому РА можно считать ключевой терапевтической мишенью при множественных расстройствах, таких как СДВ(Г), аутизм и биполярное расстройство у детей и подростков. В отчете сделан вывод о том, что более глубокое понимание различий между активной и реактивной агрессией в рамках четко определенных диагностических расстройств независимо от диагностических категорий нарушений, а также применение этих различий в будущих исследованиях и разработке клинических испытаний могут оказать серьезное влияние на планирование лечения и организацию профилактики отмеченных заболеваний. Хотя агрессия не является прямым критерием диагностики СДВ(Г), она является важным показателем при определении психофармакологического лечения детей с СДВ(Г). Например, при обращении к неврологу или психиатру проявления агрессии при СДВ(Г) могут служить дополнительным симптомом, определяющим форму и характер терапии [10] и влиять на изменения дозы лекарств или их сочетания для детей, получающих такое лечение [22]. Результаты некоторых клинических исследований уже доказывают, что реактивная агрессия может быть наиболее чувствительной к психофармакологическим вмешательствам [12; 21].

В практике психологов проявление агрессии в поведении ребенка или подростка с СДВ(Г), регулярность (уровень фиксированности) этих проявлений и их форма также могут играть важное диагностическое значение для отражения в уже существующих программах психологической поддержки и коррекции учащихся с СДВ(Г) [1 и др.]. Так, например, нам представляется логичным и обоснованным применение психофизиологических форм поведенческой терапии (например, АВА-терапия, Home Token Economy, систематическая десенсибилизация, имитационное научение, БОС-терапия и т. п.) для работы преимущественно с реактивной агрессией у детей и подростков, а более интеллектуализированных форм терапии (арт-терапия, библиотерапия, когнитивная, рационально-эмоционально-поведенческая терапия и т. п.) для работы с активной и реляционной агрессией.

Множество опубликованных результатов современных исследований показывают эмпирическую значимость психологической коррекции для снижения агрессии у детей и подростков с СДВ(Г). При этом в отдельных исследованиях отмечается, что терапевти-

ческие вмешательства для детей из группы риска по проявлениям агрессии при СДВ(Г), проводимые именно в раннем возрасте, оказываются эффективными в наибольшей степени. И напротив, как показали данные масштабного исследования Стэнфордско-Говардской рабочей группы AACAP по ювенильной импульсивности и агрессии и их коллег из Университетского центра здоровья штата Коннектикут, США, методы лечения детей и подростков, которые обычно обращаются к детскому психиатру с закрепленными проявлениями агрессии, не являются высоко эффективными или прогностически надежными [19]. Таким образом, можно сделать вывод о том, что наибольшее значение в профилактике агрессивных проявлений в поведении детей и подростков с СДВ(Г) имеет превентивная работа психолога, преимущественно педагогического психолога. При выявлении этого заболевания на более поздних стадиях, особенно при фиксированных проявлениях агрессии, для повышения эффективности важно сочетание психолого-коррекционных и терапевтических мероприятий.

Психологи организованных образовательных учреждений (детские сады, школы), в отличие от медиков, могут работать и над профилактикой агрессии у детей с СДВ(Г) [16]. В отечественной и зарубежной психологической практике во множестве представлены профилактические программы психосоциальной терапии агрессии в дошкольном и школьном возрасте. Нам представляется важным, чтобы психологи образовательных организаций учитывали наличие у ребенка или подростка СДВ(Г) и при таком медицинском диагнозе обязательно включали его в группу риска по отношению к проявлению агрессивного поведения. При этом необходимо учитывать семейную ситуацию развития этого учащегося — проявления агрессивности у его родителей в прошлом и в настоящее время, число членов семьи, в том числе наличие в семье братьев и сестер. Это может быть выявлено психологом в ходе сбора анкетных данных родителей и непосредственно у ребенка соответствующими психодиагностическими методиками. Немаловажна и организация тесного сотрудничества педагогов и психологов для своевременного выявления проблем поведения учащихся. Педагогам очень важен современный опыт психологической науки и практики. Результаты научных исследований во мно-

гом имеют практическую применимость к организации учебной среды и оказанию эффективной психологической поддержки учащимся, особенно имеющим поведенческие проблемы.

Заключение

Анализ современных зарубежных исследований взаимосвязи СДВ(Г) у детей и подростков с различными проявлениями агрессии позволяет сделать однозначный вывод о ее существовании. На основании данных, приводимых исследователями агрессивного поведения при СДВ(Г), можно различить несколько видов агрессии, имеющих различный характер и частоту проявления в учебной среде. В частности, установлено, что частота их встречаемости в дошкольном и школьном возрасте различна относительно разных подтипов СДВ(Г) и наличия у детей и подростков сопутствующих клинических нарушений поведения. Отмечено, что природа агрессивных проявлений во многом связана с «пусковым механизмом», сформированным самими нарушениями функционирования мозга при СДВ(Г), и в рассматриваемом возрастном интервале во многом обусловлена незрелостью мозговых структур и недостаточной сформированностью мозговых функций.

Во многом данная тема еще остается не раскрытой. Недостаточно изучены особенности формирования проявлений косвенной агрессии при СДВ(Г), что представляется важным для изучения школьного буллинга. Слабо освещена тема вклада личностных особенностей детей и подростков с СДВ(Г) в эффективность самоконтроля агрессивного поведения и его становление с взрослением ребенка. Практически не представлена тема вклада учебной среды в формирование агрессивного поведения у детей и подростков с СДВ(Г), что может быть ключом к диагностике у них высокого уровня реактивной агрессии. Особый интерес представляет собой вопрос формирования самоконтроля поведения у детей с СДВ(Г) по мере их когнитивного развития. В любом случае комплекс психологических и социальных проблем, формирующийся вокруг поведения учащихся с СДВ(Г), весьма важен для изучения, поскольку имеет практическое значение для организации эффективной образовательной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскина А.А. Стратегии адаптации детей с СДВГ к учебному процессу // Современная зарубежная психология. 2016. Т. 5. № 3. С. 35—40. doi:10.17759/jmfp.2016050303
2. Катунова В.В. Причины снижения учебной мотивации у учащихся с синдромом дефицита внимания (и гиперактивности) // Современная зарубежная психология. 2019. Т. 8. № 2. С. 56—66. doi:10.17759/jmfp.2019080206
3. Нейропсихологические и нейрофизиологические исследования вариантов синдрома дефицита внимания с гиперактивностью [Электронный ресурс] / А.Р. Агрис [и др.] // Современная зарубежная психология. 2012. Т. 1. № 1. С. 6—19. URL: http://psyjournals.ru/files/50003/jmfp_2012_1_n2_Agris.pdf (дата обращения: 12.09.2019).
4. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit=hyperactivity disorder / Peter S. Jensen [et al.] // Archives Of General Psychiatry. 1999. Vol. 56. № 12. P. 1073—1086. doi:10.1001/archpsyc.56.12.1073

5. *Achenbach T.M., Ruffle T.M.* The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies // *Pediatrics in Review*. 2000. Vol. 18. № 8. P. 265—271. doi:10.1542/pir.21-8-265
6. ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups / P.S. Jensen [et al.] // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001. Vol. 40. № 2. P. 147—158. doi:10.1097/00004583-200102000-00009
7. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Aggression, and Illicit Stimulant Use: Is This Self-Medication? / A.P. Odell [et al.] // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2017. Vol. 205. № 5. P. 372—379. doi:10.1097/NMD.0000000000000668.
8. *Babinski L.M., Hartsough C.S., Lambert N.M.* Childhood conduct problems, hyperactivity-impulsivity, and inattention as predictors of adult criminal activity // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1999. Vol. 40. № 3. P. 347—355. doi:10.1111/1469-7610.00452
9. *Connor D.F.* Aggression and Antisocial Behavior in Children and Adolescents: Research and Treatment. New York; London: Guilford Press. 2002. 480 p.
10. *Connor D.F., Doerfler L.A.* ADHD with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder: Discrete or nondistinct disruptive behavior disorders? // *Journal of Attention Disorders*. 2008. Vol. 12. № 2. P. 126—134. doi:10.1177/1087054707308486
11. *Connor D.F., McLaughlin T.J.* Aggression and diagnosis in psychiatrically referred children // *Child Psychiatry and Human Development*. 2006. Vol. 37. № 1. P. 1—14. doi:10.1007/s10578-006-0015-8
12. Consensus report on impulsive aggression as a symptom across diagnostic categories in child psychiatry: Implications for medication studies / P.S. Jensen [et al.] // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007. Vol. 46. № 3. P. 309—322. doi:10.1097/chi.0b013e31802f1454
13. *Dodge K.A., Coie J.D.* Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987. Vol. 53. № 6. P. 1146—1158. doi:10.1037//0022-3514.53.6.1146
14. Executive Functioning and Engagement in Physical and Relational Aggression among Children with ADHD / J.D. McQuade [et al.] // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2017. Vol. 45. № 5. P. 899—910. doi:10.1007/s10802-016-0207-z
15. *Ferguson C.J.* Do Angry Birds Make for Angry Children? A Meta-Analysis of Video Game Influences on Children's and Adolescents' Aggression, Mental Health, Prosocial Behavior, and Academic Performance // *Perspectives on Psychological Science*. 2015. Vol. 10. № 5. P. 646—666. doi:10.1177/1745691615592234
16. *Füessl H.S.* ADHD, bullying and suicidality in children and adolescents // *MMW Fortschritte der Medizin*. 2014. Vol. 156. № 14. P. 40.
17. *Halperin J.M., McKay K.E., Newcorn J.H.* Development, reliability, and validity of the children's aggression scale-parent version // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002. Vol. 41. № 3. P. 245—252. doi:10.1097/00004583-200203000-00003
18. Impulsive Aggression in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Symptom Severity, Co-Morbidity, and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Subtype / D.F. Connor [et al.] // *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2010. Vol. 20. № 2. P. 119—126. doi:10.1089/cap.2009.0076
19. Juvenile maladaptive aggression: a review of prevention, treatment, and service configuration and a proposed research agenda / D.F. Connor [et al.] // *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006. Vol. 67. № 5. P. 808—820.
20. *Kay S.R., Wolkenfeld F., Murrill L.M.* Profiles of aggression among psychiatric patients I. Nature and prevalence // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1988. Vol. 176. № 9. P. 539—546. doi:10.1097/00005053-198809000-00007
21. Pharmacotherapy of aggression in children and adolescents: Efficacy and effect size [Электронный ресурс] / E. Pappadopulos [et al.] // *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2006. Vol. 15. № 1. P. 27—39. URL: https://www.researchgate.net/profile/Peter_Jensen/publication/5460772_Pharmacotherapy_of_Aggression_in_Children_and_Adolescents_Efficacy_and_Effect_Size/links/0deec51841606f2f3f000000.pdf (дата обращения: 12.09.2019).
22. *Pliszka S.R.* Treating ADHD and Comorbid Disorders. New York: Guilford Press, 2009. 242 p.
23. Predicting aggression in children with ADHD [Электронный ресурс] / E. Ercan [et al.] // *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2014. Vol. 8. № 15. URL: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/1753-2000-8-15> (дата обращения: 01.08.2019).
24. Proactive and reactive aggression in referred children and adolescents / D.F. Connor [et al.] // *American Journal of Orthopsychiatry*. 2004. Vol. 74. № 2. P. 129—136. doi:10.1037/0002-9432.74.2.129
25. Screen Violence and Youth Behavior / C.A. Anderson [et al.] // *Pediatrics*. 2017. Vol. 140. № 2. P. 142—147. doi:10.1542/peds.2016-1758T
26. *Shao R., Wang Y.* The Relation of Violent Video Games to Adolescent Aggression: An Examination of Moderated Mediation Effect // *Frontiers in Psychology*. 2019. Vol. 10. Art. 384. doi:10.3389/fpsyg.2019.00384
27. The Reactive—Proactive Aggression Questionnaire: Differential Correlates of Reactive and Proactive Aggression in Adolescent Boys / A. Raine [et al.] // *Aggressive Behavior*. 2006. Vol. 32. № 2. P. 159—171. doi:10.1002/ab.20115

Reasons for reduced learning motivation in students with attention deficit hyperactivity disorder

Katunova V.V.,

Candidate of Biological Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of General and Clinical Psychology, Privolzhsky Research Medical University (FSBEI HE PRMU) MOH Russia, Nizhny Novgorod, Russia, katunova@mail.ru

The article discusses the study of the relationship of ADHD in children and adults with their learning motivation at the neurological and behavioral levels. On the basis of the results of research presented in modern foreign literature, two categories of reasons for the decline in learning motivation among students with ADHD are identified: external and internal. The purpose of this article is to emphasize that the system of motivation in patients with ADHD has deeper impairments than is commonly believed due to neurological disorders of the brain, as well as complex social problems, and present these results as an explanation of motivational and educational problems faced by students with ADHD. The article also presents possible directions for coordinating the reasons for the decline in academic motivation in ADHD and psychological theories of its formation (SDT, AGT and SCT). The possibilities of applying these theories for psychological and pedagogical solutions to the problems of motivation among students with ADHD are shown. The results of the analysis of the reviewed scientific papers indicate the need for a comprehensive account of the factors that reduce motivation in developing a system of recommendations for students with ADHD — for organizing their learning environment and planning the individual trajectory of their development.

Keywords: training motivation, attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, ADD, motivation disorders in ADHD, behavior, training, educational success, control functions, prefrontal cortex, dopamine.

REFERENCES

1. Adaskina A.A. Strategii adaptatsii detei s SDVG k uchebnomu protsessu [Adaptation strategies of children with ADHD to the educational process]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya [Journal of Modern Foreign Psychology]*, 2016, vol. 5, no. 3, pp. 35—40. doi:10.17759/jmfp.2016050303. (In Russ.; Abstr. in Engl.).
2. Katunova V.V. Prichiny snizheniya uchebnoi motivatsii u uchashchikhsya s sindromom defitsita vnimaniya (i giperaktivnosti) [Reasons for Reduced Learning Motivation in Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya [Journal of Modern Foreign Psychology]*, 2019, vol. 8, no. 2, pp. 56—66. doi:10.17759/jmfp.2019080206. (In Russ.; Abstr. in Engl.).
3. Agris A.R. et al. Neiropsikhologicheskie i neurofiziologicheskie issledovaniya variantov sindroma defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu [Elektronnyi resurs] [NeuroPsychological and neuroPhysiological approaches to study of variants of Attention Deficit Hyperactivity Disorder]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya [Journal of Modern Foreign Psychology]*, 2012, vol. 1, no. 1, pp. 6—19. URL: http://psyjournals.ru/files/50003/jmfp_2012_1_n2_Agris.pdf (Accessed 12.09.2019). (In Russ.; Abstr. in Engl.).
4. Jensen Peter S. et al. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit=hyperactivity disorder. *Archives Of General Psychiatry*, 1999, vol. 56, no. 12, pp. 1073—1086. doi:10.1001/archpsyc.56.12.1073
5. Achenbach T.M., Ruffle T.M. The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in review*, 2000, vol. 18, no. 8, pp. 265—271. doi:10.1542/pir.21-8-265
6. Jensen P.S. et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2001, vol. 40, no. 2, pp. 147—158. doi:10.1097/00004583-200102000-00009
7. Odell A.P. et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Aggression, and Illicit Stimulant Use: Is This Self-Medication? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2017, vol. 205, no. 5, pp. 372—379. doi:10.1097/NMD.0000000000000668
8. Babinski L.M., Hartsough C.S., Lambert N.M. Childhood conduct problems, hyperactivity-impulsivity, and inattention as predictors of adult criminal activity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1999, vol. 40, no. 3, pp. 347—355. doi:10.1111/1469-7610.00452
9. Connor D.F. *Aggression and Antisocial Behavior in Children and Adolescents: Research and Treatment*. New York; London: Guilford Press. 2002. 480 p.
10. Connor D.F., Doerfler L.A. ADHD with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder: Discrete or nondistinct disruptive behavior disorders? *Journal of Attention Disorders*, 2008, vol. 12, no. 2, pp. 126—134. doi:10.1177/1087054707308486
11. Connor D.F., McLaughlin T.J. Aggression and diagnosis in psychiatrically referred children. *Child Psychiatry and Human Development*, 2006, vol. 37, no. 1, pp. 1—14. doi:10.1007/s10578-006-0015-8

12. Jensen P.S. et al. Consensus report on impulsive aggression as a symptom across diagnostic categories in child psychiatry: Implications for medication studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007, vol. 46, no. 3, pp. 309—322. doi:10.1097/chi.0b013e31802f1454
13. Dodge K.A., Coie J.D. Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, vol. 53, no. 6, pp. 1146—1158. doi:10.1037//0022-3514.53.6.1146
14. McQuade J.D. et al. Executive Functioning and Engagement in Physical and Relational Aggression among Children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2017, vol. 45, no. 5, pp. 899—910. doi:10.1007/s10802-016-0207-z.
15. Ferguson C.J. Do Angry Birds Make for Angry Children? A Meta-Analysis of Video Game Influences on Children's and Adolescents' Aggression, Mental Health, Prosocial Behavior, and Academic Performance. *Perspectives on Psychological Science*, 2015, vol. 10, no. 5, pp. 646—666. doi:10.1177/1745691615592234
16. Füessl H.S. ADHD, bullying and suicidality in children and adolescents. *MMW Fortschritte der Medizin*, 2014, vol. 156, no. 14, pp. 40.
17. Halperin J.M., McKay K.E., Newcorn J.H. Development, reliability, and validity of the children's aggression scale-parent version. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2002, vol. 41, no. 3, pp. 245—252. doi:10.1097/00004583-200203000-00003
18. Connor D.F. et al. Impulsive Aggression in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Symptom Severity, Co-Morbidity, and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Subtype. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2010, vol. 20, no. 2, pp. 119—126. doi:10.1089/cap.2009.0076
19. Connor D.F. et al. Juvenile maladaptive aggression: a review of prevention, treatment, and service configuration and a proposed research agenda. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2006, vol. 67, no. 5, pp. 808—820.
20. Kay S.R., Wolkenfeld F., Murrill L.M. Profiles of aggression among psychiatric patients I. Nature and prevalence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1988, vol. 176, no. 9, pp. 539—546. doi:10.1097/00005053-198809000-00007
21. Pappadopulos E. et al. Pharmacotherapy of aggression in children and adolescents: Efficacy and effect size [Elektronnyi resurs]. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2006, vol. 15, no. 1, pp. 27—39. URL: https://www.researchgate.net/profile/Peter_Jensen/publication/5460772_Pharmacotherapy_of_Aggression_in_Children_and_Adolescents_Efficacy_and_Effect_Size/links/0deec51841606f2f3f000000.pdf (Accessed 12.09.2019).
22. Pliszka S.R. Treating ADHD and Comorbid Disorders. New York: Guilford Press, 2009. 242 p.
23. Ercan E. et al. Predicting aggression in children with ADHD [Elektronnyi resurs]. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 2014, vol. 8, no. 15. URL: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/1753-2000-8-15> (Accessed 01.08.2019).
24. Connor D.F. et al. Proactive and reactive aggression in referred children and adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2004, vol. 74, no. 2, pp. 129—136. doi:10.1037/0002-9432.74.2.129
25. Anderson C.A. et al. Screen Violence and Youth Behavior. *Pediatrics*, 2017, vol. 140, no. 2, pp. 142—147. doi:10.1542/peds.2016-1758T
26. Shao R., Wang Y. The Relation of Violent Video Games to Adolescent Aggression: An Examination of Moderated Mediation Effect. *Frontiers in Psychology*, 2019, vol. 10. Art. 384. doi:10.3389/fpsyg.2019.00384
27. Raine A. et al. The Reactive—Proactive Aggression Questionnaire: Differential Correlates of Reactive and Proactive Aggression in Adolescent Boys. *Aggressive Behavior*, 2006, vol. 32, no. 2, pp. 159—171. doi:10.1002/ab.20115