

## Глава 5 ГИПЕРАКТИВНОСТЬ

Родители могут использовать «гиперактивность» для обозначения широкого спектра поведения, включающего частое ночное пробуждение, непослушание, избыточность и экстраверсию. Детские психиатры используют «гиперактивность» в более узком смысле, определяя ее по наличию беспокойности и невнимательности (а иногда и импульсивности). В общей популяции внимание и активность представляют континуум. «Гиперактивность» иногда используют как размерность, имея в виду весь континуум, а иногда - как категорию, имея в виду индивидуумов с крайними значениями, служащими основанием для диагноза. Но даже при использовании «гиперактивности» в качестве диагностической категории, различные диагностические схемы в совершенно разных местах проводят границу, разделяющую нормальность и гиперактивность. В Британии традиционно применяли очень строгие критерии «гиперкинеза», делая его тяжелым расстройством, поражающим примерно 0,1% детей, тогда как в Северной Америке для установления синдрома дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ) пользовались более широкими условиями, так что в некоторых областях до 6% мальчиков лечили от этого расстройства стимуляторами. Эмпирические подходы к классификации совсем недавно подтвердили обоснованность категории, которая лежит где-то между этими двумя крайностями. Направляемые этими исследованиями две главные международные классификации теперь уже больше похожи друг на друга, так что между гиперкинезом по МКБ-10 и СДВГ по DSM-IV уже меньше различий.

### Эпидемиология

Распространенность гиперкинеза по МКБ-10 - около 1-3%, а СДВГ по DSM-IV - 2-5%. Соотношение мужского и женского пола примерно 3:1. Чаще встречается у младших детей. Гиперактивность связана с депривацией. Она чаще встречается в старой части городов, очень бедных сельских районах, в семьях с низким социально-экономическим статусом и среди детей, выращенных в учреждениях.

### Характерные признаки

#### **Выраженная беспокойность, невнимательность и импульсивность**

Гиперактивные дети крутятся и вертятся на своем месте, теребят вещи или одежду, многократно встают и блуждают вокруг, когда им следует сидеть, им трудно упорствовать в любом задании, они часто меняют занятия и легко отвлекаются. Наиболее явная аномалия – не в количестве активности, а в ее контроле. На игровой площадке гиперактивный ребенок может быть не более активным, чем кто-либо другой. Что выделяется, так это неспособность ребенка сдерживать активность, когда необходимо утихомириться, например в классе или за обеденным столом. Гиперактивные дети к тому же обычно бывают импульсивны: действуют без должного размышления, совершают опрометчивые, а иногда и опасные поступки, в классе выпаливают ответы, перебивают взрослых и детей и не дожидаются своей очереди в играх. Впрочем, импульсивность также является частым признаком поведенческих расстройств (см. рамку 6.3), поэтому, когда пытаются отличить гиперактивность от поведенческих расстройств, она не так полезна, как чрезмерная активность и невнимательность.

#### **Устойчивость**

Устойчивость в различных ситуациях – ключевое требование в определениях МКБ-10 и DSM-IV. Для диагноза гиперкинеза или СДВГ недостаточно тяжелой гиперактивности только в одной обстановке. Гиперактивность должна проявляться в разных обстановках, например *и дома и в*

школе. Важно отметить, что, несмотря на это, устойчивая гиперактивность может не проявиться во время короткого посещения врача, так как ребенок может испугаться незнакомых специалистов или может быть рад заняться интересными заданиями, получая много внимания от взрослых.

### **Хроническое течение и раннее начало**

И в МКБ-10 и в DSM-IV требуется хроническое течение (симптомы, по меньшей мере, 6 месяцев) и раннее начало (к семилетнему возрасту или раньше). И хотя гиперактивность обычно восходит к дошкольному возрасту, направление к врачу обычно задерживается до начальной школы. Именно в этот период невнимательность ребенка, проблемы с обучением и деструктивность начинают причинять все больше и больше неприятностей.

### **Критерии исключения**

И в МКБ-10 и в DSM-IV, расстройства аутистического спектра (устойчивые расстройства развития<sup>3</sup>) имеют превосходство над гиперактивными расстройствами. И хотя дети с расстройствами аутистического спектра могут быть беспокойными и невнимательными, они не получают второго диагноза гиперкинеза или СДВГ. Диагноз гиперактивности не ставят, когда беспокойность и плохая концентрация внимания обусловлены расстройством настроения, тревожным расстройством или шизофренией.

### **Оценка симптомов**

- (1) **Внимание** в первую очередь оценивают по тому, как долго ребенок настойчиво продолжает заниматься различными вещами, включая игру в одиночестве, чтение, рисование и игру с другом. О некоторых детях сообщают, что они довольно долго настойчивы, когда играют в одиночестве или с другими, но при более тщательном расспросе оказывается, что интервал внимания у них краткий и они часто переключаются с одной игровой активности на другую. Поскольку почти все дети, за исключением самых гиперактивных, способны длительное время смотреть телевизор или играть в компьютерные игры, это не является дискриминирующим показателем внимания.
- (2) **Двигательную активность** оценивают тем, (а) как долго ребенок может оставаться сидящим во время вышеуказанных занятий; (б) какую долю времени он/а ерзает и (в) как часто убегает во время семейных прогулок или в магазине.

### **Обычные сопутствующие признаки**

- (1) **Вызывающее, агрессивное и антисоциальное поведение** часто достаточно выражено, чтобы иметь основания для диагноза поведенческого расстройства (см. главу 6). Детский психиатр, применяющий DSM-IV, поставит двойной диагноз СДВГ и расстройства поведения (или оппозиционно-вызывающего расстройства); детский психиатр, применяющий МКБ-10, будет пользоваться специфическим сочетанным диагнозом гиперкинетического расстройства поведения.
- (2) **Проблемы с социальными отношениями.** Гиперактивные дети часто социально расторможены с взрослыми, слишком фамильярны и нахальны. Их обычно отвергают сверстники, отчасти в ответ на деструктивность гиперактивных детей и импульсивное пренебрежение пра-

вилами и очередностью. Гиперактивных детей легко склонить и спровоцировать на всевозможное озорство.

- (3) *IQ ниже 100* у многих, но не у всех детей.
- (4) *Специфические проблемы с обучением* (например с чтением или письмом), даже если учесть IQ.
- (5) *Неуклюжесть* и незрелость неврологического развития («легкие неврологические знаки»).
- (6) История специфической *задержки развития*, например в усвоении языка.

### Дифференциальный диагноз

- (1) *Нормальность*. Родители могут жаловаться на беспокойность и невнимательность небольшой степени, которые находятся в пределах нормы. Для родителей и учителей может быть утомителен простой избыток, и это требует сочувствия, а не диагностического обозначения!
- (2) *Ситуационная гиперактивность*. Некоторые дети кажутся гиперактивными и невнимательными только в одной обстановке, например в школе, но не дома, или наоборот. У таких детей не может быть диагностирован ни гиперкинез по МКБ-10, ни СДВГ по DSM-IV, т.к. согласно современным руководствам требуется межситуационная устойчивость. Природа ситуационной гиперактивности до сих пор неясна. Есть вероятность, что ситуационная гиперактивность – это более легкий вариант устойчивой гиперактивности. Альтернативное объяснение – то, что гиперактивность, ограничиваемая школой, может быть особым образом связана со специфическими трудностями при обучении (нераспознанными), тогда как гиперактивность, ограничиваемая домом, может быть проявлением домашних трудностей во взаимоотношениях или с поведением.
- (3) *Поведенческие расстройства*. Часто сочетаются с истинной гиперактивностью, но иногда «чистые» расстройства поведения или оппозиционные расстройства могут имитировать гиперактивность. Импульсивность является признаком обоих расстройств (см. рамку 6.3). Помимо этого, дети с поведенческими проблемами, находясь в школе, могут не хотеть приниматься за учебу и блуждать по классной комнате, создавая неприятности. Подобным же образом, дети с поведенческими проблемами, находясь дома, могут не приниматься за домашние обязанности или задания на дом. Ключевой вопрос здесь – сохраняются ли беспокойность и невнимательность во время выбранных занятий, таких как рисование, чтение комиксов, постройки моделей или игры с друзьями. Если ответ «нет», маловероятно, что это гиперактивность; если «да», это может быть смешанное расстройство гиперактивности/поведения (в зависимости от устойчивости, возраста начала и т.д.).
- (4) *Эмоциональное расстройство*. Тяжелая тревога, депрессия или мания, - все это может приводить к беспокойности и невнимательности (и в этом случае диагноз гиперактивности исключается). Если ребенок предъявляет смесь гиперактивности и эмоциональных симптомов, существенно важно тщательно собрать историю, чтобы установить, что началось первым. Если первыми появились эмоциональные симптомы, ребенку, вероятно, следует поставить диагноз только эмоционального расстройства. Однако, если первыми появились симптомы гиперактивности, это может оказаться острым эмоциональным расстройством поверх хронической проблемы гиперактивности.

- (5) **Тики, хорея и другие дискинезии.** Они могут быть ошибочно приняты за ерзанье. Внимательно наблюдайте за движениями. Дети с тиковыми расстройствами могут быть также гиперактивными, и гиперактивность может проявиться задолго до первого тика.
- (6) **Расстройства аутистического спектра.** Их можно предположить, если беспокойность и невнимательность сопровождаются социальными нарушениями, отклонениями общения, ригидным и повторяющимся поведением аутистического характера или отсутствием спонтанной символической игры.
- (7) **Генерализованная недостаточная обучаемость.** У такого ребенка внимание и регуляция активности могут быть снижены относительно его хронологического возраста, но соответствовать умственному возрасту. Однако, даже учитывая умственный возраст, многие дети с генерализованной недостаточной обучаемостью еще и гиперактивны. Среди детей с генерализованной недостаточной обучаемостью гиперактивность встречается примерно в 10-30 раз чаще.

## **Причинность**

Поскольку барбитураты и бензодиазепины иногда могут спровоцировать тяжелую гиперактивность, а стимуляторы и другие лекарственные средства полезны при лечении гиперактивности (см. ниже), представляется правдоподобным, что гиперактивность отражает нейрохимический дисбаланс. Дофаминергическая и норадренергическая системы - первые на подозрении, но стоит отметить, что на гиперактивность влияет большой спектр веществ, воздействующих на множество различных рецепторов и нейротрансмиттеров.

Исследования семей, приемных детей и близнецов позволяют полагать, что существенный вклад вносят генетические факторы. Накапливаются данные о том, что риск гиперактивности изменяется в зависимости от полиморфизма некоторых генов, имеющих отношение к дофаминергической и норадренергической трансмиссивным системам, например гена переносчика дофамина DAT1 и гена рецептора дофамина D4. Эти идентифицированные гены отвечают только за небольшую часть наследуемости гиперактивности, в будущем список генов предрасположенности, скорее всего, возрастет.

Несмотря на то, что дети с эпилепсией или другими мозговыми нарушениями особенно подвержены гиперактивности (и другим психиатрическим проблемам), у большинства детей с гиперактивностью нет неврологических симптомов или признаков: гиперактивность не является синонимом явного повреждения мозга, и такие термины, как «минимальная мозговая дисфункция» бесполезны. Для того, чтобы нейробиологические объяснения приносили пользу, необходимо, чтобы они были как можно более специфичными и поддающимися проверке. В нейровизионных и нейропсихологических исследованиях накапливаются свидетельства, подтверждающие представление о том, что гиперактивность является следствием нарушения исполнительного функционирования, связанного со структурными и функциональными аномалиями префронтальной коры и базальных ганглиев.

Несмотря на популярные стереотипы, говорящие об обратном, перинатальные осложнения и воздействие повышенного уровня свинца не являются распространенными причинами гиперактивности. Впрочем, гораздо больше данных в пользу широко распространенного мнения, что гиперактивность может быть инициирована нежелательными реакциями на специфическую пищу или напитки.

Помимо биологических, на гиперактивность воздействуют и психосоциальные факторы, об этом свидетельствует связь гиперактивности с депривацией и воспитанием в учреждениях. На прогноз может повлиять реакция родителей и учителей на гиперактивность ребенка. Накапливаются свидетельства, что родители и учителя, отвечающие на гиперактивность критикой, охлаждением и недостаточным участием, тем самым увеличивают возможность того, что ребенок станет вызывающим, агрессивным и антисоциальным.

## Лечение

### **Образование**

Природу расстройства нужно объяснить ребенку, семье и школе. В гиперактивности не виноваты ни ребенок, ни родители. И поскольку гиперактивные дети могут быть совершенно невыносимыми, они часто навлекают на себя много критики и мало похвалы. Однако этот баланс может улучшиться, как только взрослые признают, что проблемы ребенка – не просто намеренное непослушание. Нормы относительно неприемлемого поведения должны быть ясными, должны настойчиво и спокойно претворяться в жизнь и поддерживаться немедленными (но не суровыми) санкциями. Ключевая цель лечения – уменьшить вероятность того, что ребенок дополнительно приобретет поведенческое расстройство. Специальные проблемы с обучением могут потребовать коррекционной помощи, и при любом обучении необходимо учитывать, что у ребенка ограниченный интервал внимания.

### **Психологическое лечение**

Управление поведением часто полезно и в самых легких случаях может быть единственным лечением, которое требуется. Наиболее подходящим объектом для поведенческого подхода являются любые сопутствующие оппозиционные или поведенческие проблемы (см. главу 6). Программы тренинга родителей могут улучшить навыки родителей в управлении ребенком и тем самым уменьшить семейный стресс и негативное поведение детей. В процессе развития они могут улучшить прогноз у детей, снижая вероятность злоупотребления психоактивными веществами и антисоциального расстройства личности в будущем. Менее понятно, насколько полезны поведенческие или когнитивно-поведенческие подходы, когда их объектом являются ключевые симптомы СДВГ. Можно награждать детей, когда они сосредотачиваются все более и более длительные промежутки времени, можно также учить их когнитивным стратегиям, чтобы увеличить обдумывание. Однако неясно, какая будет от этого польза в реальной жизни.

### **Медикаментозное лечение**

Лечение стимуляторами – хорошо проверенное лечение гиперактивности, при этом в Соединенном Королевстве оно используется скорее недостаточно, а в США – избыточно. Наиболее часто применяемым стимулятором является метилфенидат, но очень похожими характеристиками обладает дексамфетамин; пемолин сейчас применяют редко, так как опасаются повреждения печени. Хороший эффект от медикаментозного лечения стимуляторами ожидается при тяжелой и устойчивой гиперактивности и при отсутствии эмоциональных симптомов. У многих родителей по поводу медикаментозного лечения имеются возражения, но поскольку результат может быть просто поразительным, часто стоит посоветовать родителям, чтобы они подумали о кратком курсе медикаментозного лечения, если оно может помочь ребенку. Увидев положительные и отрицательные эффекты, семья может вместе со специалистами решать, стоит ли продолжать медикаментозное лечение после окончания пробного курса.

Если медикаментозное лечение благотворно действует на внимание и уровень активности, часто наступает параллельное улучшение в послушании, взаимоотношениях со сверстниками, взаимоотношениях в семье и обучаемости. У детей метилфенидат и дексамфетамин не вызывают привыкания, не вызывают у них «подъема» и не оказывают седативного действия. Побочные эффекты редко причиняют неприятности. Головная боль, боли в животе, дисфория и дрожание часто проходят спонтанно или реагируют на уменьшение дозы. Со снижением аппетита и трудностями при засыпании обычно можно справиться, подбирая дозировку и время приема. Передозировка может вызвать повторяющиеся действия и стереотипии, но эти побочные эффекты при уменьшении дозы обычно исчезают. Стимуляторы могут усилить тики, поэтому они не являются препаратами первого выбора у детей с тиками или при отягощающей истории тиков в семье. Стимуляторы можно назначать месяцами и годами. Длительное применение стимулято-

ров в высшей степени безопасно: единственное возможное осложнение длительного применения – весьма незначительное уменьшение роста у взрослых, но даже это неоднозначно. При гиперактивности иногда применяют и другие препараты, в том числе клонидин, бупроприон и трициклические препараты, такие как имипрамин. Медикаментозное лечение всегда должно быть частью интегрированного комплексного лечения. Хороший эффект от стимуляторов – это, скорее, начало, а не конец лечения: возрастает вероятность успешной работы с семьей и школой для того, чтобы вернуть ребенка на как можно более нормальную траекторию развития. Применение лекарственных препаратов может быть полезным симптоматическим лечением, однако остается неясным, изменяется ли при этом долгосрочный прогноз. Впрочем, даже если бы долгосрочного эффекта и не было, это не может быть причиной для отказа в лечении: дети в любом случае достойны симптоматического облегчения. Как-никак, взрослые применяют лекарственные препараты для того, чтобы получить симптоматическое облегчение при простудах или болях, которые пройдут в любом случае.

## **Диета**

Лечение диетой очень популярно у родителей, и часто бывает необходимо вначале попробовать его, прежде чем семья согласится на что-нибудь другое. Последние данные говорят о том, что некоторым детям становится значительно лучше, когда из их диеты исключают определенные продукты, хотя до сих пор неизвестно, редко или часто встречаются дети, реагирующие на диету. На основании анализов крови или кожных проб невозможно предсказать, каким детям она поможет, и какие продукты за это отвечают. Редко единственными виновниками бывают добавки, обычно также участвуют один или два из более естественных продуктов, таких как молоко, мучные изделия или апельсины. Как описано в главе 34, надлежащее пробное лечение диетой – очень тяжелый труд для всех заинтересованных лиц.

## **Прогноз**

Чрезмерная активность обычно идет на убыль в подростковом возрасте, хотя у многих пораженных индивидуумов проблемы, связанные с невнимательностью, импульсивностью и внутренним чувством беспокойности сохраняются и во взрослой жизни. Достижения в учебе часто слабые, и это может объяснять более низкое профессиональное положение во взрослой жизни. У детей с сочетанием гиперактивности и расстройства поведения высок риск антисоциального расстройства личности и злоупотребления психоактивными веществами во взрослой жизни; у детей с «чистой» гиперактивностью риск этих антисоциальных исходов меньше, хотя они, тем не менее, уязвимы.

## **Обзор по теме**

Schachar R., Tannock R. (2002) Syndromes of hyperactivity and attention deficit. In: Rutter, M., Taylor, E. (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 399-418.

## **Дополнительное чтение**

MTA Cooperative Group (1999) A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.

Schachar R. et al. (1987) Changes in family function and relationships in children who respond to methylphenidate. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 728-732.

Taylor E. et al. (1996) Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1213-1226.

Taylor E. (1998) Clinical foundations of hyperactivity research. *Behavioural Brain Research*, 94, 11-24.