

© Баранова В.А., 2007

В.А. Баранова

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

РМАПО, Москва

В статье анализируется динамика психического состояния пациентов в раннем школьном, пубертатном, призывном и зрелом возрасте с гиперкинетическим расстройством (ГКР), выявленном в детские годы. В раннем школьном возрасте основные симптомы ГКР в 98% случаев сочетаются с расстройством поведения, а в пубертатном возрасте, кроме расстройства поведения (52%), появляется ассоциация ГКР с эмоциональными расстройствами (38%). После 17–18 лет диагностируется не ГКР, а последствия органического поражения головного мозга с невротическими расстройствами, эмоционально-волевой неустойчивостью, когнитивными расстройствами и личностными расстройствами, в структуру которых входят симптомы ГКР. Выявленные в призывном возрасте симптомы ГКР у всех обследуемых сохраняются к 21–25 годам. Выделено два основных варианта клинической динамики ГКР к 17–18 годам: 1) ГКР компенсируется (56%), 2) ГКР сохраняется (44%).

Authors analyzes dynamic of psychical state of patients with hyperkinetic disorders (HKD) diagnosed in childhood in early school age, in puberty, in conscription age. In early school age signs of HKD were associated with behavioral disorders in 98% of cases, and children in puberty besides behavioral disorders (52%) had emotional disorders (38%). In patients of 17–18 years and more one can diagnose not HKD as such but sequels of organic brain lesion with neurotic disorders, with emotional and volitional instability, with cognitive disorders and disorders of personality, included signs of HKD. HKD signs diagnosed in conscription age persisted in the age 21–25 years. Authors selected two main variants of HKD clinical dynamic to 17–18 years: compensation (56%) and persistence (44%).

В настоящее время ряд российских [1, 2] и зарубежных [3, 4] ученых утверждают, что симптомы гиперкинетического расстройства (ГКР), возникнув в детском возрасте, сохраняются у подростков и взрослых. Вместе с тем в многочисленных публикациях, посвященных ГКР, нет единства в отношении данного положения.

В.В. Ковалев [5] относил характерное для детско-подросткового возраста ГКР к продуктивно-дизонтогенетическим расстройствам, обладающим общей тенденцией к возрастной компенсации и редукции, и отмечал роль различных факторов, участвующих как в возникновении психического дизонтогенеза у этих пациентов, так и в его последующей динамике. В некоторых клинико-катамнестических исследованиях симптомы ГКР описаны не в качестве самостоятельного синдрома болезни, а в структуре девиантного поведения [6], патохарактерологического формирования личности [6, 7], конституциональных и органических психопатий [7, 8]. В литературе [9] выделяют синдром расторможенности при реактивных состояниях, имея в виду психопатоподобную реакцию. Н.И. Озерецкий [9] отмечает психомоторное

возбуждение как частый симптом у детей, страдающих неврозом. Г.Е. Сухарева [10] и Е.Е. Сканави [11] считают расторможенное поведение одной из фаз течения реактивного состояния у детей.

С другой стороны, клинические проявления собственно ГКР, диагностируемого в качестве самостоятельной нозологической единицы (F90), и его возрастная динамика во многом зависят от этиопатогенетической природы расстройства, а также от наличия и выраженности сопутствующих нарушений. Н.Н. Заваденко [12] отмечает, что ГКР нередко принимает длительный многолетний характер, а дополнительные сложности для пациентов могут быть связаны с сопутствующими расстройствами, которые отмечаются у них одновременно с симптомами ГКР, и дети с ГКР входят в «группу риска» развития «школьной дезадаптации». К нарушениям, ассоциированным с ГКР, он относит нарушение когнитивных функций, двигательную неловкость, речевые нарушения, трудности формирования школьных навыков, тревожные расстройства, деструктивное поведение, ночной энурез.

Н.К. Сухотина и А.В. Красова [13] рассматривают ГКР поведения в рамках формирующихся

психопатий возбуждимого круга, а без расстройств поведения – к органическим резидуальным психопатиям. Данная точка зрения является обоснованной, но нуждается в подтверждении динамическими и катamnестическими исследованиями.

В настоящее время подразделение ГЖР на первично дизонтогенетический (наследственно-конституциональный) и вторично дизонтогенетический (энцефалопатический) или смешанный варианты на основе исключительно клинико-психопатологической оценки представляет большие сложности. В то же время социальная значимость ГЖР в контексте общей проблемы девиантного поведения делает весьма актуальным изучение его возрастной динамики для разработки адекватных форм лечения, реабилитации и вторичной психопрофилактики.

Цель исследования – определение закономерностей клинической динамики ГЖР на основе катamnестического изучения в зрелом возрасте лиц, страдавших данным расстройством в детстве.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в Московской областной психиатрической больнице №23 с 2005 г. по 2007 г. Для очного катamnестического обследования из первоначально отобранного материала (1056 случаев ГЖР) по амбулаторным картам было выбрано 100 мужчин 21–25-летнего возраста ($22,9 \pm 1,3$ года), наблюдавшихся в раннем школьном возрасте психиатром диспансера в связи с ГЖР.

Для ретроспективной диагностики использовали критерии МКБ10 (рубрика и шифр в номенклатуре «Гиперкинетические расстройства» – F90). Описывая симптомы ГЖР в раннем школьном возрасте, в амбулаторных картах врачами был выставлен диагноз: «синдром двигательной расторможенности» (50%), «синдром двигательной расторможенности, задержка психического развития» (50%).

При очном обследовании в 21–25 лет (в психиатрическом стационаре 9 пациентов, в военкомате – 36, при активном посещении на дому – 55) клинически оценен соматический, неврологический, психический статус обследуемых. Из параклинических методов использованы «Ютские критерии синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у взрослых», разработанные Paul H. Wender и соавт. [14] и S-тест, предназначенный для оценки внимания, способности к оперированию пространственными образами и темпа мыслительных операций.

С помощью клинико-биографического и клинико-катamnестического методов изучены анамнестические данные и уточнен диагноз ГЖР. Ретроспективно проведена диагностика по Многоосевой классификации психических расстройств в детском и подростковом возрасте [15] в 7–8 и 13–14 лет. Проанализированы результаты обследования по линии военкомата в 17–18-летнем возрасте.

Критериями включения обследуемых в исследование являлись обращение за специализированной (психиатрической и психологической) помощью в раннем школьном возрасте по поводу двигательной растормо-

женности, несдержанности, отвлекаемости; ретроспективно признаки ГЖР соответствовали диагностическим критериям МКБ10 (F90–F91); возраст испытуемых на момент исследования составил 21–25 лет. Основными критериями исключения из исследования являлись ГЖР в структуре умственной отсталости, эпилепсии, аутизма, шизофрении, аффективных расстройств, острых соматических заболеваний и длительность ГЖР менее 6 мес.

Результаты и их обсуждение

В дошкольном и/или раннем школьном возрасте родители (опекуны) и педагоги (воспитатели) всех обследуемых обратились к психиатру с основными жалобами на расторможенность, неусидчивость, непоседливость, импульсивность, неуправляемость поведения, отсутствие самоконтроля, несдержанность, вспыльчивость, отвлекаемость на уроках, трудность к продолжительной концентрации внимания, что мешало им и окружающим детям усваивать программный материал.

При амбулаторном обследовании (психиатр, невропатолог, окулист, психолог, логопед) были выявлены дополнительные симптомы: драчливость (94), задержка психического развития (50), энурез (42), головная боль после нагрузки (33), нарушение координации движений (30), нарушение зрения (30), несформированность школьных навыков (27), тикоидные подергивания мышц лица (10), шеи (5), плеч (5), расстройство речи в виде нарушения звукопроизношения (15) и заикания (11), уходы с уроков (6), кражи (5), эпизодическое употребление алкоголя (5), использование (вдыхание паров) токсических веществ (5), черепно-мозговая травма (ЧМТ) (2). При ЭЭГ-исследовании в раннем школьном возрасте в 97 случаях (97%) обнаружены умеренные или выраженные диффузные изменения (в 16 случаях из них пароксизмальность), а в 3 случаях (3%) изменений не обнаружено.

Обнаружено, что в 7–8 лет симптомы ГЖР в 98% случаев сочетаются с расстройством поведения (РП): несоциализированным (50%), вызывающим оппозиционным (42%), социализированным (5%) и ограничивающимся рамками семьи (1%). Лишь в 2% случаев ГЖР не сопровождалось коморбидным РП.

При сочетании ГЖР с несоциализированным РП (50%) дети находились в изоляции от коллектива, в драках, хулиганских действиях, кражах, уходах с уроков участвовали в одиночку и не имели друзей среди сверстников. В одних случаях они в классе характеризовались изгоями и их многократно избивали одноклассники, в результате чего они получали травмы головы, а в других, находясь в изоляции от коллектива, не имея в классе друзей, отличались хорошей изворотливостью, и учителя по отношению к ним испытывали эмпатию и наказывали соперника.

В 42% случаев ГЖР сочеталось с вызывающим оппозиционным расстройством, которое характе-

ризуется стойким протестным поведением в школе и категорическим отказом от учебы и посещения школы (в связи с трудностями в учебе) при наличии дружеских отношений со сверстниками. Переход на индивидуальное обучение и психокоррекционная работа в сочетании с медикаментозной терапией (ноотропы, витамины, успокаивающие травяные сборы, сонопакс) имели положительный результат и в дальнейшем дети возвращались к обучению в классе.

В 5% случаев в раннем школьном возрасте ГКР сочеталось с социализированным РП. Это дети из асоциальных семей, родители которых злоупотребляли алкоголем, а дети не имели должного присмотра. В дошкольном возрасте они впервые попали на прием к психиатру в связи с расторможенностью, неусидчивостью, непоседливостью, неуправляемостью, несдержанностью, отсутствием самоконтроля, вспыльчивостью, отвлекаемостью, трудностью продолжительной концентрации внимания, а в раннем школьном возрасте задержаны милицией в компании асоциальных подростков, совместно с которыми они вдыхали пары токсических веществ и периодически алкоголизировались. Алкоголь впервые попробовали в семье во время алкогольных эксцессов родителей.

В 1% случаев ГКР сочеталось с РП, ограничивающемся рамками семьи. В одном случае в возрасте 6 лет у ребенка зарегистрированы основные симптомы ГКР, а в раннем школьном возрасте появились кражи денег и ценностей из дома, порча мебели и вещей. Ребенок воспитывался в семье с отчимом и младшим братом, отцом которого являлся отчим. После переезда ребенка в 10-летнем возрасте на постоянное жительство к любящим его бабушке с дедушкой РП исчезли.

В пубертатном возрасте у всех 100 обследуемых отмечено сохранение основной триады симптомов ГКР, что подтверждается школьными характеристиками, дополненными в 52% психологическим исследованием, самими пациентами при их расспросе в 21–25-летнем возрасте. В амбулаторных картах к этому возрасту фигурировал диагноз: «психопатоподобное поведение» (29%), «патохарактерологическое развитие личности» (37%), «патохарактерологическое развитие личности, психопатоподобное поведение» (32%), «неврастения» (2%). В пубертатном возрасте меняется структура клинической картины ГКР – выраженность основных симптомов и их соотношение с коморбидными расстройствами. У всех обследуемых двигательное беспокойство, расторможенность, достигнув максимума в раннем школьном возрасте, к 13–14 годам уменьшается, что подтверждается появлением возможности находиться в классе на своем месте и приобретать знания – все 100 детей смогли получить образование 7 классов массовой школы. Импульсивность в раннем школьном и пубертатном возрасте выра-

жалась в отсутствии способности сдерживать свои действия (выкрикивали в классе с места, часто вскакивали из-за парты и ходили по классу во время уроков и контрольных), что нарушало дисциплину в классе. В более тяжелых случаях (39%) подростки легко поддавались сиюминутному желанию, участвуя в драках, совершая правонарушения. Неустойчивость внимания обследуемые описывали так: во время уроков не всегда получалось выслушать весь материал с начала до конца; новый материал, рассказанный учителем, не могли сразу последовательно рассказать, усваивали только при многократном прочтении дома и даже после этого получали оценку «3»; на уроках становилось скучно, возникала сонливость или раздражительность. 62% взрослых пациентов отмечали у себя в 13–14 лет усталость и чрезмерную сонливость, раздражительность, частые ссоры с друзьями, непонимание родителями их проблем. В 32% были сообщения о напряженной обстановке в классе. В 37% случаев (37 случаев, в 10 отсутствовали коморбидные РП и эмоции) в 13–14 лет отмечалась выраженное уменьшение проявлений основных симптомов ГКР и подростки смогли полностью усвоить школьную программу, хотя имели по основным предметам текущую оценку «3». У этих подростков отсутствовали серьезные проблемы поведения, а интеллект соответствовал возрастной норме (по заключению психиатра и психолога).

В пубертатном возрасте чаще, чем в младшем школьном возрасте, встречались кражи (20), ЧМТ (14), прогулы в школе (12), использование (вдыхание паров) токсических веществ (12), употребление алкоголя (8). У 20 обследуемых появились подергивание мышц лица (18), плеч (2) и в результате к 13–14 годам тиками страдало 40 подростков. К пубертатному возрасту появились дополнительные расстройства, которых в раннем школьном возрасте не отмечалось: уходы из дома (13), бродяжничество (4), использование слабых для нестандартного удовлетворения сексуальных потребностей (6). К этому возрастному периоду постоянно участвовали в драках 41 подросток, состояли на учете в ИДС 39 человек (хулиганство – 30, сексуальные эксцессы – 6, вымогательство – 3). Отмечена и положительная динамика сопутствующих расстройств к 13–14 годам: прекратился энурез (32), выработались учебные навыки (24), нормализовалось звукопроизношение (все занимались у логопеда) (10), прекратилось заикание (2). Стационарно к этому возрасту лечились 6 подростков.

В 52% случаев в пубертатном возрасте основные симптомы ГКР сопровождалась РП: несоциализированным (29), социализированным (23). У 15 человек (29%) с несоциализированным и у 18 человек (35%) с социализированным РП все основные симптомы ГКР были достаточно выраженными, что сказывалось на неуспеваемости в школе, нарушении взаимоотношений со сверстниками

и подтверждалось самими пациентами при их распросе в 21–25 лет. Не смогли окончить 9 классов массовой школы 26 человек (50%), перевелись в школу рабочей молодежи 13 человек, оставили учебу после окончания 7–8 классов 17 человек (32,5%). У 19 человек (36,5%) имелась тенденция к уменьшению выраженности двигательной расторможенности и улучшению внимания на фоне сохраняющейся импульсивности.

В 36% случаев наряду с основными симптомами ГКР отмечались вегетативные симптомы (бледность, озноб, головокружения, предобморочные состояния). В 2% симптомы расторможенности, невнимательности, непредсказуемости, повышенной возбудимости, раздражительности, эмоциональной лабильности, плаксивости, несдержанности эмоций и гневливости с расстройством сна и повышенной утомляемостью в пубертатном возрасте врачом диспансера были расценены как «неврастения». Эти подростки были из асоциальных семей и после лишения родителей родительских прав поступили в школу-интернат.

В призывном возрасте (17–18 лет) ни в одном «акте состояния здоровья призывника» не фигурирует диагноз ГКР, а имеют место следующие диагнозы: «акцентуация характера по возбудимому (1), неустойчивому (4), сенситивному (4), шизоидному (1) типу»; «расстройства личности (психопатии) по возбудимому (8), неустойчивому (4), истероидному (3), эмоционально-лабильному (3), тревожному (3) типу»; «последствия органического поражения головного мозга (ПОПГМ) с неврозоподобными (20) и/или эмоционально-волевыми (19) расстройствами»; «ПОПГМ с интеллектуально-мнестическим снижением (30)».

Все пациенты в 17–18 лет были разделены на 2 группы: с симптомами ГКР (44%) и без симптомов ГКР (56%). Повышенная двигательная активность, несобранность была отмечена в характеристиках, написанных для военкомата на всех обследуемых и самими обследуемыми при сборе анамнеза в 21–25 лет. Нарушение внимания выявлялось при плановом психологическом обследовании в военкомате (S-тест). Расстройства, выявлен-

ные в призывном возрасте и их сочетание с ГКР указаны в таблице.

Отмечается параллелизм между симптомами ГКР и расстройством личности, симптомами ГКР и интеллектуально-мнестическим снижением. Органическое недоразвитие приводит к поврежденному развитию: расстройство эмоциональной сферы с расторможенностью влечений, когнитивными расстройствами. Интеллектуальная недостаточность – негативный симптом, определяет специфику и тяжесть ГКР.

В 21–25 лет у 44% пациентов отмечались постоянная двигательная активность и нарушение внимания, а также два или более следующих признаков: эмоциональная лабильность, неспособность до конца выполнить задание, вспыльчивость, непереносимость стресса, импульсивность, что свидетельствовало о наличии ГКР (согласно «Ютским критериям синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у взрослых»). Пациенты с симптомами ГКР в 21–25 лет сами отмечали у себя постоянную двигательную активность, неусидчивость и нарушение внимания. Описывая свое состояние, сообщали, что находятся все время в движении, напряжении, «нервности» (не связано с тревогой ожидания), что не способны подолгу делать что-либо сидя (смотреть кино или телевизор, читать газету), все время на ногах, когда не двигаются – чувствуют себя неудобно. Они жаловались на отвлекаемость, забывчивость (часто теряют вещи или кладут их не на место, забывают, что хотели сделать, думают о постороннем), на неспособность сосредоточиться на теме разговора, отвлечься от посторонних раздражителей, неспособность сосредоточиться на чтении, на работе. Эти особенности пациент замечал сам или о них ему говорили окружающие. К 21–25 годам были судимы 66 человек: за мелкое хулиганство и драки (50), за разбой и грабеж (5), за изнасилование (5), за нанесение телесных повреждений (4), угон автомобиля (2). Из них 10 человек отбывали наказание в местах лишения свободы. В анамнезе в 9 случаях отмечались демонстративные аутоагрессивные действия (порезы предплечья – 8, самоудушение – 1).

Установлено, что симптомы ГКР, ретроспективно выявленные в структуре диагнозов у паци-

Таблица

Расстройства, выявленные в призывном возрасте, и их сочетание с ГКР

Диагноз в призывном возрасте (17–18 лет)	С ГКР 17–18 лет		Без ГКР 17–18 лет	
	абс.	%	абс.	%
Акцентуация характера	–	–	10	18
Расстройства личности	13	30	8	14
ПОПГМ с неврозоподобными и/или эмоционально-волевыми расстройствами	6	14	33	59
ПОПГМ с когнитивными расстройствами или интеллектуально-мнестическим снижением	25	56	5	9
Итого	44	100	56	100

ентов в 17–18 лет, сохраняется в 21-летнем возрасте в том же количестве (44%). Как в 17–18 лет, так и в 21–25 лет, кодируется не ГКР, а текущее основное состояние. Отсутствие ГКР у 56% взрослых пациентов подтверждает возможность возрастной компенсации ГКР. Интеллектуально-мнестическое снижение на фоне ПОПГМ и выраженные расстройства личности являются достоверно неблагоприятным прогностическим признаком для сохранения ГКР в 17–18 и 21–25 лет.

Таким образом, в раннем школьном возрасте основные симптомы ГКР в 98% случаев сочетаются с РП и сопровождаются задержкой психического развития, энурезом, головной болью, нарушением координации движений, нарушением зрения, несформированностью школьных навыков, тикоидными подергиваниями, расстройством речи, уходами с уроков, кражами, употреблением алкоголя и токсических веществ, ЧМТ. Все эти расстройства в 97% случаев развиваются на органически неполноценной почве, а в 16% отмечается пароксизмальность. В пубертатном возрасте от-

мечается тенденция к уменьшению выраженности основных симптомов ГКР. В 52% случаев выявляется сочетание ГКР с РП, а в 38% – с эмоциональными расстройствами. Чем старше возраст, тем чаще встречаются кражи, ЧМТ, прогулы в школе, использование токсических веществ и алкоголя, тикоидные расстройства. В 13–14 лет впервые диагностируются уходаы из дома и бродяжничество, использование слабых для нестандартного удовлетворения сексуальных потребностей. Отмечена и положительная динамика сопутствующих расстройств к 13–14 годам: прекратился энурез, выработались учебные навыки, нормализовалась речь. В 17–18 лет симптомы ГКР входят в структуру расстройств личности, ПОПГМ с невротоподобными, эмоционально-волевыми, интеллектуально-мнестическими расстройствами. Выявленные в призывном возрасте (44%) симптомы ГКР сохраняются у всех обследованных к 21–25 годам. Выделено два основных варианта клинической динамики ГКР к 17–18 и 21–25 годам: ГКР компенсируется у 56% и сохраняется у 44%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Белоусов Ю.Б., Бочков Н.П. и др. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ): этиология, патогенез, клиника, течение, прогноз, терапия, организация помощи. М.: Печатная продукция Филиала «Чартиз Эйд Фундейшн» (САФ Россия), 2007.
2. Детская и подростковая психиатрия и медицинская психология. Под общей ред. Ю.С.Шевченко, А.Л.Венгера. М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2006: 45–66.
3. Ramos-Quiroga JA, Bosch-Munso R et al. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: a clinical and therapeutic characterization. Rev. Neurol. 2006; 42 (10): 600–606.
4. Staller J, Faraone SV. Attention deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. CNS Drugs. 2006; 20 (2): 107–123.
5. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985.
6. Дмитриева Т.Н. Девиантное поведение у детей и подростков с патохарактерологическими и психопатоподобными расстройствами (клинико-динамическое и клинико-динамическое исследование). Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1996.
7. Сизиков М. В. Клиническая и социальная динамика патохарактерологических формирований личности и психопатий в подростково-юношеском возрасте (клинико-эпидемиологическое исследование). Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1999.
8. Курпин И.В. Клинические особенности становления органического расстройства личности (органической психопатии). Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Челябинск, 2000.
9. Озерский Н.И. Психопатология детского возраста. Л.: Госучпедгиз, 1938.
10. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 2. М.: Медгиз, 1959.
11. Сканава Е.Е. Реактивные состояния (психизы и неврозы) у детей и подростков. М.: Медгиз, 1962.
12. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: Издательский центр «Академия», 2005.
13. Сухотина Н. К., Красова А. В. Современные подходы к терапии гиперкинетических расстройств у детей. Социальная и клиническая психиатрия. Т. 16, вып. 2: 44–46.
14. Уэндер П., Шейдер Р. Психиатрия: Пер. с англ. Под ред. Р. Шейдера. М., Практика, 1998.
15. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ10. М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003.