

УДК 159.922. 7/8

ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА С ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ

*Андрющенко Т.И., Рысухина Ж.А.,
Гольдорф А.А., детские психиатры,
г. Костанай, Казахстан*

Аннотация

Гиперкинетикалық құбылу - зейіннің бұзылуы, гиперактивтік қозғалу және тәртібінің қызбасы. Гиперкинетикалық құбылуы дың диагнозы қауіпті емес. Бұл диагнозбен бала өмірде мақсаттарына жете алады және үлкендерге де қауіпі жоқ. Бірақ бұл мақсатқа жету балаға да, үлкенге де үшін көптеген күш жігер жұмсау керек.

Аннотация

Гиперкинетическое расстройство – синдром, характеризующийся нарушением внимания, двигательной гиперактивностью и импульсивностью поведения. Диагноз гиперкинетического расстройства не является приговором. Он всего лишь означает, что ребенок с таким расстройством способен достичь тех же целей жизни, что и его здоровые ровесники, но для этого придется приложить значительно больше усилий как ребенку, так и его взрослому окружению.

Abstract

Hyperkinetic frustration – a syndrome, being characterized attention violation, a motive hyperactivity and impulsiveness of behavior. The diagnosis of hyperkinetic frustration isn't a sentence. It only means that the child with such frustration is capable to reach the same goals of life, as his healthy age-mates, but for this it is necessary to put much more effort as a child, as his adult environment.

Түйінді сөздер: қобалжу, көңіл, шамадан тыс белсенділік, қызбалық, тәртіп, диагноз.

Ключевые слова: расстройство, внимание, гиперактивность, импульсивность, поведение, диагноз.

Keywords: disorder, attention, hyperactivity, impulsiveness, behavior, diagnosis.

Введение. Гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания.

Общая характеристика.

Термин «гиперкинетическое расстройство и дефицит внимания» (ГРДВ) описывает детей, у которых наблюдаются постоянные и не соответствующие их возрасту симптомы невнимательности, гиперактивности и импульсивности.

Материалы и методы. Частота синдрома среди детей первых лет жизни колеблется в пределах 1,5–2, среди детей школьного возраста – от 2 до 20%. У мальчиков гиперкинетический синдром встречается в 3–4 раза чаще, чем у девочек.

Гиперкинетические расстройства часто возникают в раннем детстве (до 5 лет), хотя диагностируются значительно позже. Ребенок не может длительно удерживать внимание на игрушке, занятиях, ждать и терпеть. Он испытывает затруднения при необходимости сидеть на месте, при этом он часто беспокойно двигает руками и ногами, ерзает, начинает вставать, бегать, испытывает затруднения в тихом проведении досуга, предпочитая моторную активность. В препубертатном возрасте ребенок может кратковременно сдерживать двигательное беспокойство, ощущая при этом чувство внутреннего напряжения и тревоги. Импульсивность обнаруживается в ответах ребенка, которые он дает, не выслушав вопроса, а также в неспособности дожидаться своей очереди в игровых ситуациях, в прерывании разговоров или игр других. Импульсивность проявляется и в том, что поведение ребенка часто маломотивированное: двигательные реакции и поведенческие поступки неожиданны (рывки, скачки, пробежки, неадекватные ситуации, резкая смена деятельности, прерывание игры, беседы с врачом и т. п.). С началом обучения в школе у детей с гиперкинетическим синдромом нередко выявляются специфические проблемы обучения: трудности письма, расстройства памяти, слухоречевые дисфункции; интеллект, как правило, не нарушается. Почти постоянно у этих детей наблюдаются эмоциональная лабильность, перцептивные двигательные нарушения и расстройства координации. У 75% детей довольно устойчиво возникают агрессивное, протестное, вызывающее поведение или, напротив, подавленное настроение и тревога, нередко как вторичные образования, связанные с нарушением внутрисемейных и межперсональных отношений.

В некоторых случаях первые проявления синдрома обнаруживаются в младенчестве: дети с этим расстройством чрезмерно чувствительны к раздражителям и легко травмируются шумом, светом, изменениями температуры окружающей среды, обстановки. Типичными являются двигательное беспокойство в виде чрезмерной активности в кровати, в бодрствовании и нередко во сне, сопротивление пеленанию, непродолжительный сон, эмоциональная лабильность.

Течение гиперкинетических расстройств индивидуально. Как правило, купирование патологических симптомов наступает в возрасте 12–20 лет, причем сначала ослабевают, а затем исчезают двигательная гиперактивность и импульсивность; расстройства внимания регрессируют последними. Но в некоторых случаях может обнаруживаться предрасположенность к антисоциальному поведению, личностным и эмоциональным расстройствам. В 15–20% случаев симптомы расстройства внимания с гиперактивностью сохраняются на всю жизнь человека, проявляясь на субклиническом уровне.

Синдром дефицита внимания необходимо дифференцировать от других поведенческих нарушений у детей с агрессивностью и двигательной расторможенностью, которые могут быть проявлениями психопатоподобных нарушений на фоне церебрально-органических резидуальных дисфункций, а также представлять собой дебют эндогенных психических заболеваний (например, кататоническое возбуждение с гебефренными проявлениями в поведении и др.).

Клинические проявления гиперкинетического синдрома соответствуют представлениям о задержке созревания структур мозга, ответственных за регуляцию и контроль функции внимания. Это делает правомерным его рассмотрение в общей группе искажений развития. Единой причины синдрома нет, и его развитие может быть вызвано различными внутренними и внешними факторами (травматическими, обменными, токсическими, инфекционными, патологии беременности и родов и др.). Среди них выделяют и психосоциальные факторы в виде эмоциональной депривации, стрессы, связанные с разными формами насилия, и т. п. Большое место отводится генетическим и конституциональным факторам. Все перечисленные влияния могут приводить к той форме мозговой патологии, которая ранее обозначалась как «минимальная мозговая дисфункция».

Основные проявления гиперкинетического расстройства с дефицитом внимания

Основными симптомами являются нарушение внимания и чрезмерная активность. Для установления диагноза необходимо наличие обоих из них, и они должны проявляться более чем в одной ситуации (например, дома, в классе, в клинике).

Нарушение внимания выражается в том, что ребенок прерывает выполнение заданий на середине и не доводит до конца начатые дела, постоянно переходит от одного занятия к другому, и выглядит это так, будто он теряет интерес к предыдущему делу, отвлекаясь на следующее. Такой дефицит настойчивости и внимания следует принимать во внимание при диагностике в случае, только если он является чрезмерным для ребенка данного возраста, и с соответствующим коэффициентом интеллектуального развития.

Чрезмерная активность подразумевает избыточную подвижность и непоседливость, особенно в ситуациях, требующих относительного покоя. В зависимости от ситуации ребенок может бегать и прыгать, вскакивать с места, когда следует сидеть, чересчур много разговаривать и шуметь или беспокойно двигать руками и ногами, вертеться и ерзать на стуле. Стандартом для диагностики должна являться гиперактивность ребенка в сравнении с тем, что ожидается в ситуации с другими детьми того же возраста и уровня интеллектуального развития. Эта особенность поведения становится особенно заметной в структурированных, организованных ситуациях, требующих высокого уровня самоконтроля поведения.

Сопутствующие симптомы недостаточны и даже необязательны для установления диагноза, но помогают в его подтверждении. Расторженность в социальных отношениях, безрассудство в ситуациях, угрожающих опасностью, и импульсивное нарушение социальных правил (проявляющееся, например, в том, что ребенок вмешивается в дела других людей или мешает им, «выпаливает» ответ, когда вопрос еще не задан до конца, не может подождать своей очереди), – все эти особенности характерны для детей с данным расстройством.

Грамотная, основательная диагностика является чрезвычайно важной предпосылкой эффективной помощи ребенку с ГРДВ. Речь идет не только о подтверждении диагноза расстройства, но и о комплексном, глубинном понимании каждой индивидуальной ситуации. Без достижения этого невозможна ни одна успешная терапевтическая программа.

Диагностический процесс при ГРДВ довольно сложен, требует времени, высокого уровня компетенции и мультидисциплинарной команды специалистов. Он имеет несколько базовых целей: установление диагноза ГРДВ, выявление сопутствующих проблем и коморбидных расстройств, локализация расстройства в биопсихосоциальном контексте жизни ребенка, в частности в контексте семьи и социальной среды, чтобы в результате получить целостную картину жизни ребенка. Это своего рода «разведка» – она позволяет оценить расположение сил на поле боя, внутреннюю, интраперсональную, и внешнюю, интерперсональную, динамику, наличие как расстройств, нарушений, психотравмирующих факторов, так и защитных ресурсных факторов. Только при условии «ощущения» специалистом динамики ситуации, прогностической значимости различных факторов в жизни ребенка и их комплексного взаимодействия можно выстроить успешный и реалистичный план помощи, который всегда является конечным результатом хорошего диагностического процесса.

Установление диагноза и достижение понимания ситуации в парадигме биопсихосоциальной модели – не единственные цели диагностического процесса. Другой чрезвычайно важной и часто пренебрегаемой целью является установление терапевтического альянса с семьей и ребенком, установление партнерских отношений, общего видения проблем, целей и совместно сформированный план действий для их достижения. Без достижения альянса с семьей терапевтические вмешательства обречены на неудачу. Вопреки утверждению, что налаживание отношений с семьей может казаться чем-то легким и само собой разумеющимся, именно в этой сфере чаще всего закладывается фундамент недоразумений, которые приводят к неэффективному сотрудничеству и, соответственно, отсутствию ожидаемого результата.

Результаты. Сложность и многогранность ГРДВ обуславливает и диагностические трудности. Прежде всего, достоверное установление диагноза – это не легкая задача. В отличие от других медицинских расстройств, для которых существуют четкие методы лаборатор-

ного или инструментального подтверждения, для СДВГ нет ни одного объективного метода диагностики, основным методом остается клиническое интервью. Причем в самом интервью основой для диагноза становится не прямое выявление у ребенка признаков СДВГ во время консультации, а данные анамнеза. По причине ситуативной вариабельности симптомов расстройства ребенок с СДВГ может на приеме у специалиста вести себя абсолютно адекватно, но это не исключает наличие СДВГ. Более того, нормальный ребенок при сильной усталости, долгом ожидании, плохом настроении на консультации может проявить черты гиперактивности, что увеличивает риск ошибочного выявления расстройства. В связи с тем, что при этом нарушении граница между нормальным поведением и расстройством весьма условна, устанавливать ее специалисту в каждом случае приходится «на собственное усмотрение» (в отличие от других расстройств, где все же существуют ориентиры). Таким образом, в силу необходимости принятия субъективного решения, достаточно высок риск ошибки: как невыявления ГРДВ (это особенно касается более легких, «пограничных» форм расстройства), так и выявления расстройства там, где его на самом деле нет. Причем субъективность удваивается, ведь специалист ориентируется на данные анамнеза, которые отображают субъективное мнение родителей.

Поэтому одним из основных принципов диагностики является тщательность, которая требует получения информации из нескольких независимых источников (родители, школа), а при необходимости и привлечения дополнительных методов получения более объективной информации (например, видеосъемка). В связи с тем, что ГРДВ – это пожизненное расстройство с возможными серьезными вторичными последствиями, ошибочное установление или отрицание диагноза может иметь весомые негативные последствия для ребенка. Поэтому некоторые исследователи категорично настаивают на запрете постановки диагноза ГРДВ на основе результатов 30-минутного обследования.

Однако это отнюдь не отменяет значимости выявления расстройства специалистами «первого звена», которые работают с большим количеством детей и не располагают большим количеством времени на одну консультацию. Это касается, прежде всего, врачей-педиатров и детских неврологов. Их роль чрезвычайно важна, ведь от своевременности диагностики и направления семьи за эффективной помощью зависит очень многое. Чтобы заподозрить расстройство, на самом деле много времени не нужно: несколько скрининговых вопросов о наличии у ребенка поведенческих проблем, нарушении внимания и импульсивности, сведения о его успеваемости в школе и уровне двигательной активности могут оказаться достаточными. Такую же роль могут играть скрининговые опросники, которые предлагается заполнить родителям, а также информационные материалы на столиках или стендах в приемной и т.п. Очень важную роль в раннем выявлении ГРДВ играют также педагоги, в частности воспитатели детских садов и учителя младших классов. В учебно-воспитательном учреждении не заметить ребенка с ГРДВ очень трудно, а потому важно распространять информацию об этом расстройстве именно в среде педагогов.

Следующий этап диагностики может осуществляться в рамках мультидисциплинарной команды, которая специализируется на предоставлении услуг детям с поведенческими расстройствами и их семьям. В состав такой команды должны входить, по меньшей мере, два специалиста – психиатр и психолог.

Выводы. Диагноз гиперкинетического расстройства не является приговором. Он всего лишь означает, что ребенок с таким расстройством способен достичь тех же целей в жизни, что и его здоровые ровесники, но для этого придется приложить значительно больше усилий как самому ребенку, так и его взрослому окружению.

Поскольку расстройство имеет биологическую почву, оно может поддаваться медикаментозной коррекции, что значительно облегчает функционирование ребенка. Гиперкинетическое расстройство – это хроническое заболевание. Симптомы его проявляются годами, ни один вид лечения и коррекции не способен полностью их устранить, однако взаимодействие медицинских специалистов, родителей, воспитателей и учителей может способствовать значительному их снижению и улучшению состояния ребенка.

Дети с гиперактивностью и дефицитом внимания нуждаются в более широкой помощи, чем может предложить современная детская психиатрическая служба с ее традиционно бедным для нашей страны спектром услуг.

Список литературы

Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1979. – 32 с.

Марценковский И.А., Ткачева О.В., Марценковская И.И., Бикшаева Я.Б. Гиперкинетическое расстройство (введение в проблему): Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии; Газета «Новости медицины и фармации», Психиатрия (303), 2009. (тематический номер) / В помощь психиатру.

Мэш Эрик, Вольф Дэвид. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка, 2003. – 511 с.

Романчук О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей / пер. с украинского. – М.: Генезис, 2010.