

УДК 616.89-008.47-008.61-053.4/5

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О КЛИНИКЕ И ДИНАМИКЕ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Э.Е. Шустер, к.м.н., доцент

Кафедра психиатрии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

*Статья представляет собой обзор литературных источников и данных собственного исследования, в которых рассматриваются современные взгляды на проблему гиперкинетического расстройства с началом в детском возрасте. Отмечен факт, что ряд исследователей настаивают на пересмотре традиционной точки зрения, заключающейся в том, что к 15-16 годам наблюдается положительная клиническая динамика и проявление синдрома постепенно ослабевает. Показано, что расстройство ГРДВ в менее чем половине случаев переходит в зрелый возраст, однако симптоматика у взрослых отличается от таковой у детей. Кроме того, у этой категории пациентов в зрелом возрасте особенно часто выявляются расстройства личности и расстройства, вызванные употреблением ПАВ.*

**Ключевые слова:** гиперкинетическое расстройство, двигательная расторможенность, невнимательность, нарушения поведения.

*The article reviews literature sources and data of personal research on modern conceptions about the hyperkinetic disorder with the onset in childhood. It has been emphasised that some investigators argue the traditional point of view that by 15-16 years of age patients show positive clinical dynamics and the syndrome manifestations gradually reduce. It is shown that the hyperkinetic disorder with the onset in childhood in the minority of cases remains in adulthood, but the symptoms in grown-ups differ from those in children. In addition this category of the adult patients mostly develop personality disorders and disorders due to the surface-active substances.*

**Key words:** hyperkinetic disorder, deferred motor response, inattention, behavioral disorders.

Гиперкинетическое расстройство (гипердинамический синдром) – это совокупность поведенческих и эмоциональных нарушений, которые начинаются обычно в раннем возрасте и характеризуются сочетанием чрезмерно активного, слабо модулируемого поведения с выраженной невнимательностью и отсутствием упорства в выполнении поставленных задач. Синдром двигательной расторможенности стал предметом систематического изучения лишь в конце 50-х годов XX века. Одно из первых описаний синдрома принадлежит американским психиатрам. Согласно данным статистики, ГК встречается у каждого пятого-шестого ребёнка, рождающегося сегодня в нашей стране. Кроме того, необходимо отметить, что у девочек гиперкинетическое расстройство встречается в три-четыре раза реже, чем у мальчиков.

В настоящее время расстройство рассматривается как следствие нарушения развития нервной системы, возникшее в детском возрасте. Предполагается, что в этиологии основную роль играют генетические факторы, однако известно, что развитие этого расстройства вызывают, хотя и значительно реже, и другие факторы, например: недоношенность, повреждение, обусловленные травмой в пренатальном и (или) перинатальном периоде, интоксикация и инфекционные заболевания в раннем детстве. Т.е. микроорганические поражения головного мозга, которые вызваны либо внутриутробным кислородным голоданием плода, либо асфиксией плода в процессе родов, либо микрокровоудовой травмой иного рода. В этом случае в мозгу ребенка отсутствуют грубые органические повреждения, но есть множество микроповреждений коры и подкорковых структур. Часто такие нарушения подстерегают чрезмерно крупного или большеголового ребёнка, ребёнка, родившегося при затяжных или, наоборот, стремительных родах. Считается, что эти факторы оказывают воздействие как самостоятельно, так и способствуют высвобождению наследственной предрасположенности [1].

Гипердинамический синдром и синдром дефицита

внимания по МКБ-10 определяются такими кардинальными признаками, как: а) нарушенное внимание и гиперактивность, выявляющиеся более чем в одной ситуации, особенно в ситуациях, требующих относительного спокойствия; б) частая смена одного вида деятельности на другой; в) дефекты настойчивости и внимания диагностируются, если они чрезмерны для возраста ребенка и коэффициента его умственного развития.

Основные признаки гипердинамического синдрома – это проявляющаяся с самых первых месяцев жизни ребенка двигательная расторможенность и отвлечение внимания. Гиперкинетических детей в младенчестве буквально не удерживать в руках, они раньше других начинают держать головку, переворачиваться на живот, сидеть, вставать на ножки, ходить и т.д. Нет такого шкафа, который гипердинамический ребенок не сумел бы открыть, нет такого стула или дивана, на который он не сумел бы взобраться. Позже они часто бывают безрассудны и импульсивны, нередко с ними происходят несчастные случаи и всегда они находятся в списках злостных нарушителей дисциплины, хотя делают всё совершенно несознательно, не желая ничего плохого. Главными поведенческими характеристиками таких детей являются недостаточная настойчивость в деятельности, требующей когнитивных усилий, тенденция переходить от одного дела к другому, не завершая ни одного из них – всё это происходит на фоне плохо организованной, слабо регулируемой и чрезмерной активности. С гиперкинетическими расстройствами часто сочетаются и другие нарушения, такие как социально расторможенные отношения со взрослыми, отсутствие нормальной осторожности и сдержанности, неумение играть в структурированные игры в коллективе сверстников, специфические расстройства в моторном и речевом развитии, а также трудности в чтении или другие школьные проблемы. Гипердинамичные дети не ходят, а бегают, доказывая что-то, не говорят, а кричат. Они никогда не унывают, легко переносят наказания. После ссоры с кем-то тут же идут мириться, легко

дают всевозможные обещания и клятвы и также легко их нарушают.

Пик проявлений гипердинамического синдрома приходится на 5-7 лет, и именно в этом возрасте окружающим ребенка людям начинает казаться, что он в принципе невоспитуем [2].

Как правильно родственникам вести себя с таким ребенком?

1. Первый и самый главный совет родителям гипердинамичных детей: не пытайтесь держать в себе свои чувства. Никакого, даже самого олимпийского спокойствия на гипердинамичного ребенка не хватит. Если вы в ярости, скажите или даже крикните об этом. Если в отчаянии – продемонстрируйте это ребенку в полной мере. Если ребенку случилось порадовать вас, порадитесь от души.

2. Тщательно отделяйте оценку поступков ребенка от оценки его личности. Поступки гипердинамичного ребенка почти всегда ужасны, раздражительны и неуместны. К чему-то вы сумеете притерпеться с годами (например, к тому, что он ест на бегу, забывает в садике свои вещи и засыпает, стоя на локтях и коленях). К чему-то Вы так и останетесь нетерпимы. Воспитатель в саду видит в нем несносного шалуна, учитель в начальной школе – постоянно отвлекающегося ученика, который к тому же ещё и отвлекает других. Вы же должны видеть личность, видеть его достоинства: незлобливость, отходчивость, общительность и контактность, щедрость и готовность поддержать любое начинание, легкость на подъем и неистощимый оптимизм – всё это его и ваш актив.

3. Обязательно предоставьте ребенку как можно больше возможностей для реализации его физической, моторной активности.

В доме, где растет ребенок с гипердинамическим синдромом, обязательно должен быть домашний спортивный уголок. Пусть ребенок до изнеможения бегаёт во дворе, играя в футбол или хоккей, лазая на дворовых снарядах или катаясь с горки. Как только позволит возраст, обязательно отведите его в какую-нибудь спортивную секцию. Главное, чтобы там было как можно больше движений и чтобы ребенку нравилось туда ходить. Любые, даже самые незначительные успехи ребенка в спорте должны поощряться.

4. До определенного момента и определенной степени будьте органом планирования и органом для оценки последствий поступков, совершенных вашим ребенком. Предвидеть что будет, оценить что потом, спланировать так, чтобы все получилось – все это гипердинамичному ребенку в буквальном смысле органически недоступно.

5. Никогда публично не присоединяйтесь к окружающим в оценке вашего ребенка, даже если, по сути, вы и согласны с ней. Пока ребенок будет знать, что кто-то видит в нем не только безнадежного шалуна и «ребенка-катастрофу», кто-то надеется и верит в возможность позитивных перемен, до той поры у него самого сохраняется стимул к самообузданию и самовоспитанию.

6. Гипердинамичный ребенок поверхностен не только в своих увлечениях, но в своей эмоциональности. Старайтесь побольше говорить ему о своих чувствах, проясняйте для него нравственную и этическую глубину ситуаций, которые происходят на его глазах, в телевизионных фильмах, в книгах.

Как уже упоминалось, пик проявлений гипердинамического синдрома приходится на дошкольный и младший школьный возраст. В отечественной детской психиатрии до недавнего времени существовала точка зрения, что при благополучном стечении обстоятельств дальше

происходит обратное развитие процесса и проявление синдрома постепенно ослабевает. К 15-16 годам в таком случае гипердинамичные дети практически ничем не отличаются от сверстников. Их подвижность и повышенная отвлекаемость, разумеется, сохраняется, но уже как вариант нормы. Таким подросткам по-прежнему нужны подвижные игры и занятия. Спорт, походы и дискотеки навсегда останутся для них более предпочтительными развлечениями, чем библиотечные столы.

В последние годы появились работы, где приводятся данные о том, что в значительном числе случаев ГР переходит из детского возраста в зрелый. В нескольких проспективных исследованиях дети с гиперкинетическим расстройством с дефицитом внимания наблюдались до периода зрелости. В первом исследовании, проведенном Weiss G [3], где он проследил за состоянием 63 из 104 детей начальной когорты в среднем до 25 лет (21-23 года), указывается, что примерно у половины обследуемых зрелого возраста оставались симптомы расстройства разной степени тяжести, нарушающей их деятельность. Во втором исследовании, проведенном Manuzza и его коллегами, были изучены 91 субъект мужского пола, 88% из них страдали в детстве гиперкинетическим расстройством, средний возраст испытуемых составил 25,5 года. При катamnестическом обследовании диагноз ГРДВ в соответствии с критериями DSM-III-R был установлен только у 8%, что свидетельствует о значительном смягчении симптомов этого расстройства в период между подростковым и зрелым возрастом. Вместе с тем, показатели распространенности антисоциального расстройства личности и расстройств, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами, в этой когорте были высокими [4]. По данным таких исследователей, как Borland, Neckam, Morrison и др. [5], которые проводили поперечное исследование на протяжении 1980-1997 годов, где изучался предполагаемый синдром ГРДВ зрелого возраста – его профиль симптоматики и структура сходны с таковыми при ГРДВ детского возраста. Авторы указывали, что, ГРДВ взрослых приводит к таким же нарушениям межличностных и профессиональных отношений, ухудшению когнитивных функций, как и синдром детского возраста. Другая группа авторов, в частности, Klein, Manuzza, Fischer и др. указывают на относительную значимость симптомов невнимательности, гиперактивности и импульсивности для установления диагноза у взрослых. Вполне возможно, по их мнению, что повреждение головного мозга в зрелом возрасте, например травмы или инфекционные заболевания, могут вызвать нарушение внимания или гиперактивность/импульсивность, подобные тем симптомам, которые наблюдаются при ГРДВ. Доступные в настоящее время объективные данные не позволяют достаточно четко отграничить основные характерные признаки ГРДВ от аналогичных признаков, обусловленных другими расстройствами центральной нервной системы. Диагностика у взрослых также усложняется из-за сопутствующих или других психических расстройств, имеющих с ГРДВ общую симптоматику: расстройства личности, аффективные, тревожные, соматоформные расстройства.

Мы предприняли попытку изучить и проанализировать отдаленную динамику ГР у лиц зрелого возраста. Для исследования были отобраны 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, средний возраст 7,2 года. Имеющаяся у пациентов клиническая

симптоматика удовлетворяла клинико-диагностическим критериям диагноза «Гиперкинетическое расстройство с нарушением активности и внимания» и «Гиперкинетическое расстройство поведения» – шифр МКБ-10 F 90.0 и F 90.1. Проводилось проспективное изучение отдаленной динамики заболевания у 113 юношей. Длительность наблюдений 8-10 лет, средняя длительность – 8,4 года. Возраст на момент последнего обследования 16-21 год. Сведения собирались путем личного осмотра на амбулаторном приеме, в период работы призывной военно-врачебной комиссии. Анализировались данные медицинской документации (истории болезни, амбулаторные карты диспансерных больных, акты СПЭ), а также информация, полученная из инспекции и комиссии по делам несовершеннолетних.

Все подростки были обследованы клинико-психопатологически, экспериментально-психологически и электроэнцефалографически. Электроэнцефалографическое исследование проводилось как минимум дважды: при первичном обращении к психиатру (при постановке диагноза гиперкинетического расстройства) и при повторном обследовании в подростковом и юношеском возрасте.

В зависимости от степени компенсации гиперкинетических расстройств, пациенты были разбиты на две клинические группы. В первую вошли 63 юноши, средний возраст 16,8 года, которые в младшем школьном возрасте обнаруживали гиперкинетические нарушения, но в 16–17 лет, во время прохождения приписной комиссии в военкомате, были признаны здоровыми и годными к службе в армии. Вторую клиническую группу составили 50 юношей 18-21 года (средний возраст 18,7 года). У этой категории больных проявления гиперкинетического расстройства длительно сохранялись в виде невнимательности, гиперактивности и импульсивности. Они обнаруживали бескомпромиссность и категоричность суждений, оппозиционность во взаимоотношениях со взрослыми, нарушение дисциплинарных требований. Достаточно часто это приводило к школьной дезадаптации и как следствие – к уходам из школы и из дома. В эту же группу вошли все случаи употребления психоактивных веществ (33%, 17 наблюдений) и противоправных действий (9,8%, 5 наблюдений). В период призыва на воинскую службу они проходили амбулаторно или стационарно военно-психиатрическую экспертизу.

В результате проведенного исследования были получены следующие данные: у 26 (52%) пациентов выявлено расстройство личности эмоционально-неустойчивого типа, 14 (28%) систематически наблюдались наркологами по поводу употребления психоактивными веществами, органическое расстройство личности с легким снижением познавательной деятельности диагностировано у 10 (20%) исследуемых.

Резидуально-органическая неполноценность, имевшая место в раннем детском возрасте, в ряде случаев находила свое выражение в изменениях биоэлектрической активности головного мозга. Результаты анализа электроэнцефалограмм (63 исследуемых первой группы, 50 исследуемых второй группы) отражали изменения биоэлектрической активности в форме дезорганизованного типа ЭЭГ, гиперсинхронного типа, медленного типа и снижения порога судорожной готовности.

Измененные формы биоэлектрической активности при первичном обследовании наблюдались у 59,8% обследованных 1-й группы, 61,8% 2-й группы. В обеих груп-

пах преобладали ЭЭГ дезорганизованного типа (67,2%). Повторное обследование в юношеском возрасте 54 больных (86% детской когорты) 1-й группы и 27 (54% детской когорты) 2-й группы дало аналогичные результаты: в целом изменения на ЭЭГ определялись реже, но структура патологии и ее удельный вес не имели достоверного различия в группах (1-я гр. – 27,8%, 2-я гр. – 24,6%  $P_{1-2} > 0.05$ ).

Таким образом, основываясь на результатах проведенного исследования, можно сделать следующие выводы: расстройство ГРДВ, возникшее в детском возрасте в менее половине случаев, переходит в зрелый возраст, однако клинические проявления у взрослых отличаются от таковых у детей. Относительная значимость невнимательности, импульсивности и гиперактивности остаётся весьма спорной и недостаточной для валидации ГРДВ зрелого возраста. Кроме того, у этой категории пациентов особенно часто отмечаются расстройства личности и расстройства, вызванные употреблением ПАВ. Вследствие этого, проблема коморбидности поднимает ряд важных вопросов, в первую очередь, является ли ГРДВ детского возраста предиктором к развитию перечисленных выше патологий или же оно непосредственно трансформируется в расстройства личности у взрослых, или же расстройства, вызванные злоупотреблением ПАВ. Анализ данных ЭЭГ исследований подтверждают тот факт, что перинатальные вредности, ведущие к формированию микроорганического радикала, широко представлены в детском возрасте как при гиперкинетическом расстройстве с нарушением активности и внимания, так и поведения. Однако в дальнейшем, к юношескому возрасту, роль биологического фактора утрачивает своё значение, что находит отражение в результатах ЭЭГ исследования. Это позволяет предположить, что в механизме трансформации гиперкинетического расстройства в расстройство личности и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ в период зрелости, на первый план выступают иные причины, вероятно, микросоциального характера.

Медикаментозная терапия носит характер восстановительный, стимулирующий развитие мозга и ликвидирующий последствия его повреждения. Терапия обычно длительная, приоритет в ней отдается препаратам ноотропного ряда, кроме того, ряд специфических симптомов требуют назначения соответствующего лечения. Однако на одном из первых мест следует отметить семейное консультирование и семейную психотерапию, так как семья для данной категории больных может быть как основной реабилитационной средой, так и наоборот, декомпенсирующей.

### Литература

1. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев // Пособие для врачей. – М. – 1985. – 608 с.
2. Дударева, Е.И. Гипердинамический ребёнок / Е.И. Дударева. – Екатеринбург, 2004. – 32 с.
3. Weiss, G. Psychiatric status of hyperactives as adult: A controlled prospective 15-years follow-up of 63 hyperactive children / G. Weiss // Journal of the American Academy of the Child Psychiatry. – 2003. – № 50. – P. 211-230.
4. Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, outcome rank, and psychiatric status / S. Mannuzza [et al] // Archives of General Psychiatry. – 2007. – № 67. – P. 565-576.
5. Borland, B.L. Hyperactive boys and their brothers: a 25- years follow-up study / B.L. Borland, H.K. Heckman // Archives of General Psychiatry. – 2005. – № 59. – P. 669-676.

Поступила 04.05.2011