

## Этиопатогенетические и терапевтические аспекты гиперкинетических расстройств поведения у младших школьников

А.В. Малахова

Аспирант УГМАДО, Челябинск, врач – психиатр СОКПБ, Екатеринбург

Актуальность проблемы определяется широкой распространенностью резидуально-органической церебральной недостаточности, частым проявлением которой являются гиперкинетические расстройства.

Частота гиперкинетических расстройств, по данным разных авторов, в зависимости от этнических и социокультурных условий, колеблется среди детей первых лет жизни в пределах 1,5-2%, среди детей школьного возраста – от 2 до 20%, среди детей в препубертатном периоде 1-6%. В настоящее время у школьников начальных классов распространенность оценивают в 3-10%.

Высока коморбидность гиперкинетического синдрома с другими расстройствами детского возраста (нарушения социального поведения, координации, школьных и речевых навыков, аффективные расстройства, когнитивный дефицит).

Цель настоящего исследования заключалась в изучении типологии гиперкинетических расстройств поведения у младших школьников, его влияния на процессы социальной адаптации.

Настоящая работа обобщает и систематизирует результаты четырехлетнего исследования проблемы.

### Критерии включения в исследование:

1. Наличие клинических признаков, характерных для гиперкинетического расстройства поведения в соответствии с диагностическими указаниями МКБ-10 (F90.1)
2. Интеллектуальный показатель по тесту Векслера не ниже 80 баллов.
3. Возраст детей 6-11 лет (младший школьный возраст).

Основными методами исследования был комплекс клинических и экспериментально-психологических методик, нейропсихологическое и электроэнцефалографическое обследование. Кроме того, изучались материалы медицинской документации, педагогические характеристики на детей. Всем детям с гиперкине-

тическими расстройствами поведения проводилось обследование соматического, неврологического и психического статуса.

Комплексному клинко-параклиническому обследованию были подвергнуты 136 детей, из них 125 мальчиков и 11 девочек в возрасте 6-11 лет, обращавшихся на консультативный прием, либо проходивших лечение в стационарных отделениях (дошкольного и школьного возраста) Центра психического здоровья детей и подростков. Длительность наблюдения обследованных детей составляла от 1 года до 4 лет.

Предварительное клинко-анамнестическое, клинко-психопатологическое и параклиническое обследование детей с гиперкинетическим синдромом показали их неоднородность.

Большое значение в происхождении гиперкинетических расстройств поведения имели патогенные факторы, которые позволили выделить два типологических варианта. Первый – энцефалопатический, характерный для резидуальной энцефалопатии или резидуально-органического психосиндрома. Выявленные клинические патогенетические особенности позволили определить данную группу как энцефалопатический вариант гиперкинетических нарушений поведения (первая группа – 87 детей, 64%). Вторым вариантом – депривационный, обусловленный депривационными условиями микросоциальной среды. Эти условия, выступая в роли патогенного фактора, обуславливали развитие нарушений поведения. В связи с тем, что депривационные факторы участвовали в патогенезе расстройств и оформляли их клинко-психопатологическую структуру, они были выделены как депривационный вариант (вторая группа – 49 детей, 36%).

Учитывая сравнительно-возрастной (онтогенетический) подход к исследованию, был проведен анализ возрастного и полового состава всех детей с гиперкинетическими расстройствами поведения как первой, так и второй групп. Число детей мужского пола превышало число лиц

женского пола в обеих группах практически в 10 раз, что прослеживается по всем возрастным группам. В первой группе преобладали дети в возрасте 7 лет - 25,3% (n = 22), тогда как во второй группе - дети в возрасте 11 лет, их количество составляло 44,9% (n = 22).

Причинами обращения и в первой, и во второй группе в 100% случаев являлись трудности в поведении и аффективные нарушения.

Манифестация гиперкинетического расстройства поведения, как правило, происходила на психомоторном уровне нервно-психического реагирования (по В.В. Ковалеву, 1979). Так, основные проявления возникли в возрасте 3 лет в группе с энцефалопатическим вариантом у 42,5% детей, в депривационным вариантом - у 40,8%. Кроме того, во второй группе второй пик манифестации наблюдался в возрасте 6 лет, что совпадает с началом второго возрастного критического периода, в 24,5% случаев.

В ходе настоящего исследования проведен глубокий анализ всех факторов, внутренних и внешних условий, оказывающих влияние на возникновение гиперкинетических расстройств поведения. Было установлено, что резидуальная церебрально-органическая недостаточность являлась основным предрасполагающим фактором. Её распространенность определялась в первой группе в 100% случаев, во второй в 47% преобладали проявления минимальной мозговой дисфункции.

Нами были рассмотрены пре-, перинатальные и постнатальные факторы, к которым были отнесены соматические заболевания с затяжным течением, неблагоприятно протекающие острые инфекции с интоксикацией, осложнениями в виде менингоэнцефалитов, черепно-мозговые травмы, медикаментозные средства центральной анальгезии при оперативном вмешательстве.

Известно, что неблагоприятные средовые факторы могут оказать влияние на характер нарушений развивающихся функций. Однако, как отмечают клиницисты, они могут быть отнесены к относительно определяющим (Д.Н. Исмаев, 2001). В этой связи рассмотрены такие микросоциальные факторы как атмосфера и структура семьи, преимущественные типы воспитания, участвующие в общем развитии ребенка. Данные исследования свидетельствуют о том, что в группе детей с депривационным вариантом преобладает воспитание детей в семье с нарушенной структурой, неконструктивными приемами воспитания, низким материально-бытовым уровнем.

Наличие резидуально-органической церебральной патологии было верифицировано клинико-анамнестическими, клинико-неврологичес-

кими данными, клинико-психопатологическим статусом, электрофизиологическим (ЭЭГ) и нейропсихологическим обследованиями.

В ходе ЭЭГ-исследования у детей были получены разнотипные электроэнцефалографические показатели (классификация по Л.Р. Зенкову, 1996). При сравнении типов ЭЭГ в обеих группах у детей с энцефалопатическим вариантом преобладает пограничный тип ЭЭГ, тогда как в группе с депривационным вариантом преобладает нормальный тип ЭЭГ. Количество детей с патологическим типом ЭЭГ выше в первой группе (32,2%), чем во второй (4,1%).

Таким образом, ЭЭГ-характеристики при энцефалопатическом варианте свидетельствуют о том, что органические энцефалопатические расстройства в данной группе являются наиболее вероятной причиной функциональной недостаточности интегративных структур, как правого, так и левого полушария.

Анализ нейропсихологических нарушений высших психических функций при гиперкинетических расстройствах поведения свидетельствовал о функциональной недостаточности корковых (задних и передних) отделов больших полушарий, глубоких подкорковых (диэнцефальных, медиобазальных, стволовых) структур и межполушарных взаимодействий. Нейропсихологические синдромы, возникавшие при поражении нескольких зон головного мозга, характеризовались "смешанным" характером и имели достоверные различия в первой и второй группе.

У детей первой группы нейропсихологическая симптоматика была представлена синдромом несформированности оптико-пространственных и квазипространственных процессов, являющихся проявлением функциональной недостаточности височно-теменно-затылочных отделов, преимущественно левого полушария; слабостью нейродинамического и эмоционально-аффективного аспектов психической деятельности, недостаточностью фоновых компонентов, что свидетельствовало о функциональной недостаточности межполушарных взаимодействий и подкорковых образований; нарушением слухоречевой памяти, зрительно - моторной координации, незрелостью динамического праксиса, являющихся проявлением функциональной недостаточности лобно-височно-теменных отделов. Кроме того, у детей первой группы встречался синдром несформированности динамики двигательных и речевых процессов, возникающих при дисфункции премоторных отделов, их глубинных структур с вовлечением подкорковых образований - III блока.

У детей второй группы в нейропсихологическом статусе в качестве ведущей симптоматики

отмечались эмоционально-волевые расстройства (незрелость эмоционально-волевой сферы, склонность к проявлению аффективных приступов), ослабление функции контроля за протеканием собственной деятельности, являющиеся проявлением функциональной недостаточности конвекситальной коры лобных долей мозга.

Анализ клинической картины гиперкинетического расстройства поведения выявил достоверные различия проявлений. У детей первой группы с энцефалопатическим вариантом отмечены характерные признаки психоорганических расстройств в виде стрессового психоорганического синдрома. На поведенческие нарушения детей данной группы оказывали влияние как резидуально-органические нарушения, так и выраженные нарушения соматического статуса, встречающиеся более чем в половине случаев.

В ходе исследования был проведен анализ нарушений поведения у детей с гиперкинетическим расстройством поведения в обеих группах.

По данным исследования, в группе детей, страдающих депривационным вариантом, преобладающим являлись социализированное (51%) и несоциализированное (36,7%) расстройства поведения, основой которых являлись все формы делинквентного (противоправного) и аддиктивного поведения, некоторые собственно девиантные проявления, вызывающее более тяжелые формы социальной дезадаптации. У детей с энцефалопатическим вариантом на первом месте находилось оппозиционно-вызывающее расстройство поведения (46%) с преобладанием пассивно-агрессивных черт личностной структуры, проявлением которого являлись

антидисциплинарные и собственно девиантные формы.

Эффективная терапия гиперкинетического расстройства поведения предполагает использование комплексного этапного индивидуального биопсихосоциального подхода с использованием медикаментозных, нейропсихологических, психотерапевтических, логопедических, социотерапевтических технологий.

Нейропсихологическая коррекция способствует становлению высших психических функций. Применение различных психотерапевтических методик направлено на формирование поведенческих стереотипов в соответствии с возрастом, обучение корректировке поведенческих реакций в различных ситуациях; внесение терапевтических изменений в семью, коррекцию нарушенных внутрисемейных отношений, изменение типовых реакций на поведение ребенка, обучение родителей основам поведенческой психотерапии.

Комплекс медикаментозной терапии включает патогенетический блок, направленный на восстановление функциональной активности структур головного мозга с применением ноотропных, сосудистых, биостимулирующих средств, оказывающих специфическое влияние на все звенья патогенеза, и симптоматический блок, включающий применение нейролептических препаратов с мягким и выраженным седативным действием, трициклических антидепрессантов, нормотимиков в небольших дозах, сочетаний различных групп препаратов.

Ранняя реабилитация детей, страдающих гиперкинетическим расстройством поведения, заключается в своевременном выявлении и оказании комплексной, адекватной профилактической медико-психологической помощи.

## Литература

1. Бадалян Л.О., Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю. Синдромы дефицита внимания у детей // Обозрение психиатр. и мед. психол. Им. В.М.Бехтерева. - Санкт-Петербург, 1993. - №3. - С. 74 - 90.
2. Брызгунов И.П., Касаткина Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. - М.: Медпрактика, 2002. - С. 128
3. Буторина Н.Е. Резидуально - психоорганический синдром в детском возрасте // 13-ый съезд психиатров России (материалы съезда). - М., 2000. - С. 116.
4. Буторина Н.Е. Клиника и динамика непсихотических форм резидуально-органического синдрома в детском возрасте // Материалы конгресса по детской психиатрии. - М., РОСИНЭК. - 2001. - С. 172-173.
5. Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., Соловьёв О.И. Минимальные мозговые дисфункции у детей. - Москва, 1997. - 72с.
6. Зенков Л.Р., Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии). - Таганрог, ТРТУ, 1996. - 358с.
7. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - М., Медицина, 1979. - 607с.
8. Ковалев В.В. Нарушения поведения у детей и подростков. - М.: Медицина, 1981.
9. Поташева А.П., Малахова О.А., Борисова Л.Б., Леонтьев И.Л., Козьяков С.Б. Организация многопрофильных бригад в детско-подростковой психиатрической службе Свердловской области, практические рекомендации. - Екатеринбург. - 2001.
10. Симерницкая Э.Г., Скворцов И.А. Методика адаптированного нейропсихологического исследования для детских невропатологов (методические рекомендации). - М., 1988. - 21с.