

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ

ТОВ «Міжнародна клініка відновного лікування», Трускавець

Розкрито клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності з урахуванням його клінічного типу. Показано, що психопатологічна симптоматика, характерна для цих дітей, відзначається поліморфністю та різноманітністю. Основні психопатологічні порушення часто поєднуються з ознаками розладів формування інших психічних функцій та поведінки, а також із віковою динамікою психічного розвитку, його нерівномірністю та парціальною затримкою.

Ключові слова: діти, синдром дефіциту уваги та гіперактивності, дизонтогенез, інтелектуальний розвиток, психічні функції, реабілітація.

Однією з тенденцій розвитку сучасної психіатрії та медичної психології є перенесення дослідницьких пріоритетів із виражених форм патологічних станів, що супроводжуються грубими дефектами різних органів і функціональних систем, на вивчення різноманітних стертих, легких, малодиференційованих варіантів тих або інших хворобливих станів. Ця тенденція підкріплюється тим, що питома вага таких захворювань постійно зростає. До їх числа належить і мінімальна мозкова дисфункція (ММД). Цей термін від 1960-х рр. використовується для позначення різних клінічних проявів у дітей і підлітків, обумовлених резидуальними мозковими ураженнями. При цьому до ММД відносять найлегші форми церебральної патології, що виникають унаслідок різноманітних шкідливих дій на мозок у пре-, пери- і постнатальний періоди, але мають однотипну, невиражену, стерту неврологічну та психопатологічну симптоматику і виявляються у вигляді функціональних порушень та можуть бути зворотними у міру дозрівання мозку.

ММД розглядається як «базова» патологія розвитку мозку дитини та є «патологічним підґрунтям» для формування багатьох форм нерво-психічних розладів дитячо-підліткового віку [1–3]. Сам термін «ММД» має безліч синонімів, які певною мірою відображають різні підходи до його клінічної інтерпретації: синдром підвищеної збудливості, синдром дефіциту уваги, гіперкінетична дитина, дитяча диспраксія, мінімальна статико-моторна недостатність, легка дисфункція мозку тощо [4, 5]. Існує розуміння ММД як органічного захворювання головного мозку: легка дитяча енцефалопатія, легке ураження мозку або як форми дизонтогенезу — порушення розвитку, неправильне дозрівання тощо [6, 7]. В Україні і країнах СНД ММД традиційно розглядається як форма резидуально-органічної патології дитячого віку, тому

дослідники пропонують патогенетичні схеми лікування з корекцією судинних, ліквородинамічних, метаболічних та гіпоксичних порушень [1, 8, 9].

У зв'язку з тим що порушення уваги з гіперактивністю відзначаються при ММД у 80–90 % випадків, їх було виділено в окремий синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) (F90 згідно з МКХ-10) [8–10]. На цей час у багатьох країнах термін «СДУГ» є синонімічним «ММД», однак такий підхід викликає певні дискусії. Вважається, що в основі патогенезу СДУГ лежать порушення морфо- та функціогенезу, а саме — дисфункція нейротрансмітерних систем мозку та затримка нейророзвитку (дифузна церебральна дизрегуляція) [11, 12]. Дефіцит уваги, що спостерігається у цих дітей, пов'язаний із низьким рівнем збудження кіркових структур головного мозку, перш за все лобних відділів. Для компенсації зниження збудження організм дитини змушений вдаватися до своєрідної стимуляції кори головного мозку через рухові центри [12].

Типовою особливістю дитини зі СДУГ, разом із поліморфізмом клінічної картини, є нерівномірний розвиток різних психічних функцій, що поєднується з гіперактивністю, порушеннями уваги, динаміки психічного розвитку, зниженням психічної продуктивності [4, 13–15]. Характерні також порушення шкільної адаптації, розлади емоцій і поведінки, порушення самоконтролю, легкі порушення пізнавальної діяльності, зниження адаптації до навколишнього середовища [2, 16, 17].

До теперішнього часу проблема реабілітації дітей із різноманітними проявами ММД, у тому числі СДУГ, лишається невирішеною як на світовому рівні, так і в Україні. Запропоновано схеми реабілітації (медичні, педагогічні, психолого-педагогічні), які спрямовані на компенсацію окремих дисфункцій та порушень, проявів дезадаптації дітей на різних

рівнях їх функціонування тощо. Комплексних високоефективних реабілітаційних систем, що сприяють досягненню медико-психосоціальної адаптації дітей зі СДУГ та сімей, в яких вони проживають, дотепер вкрай недостатньо. Для цього необхідним є ретельне вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей дітей зі СДУГ.

Мета нашого дослідження — визначити клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості дітей зі СДУГ.

Було обстежено в динаміці 72 дитини (57 хлопчиків і 15 дівчаток), які страждають на СДУГ. Середній вік дітей на початку спостереження становив $(8,8 \pm 2,2)$ року, а середній вік дебюту розладу — $(4,7 \pm 2,1)$ року. Змішаний тип СДУГ було діагностовано у 57,1 % обстежених, тип із домінуванням гіперактивності/імпульсивності — у 30,9 % та з переважанням дефіциту уваги — у 12,0 %.

У дослідженні застосовувалися методи спостереження, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний. У рамках психодіагностичного методу використовувалися тест Равена (дитячий варіант) [18]; тест Тулуз — П'єрона [19]; набір нейропсихологічних тестів для дітей [20–22].

За даними дослідження спадковість на СДУГ була обтяженою у 23,1 % дітей, серед них гіперактивність у матері спостерігалась у 15,3 % випадків, а у батька — у 8,4 %. Загалом у 30,5 % дітей були родичі з психічними розладами. Визначалися патологічні чинники періоду вагітності (загрози викидня, інфекційні захворювання, інтоксикації), пологів (передчасні пологи, кесарів розтин тощо), періоду раннього онтогенезу (ураження головного мозку, недостатня маса тіла, вади розвитку, афективно-респіраторні напади тощо).

Для усіх дітей зі СДУГ були характерні прояви гіперактивності, неуважності, порушення поведінки, імпульсивності, розлади довільної регуляції психічної діяльності та емоційної сфери. Як правило, батьки пред'являли скарги на непосидючість дітей, їх надмірну рухову активність, неслухняність, нездатність зосередити увагу при виконанні тієї чи іншої дії (перш за все при виконанні навчальних завдань та дій, які не викликали у дітей жодного інтересу), неспроможність довести справу до кінця, дратівливість у взаєминах з оточуючими, схильність до маніпуляції, часті перепади настрою, тривожність, конфліктність. У дітей шкільного віку спостерігались ознаки шкільної дезадаптації, що виявлялись у частих конфліктах із учителями та іншими учнями. Проблеми у навчанні таких дітей частіше за все носили «вторинний характер» як наслідок труднощів адаптації до організації навчального процесу (неспроможності утримувати активну увагу та працювати над навчальним матеріалом

у тому ж ритмі, як інші діти), а також опозиційної поведінки. Формування шкільних навичок (письма, читання, лічильних функцій) у цих дітей у цілому здійснювалося повільніше, ніж у їх здорових однолітків. Для них властива неохайність при виконанні письмових робіт, труднощі у засвоєнні граматичних правил, розв'язанні математичних задач тощо, а також зниження швидкості читання та письма. Разом із тим іноді батьки зазначали, що, попри скарги вчителів на поведінку та неуважність дітей, часто вдома вони демонстрували задовільні знання навчальної програми.

Порівняльний аналіз даних з урахуванням клінічного типу СДУГ показав, що шкідливі чинники перинатального періоду частіше спостерігались у пацієнтів при змішаному типі СДУГ, ніж при типі з домінуванням неуважності (86,1 та 51,1 % відповідно). Задовільний рівень соматичного здоров'я вірогідно частіше мали пацієнти із гіперактивно-імпульсивним типом СДУГ, ніж із домінуванням неуважності (93,5 та 52,1 % ($p < 0,05$) відповідно).

У пацієнтів із домінуванням неуважності частіше спостерігався відповідний віку темп розвитку шкільних навичок порівняно з хворими зі змішаним типом СДУГ (67,1 та 26,2 % відповідно), у яких, навпаки, частіше визначалося уповільнення темпу розвитку шкільних навичок (66,5 та 16,7 % відповідно). Агресивна поведінка в школі частіше була притаманна пацієнтам із домінуванням гіперактивності/імпульсивності, ніж із домінуванням неуважності (73,4 та 34,1 % відповідно). Пацієнти із домінуванням неуважності частіше мали успішну соціально-психологічну адаптацію серед однолітків порівняно з хворими із домінуванням гіперактивності/імпульсивності (67,1 та 25,8 % відповідно), а в останніх частіше спостерігались дезадаптивні стосунки з однолітками (74,1 %).

Наведені дані свідчать про те, що змішаний тип СДУГ та тип СДУГ із домінуючими проявами гіперактивності/імпульсивності є найважчими, найбільш дезадаптивними та складними для лікування варіантами цього розладу.

Було проведено комплексне психодіагностичне обстеження, в ході якого вивчалися особливості інтелектуального розвитку та психічних функцій у дітей зі СДУГ, а саме — довільної регуляції психічної діяльності, когнітивних функцій, мови, довільної рухової активності, перцептивно-гностичної та емоційної сфер, а також досліджувалися особливості сімейного виховання.

За даними дослідження рівень інтелектуального розвитку пацієнтів зі СДУГ відповідає віковій нормі. У 78,9 % дітей відзначається середній рівень невербального інтелекту, у 21,1 % — рівень інтелектуального розвитку є досить високим

(визначається у межах «хороша норма»). Разом із тим у більшості обстежених досить низька шкільна успішність. Отримані дані свідчать про те, що шкільна неуспішність цих дітей пов'язана, перш за все, саме з недостатністю довільної регуляції психічної діяльності і порушеннями довільної уваги, а не з рівнем інтелектуального розвитку.

Для усіх дітей зі СДУГ характерна недостатність довільної регуляції психічної діяльності різного ступеня вираженості, яка виявляється, перш за все, у вигляді відволікання (100,0 %), непосидючості (92,0 %), імпульсивності (88,0 %), недостатності самоконтролю (84,0 %) і надмірної рухової активності (52,0 %). У 100 % обстежених дітей спостерігається емоційна лабільність, у 84,0 % — значне зниження розумової працездатності.

Несформованість довільної уваги, що виявляється у вигляді звуження її об'єму, недостатності процесів концентрації, переключення і розподілу, діагностована у всіх дітей зі СДУГ. Результати дослідження довільної уваги за допомогою тесту Тулуз — П'єрона показали, що для таких дітей у цілому характерна досить висока швидкість опрацювання інформації (у 21,1 % її показники відповідають високій нормі, у 36,8 % — середній, у 26,3 % — низькій). Проте у них спостерігається значне зниження концентрації уваги (показники нижче нормативних відзначаються у 68,4 % дітей).

Недостатність вербальної пам'яті визначається у 61,9 % дітей зі СДУГ. Мнестичні розлади виявляються, перш за все, у вигляді звуження обсягу довільного запам'ятовування (61,9 %), зниження його міцності (52,4 %) і дефектів селективності мнестичних функцій (52,4 %).

Дисфункції тих чи інших форм довільної рухової активності діагностуються у 91,3 % дітей зі СДУГ. Розлади динамічного праксису визначено у 91,3 % дітей, просторового — у 86,7 %, праксису пози — у 89,5 %, конструктивного — у 86,7 %. У них також спостерігаються не сформованість реципрокної координації, труднощі при виконанні рухових програм, загальна імпульсивність у рухових пробах. У 65,0 % дітей зі СДУГ виявляється недостатність акустичного гнозису (переважно в ланці оцінки ритмічних структур), у 47,8 % — просторового і у 13,0 % — зорового. Прискорений темп мовлення відзначається у 76,0 % дітей, недостатність словникового запасу — у 64,0 %, нечітка артикуляція, змазане мовлення наявне у 36,0 %. У 41,7 % дітей шкільного віку встановлено несформованість лічильних функцій різного ступеня вираженості.

Таким чином, психопатологічна симптоматика, характерна для дітей зі СДУГ, відзначається поліморфністю та різноманітністю. Основними клінічними типами СДУГ є: змішаний (57,1 %), з домінуванням гіперактивності/імпульсивності

(30,9 %) та з переважанням дефіциту уваги (12,0 %). Психопатологічні порушення, притаманні СДУГ (порушення довільної уваги, імпульсивність та гіперактивність), часто поєднуються з ознаками розладів формування інших психічних функцій та поведінки (порушення мовлення, емоційні розлади та шкільна дезадаптація). У таких дітей є порушення вікової динаміки психічного розвитку, його нерівномірність та парціальна затримка.

Отже, встановлено особливості формування основних психічних функцій та рівень інтелектуального розвитку у дітей зі СДУГ. Показано, що інтелектуальний рівень перебуває в межах вікової норми. Облігатними для СДУГ є порушення процесу довільної регуляції психічної діяльності та довільної уваги різного ступеня тяжкості. У цих дітей спостерігається недостатність сформованості ряду інших психічних функцій, а саме — пам'яті, праксису, гнозису, мовлення; для них характерні емоційні лабільність, напруженість і дратівливість.

Отримані результати дослідження можуть бути покладені в основу створення сучасних ефективних систем лікування та реабілітації цього контингенту груп хворих.

Список літератури

1. *Фесенко Е. В.* Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей / Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко.— СПб.: Наука и техника, 2010.— 384 с.
2. *Заваденко Н. Н.* Минимальные мозговые дисфункции у детей / Н. Н. Заваденко, А. С. Петрухин, О. И. Соловьев.— М.: Эбэвэ, 1997.— 73 с.
3. Клинико-генетические, ультразвуковые и электроэнцефалографические исследования синдрома гиперактивности центральной нервной системы у детей раннего возраста / Л. С. Журба, О. В. Тимонина, Т. Н. Строганова, И. Н. Посикера.— М.: МЗ РФ, 2001.— 27 с.
4. *Тржесоглава З.* Легкая дисфункция мозга в детском возрасте / З. Тржесоглава.— М.: Медицина, 1986.— 256 с.
5. *Шанько Г. Г.* Новые и традиционные препараты в лечении эпилепсии у детей: показания и эффективность / Г. Г. Шанько, Е. Н. Ивашина, В. Ф. Шанько // Вісник епілептіології.— 2009.— № 1 (27–28).— С. 82–90.
6. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста / В. В. Ковалев.— М.: Медицина, 1979.— 608 с.
7. *Ковалев В. В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В. В. Ковалев.— М.: Медицина, 2009.— 288 с.
8. *Заваденко Н. Н.* Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте / Н. Н. Заваденко.— М.: Академия, 2005.— 256 с.
9. *Чутко Л. С.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства / Л. С. Чутко.— СПб.: Хока, 2007.— 136 с.

10. *Barkley R. A.* ADHD in the classroom. Strategies for teachers / R. A. Barkley, C. Benton.— N. Y.: Guilford, 1994.— 343 p.
11. Клинико-психологическое исследование школьной дезадаптации: ее основные причины и подходы к диагностике / Н. Н. Заваденко, А. С. Петрухин, Т. Ю. Успенская [и др.] // Неврологический журн.— 1998.— № 6.— С. 13–17.
12. *Панков Д. Д.* Руководство по школьной медицине. Клинические основы / Д. Д. Панков, А. Г. Румянцев.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.— 640 с.
13. *Шестопалова Л. Ф.* Минимальная мозговая дисфункция: клинико-психологические аспекты / Л. Ф. Шестопалова // Укр. вісн. психоневрології.— 2000.— Т. 8, вип. 2 (24).— С. 84–87.
14. *Брызгунов И. П.* Современное состояние вопроса о лечении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей (обзор литературы) / И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова // Детский доктор.— 1999.— № 5.— С. 21–23.
15. *Barkley R. A.* Does the treatment of attention deficit / hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use / abuse? A 13-year prospective study / R. A. Barkley, M. Fischer, L. Smallish // *Pediatr.*— 2003.— Vol. 111, № 1.— P. 97–109.
16. *Танцура Л. М.* Структурні зміни головного мозку у дітей з фебрильними судочками за даними магнітно-резонансної томографії / Л. М. Танцура // Вісн. наукових досліджень.— 2011.— № 4.— С. 70–71.
17. *Підкоритов В. С.* Стан психічного здоров'я дитячого населення України та організація психіатричної допомоги / В. С. Підкоритов, Л. І. Дьяченко, О. Є. Кутіков [та ін.] // Журн. психіатрії і медичинської психології.— 2012.— № 3 (30).— С. 5–15.
18. *Равен Дж. К.* Цветные прогрессивные матрицы: классическая форма / Дж. К. Равен, И. Стайл, М. Равен.— М.: Когито-Центр, 2004.— 72 с.
19. *Ясюкова Л. А.* Комплексный медико-социально-психологический подход к реабилитации детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / Л. А. Ясюкова, С. В. Новосельцев // Рос. остеопатический журн.— 2009.— № 3–4.— С. 6–7.
20. *Цветкова Л. С.* Нейропсихологическое консультирование в практике психолога образования / Л. С. Цветкова, А. В. Цветков.— М.: Спорт и культура, 2012.— 126 с.
21. *Микадзе Ю. В.* Нейропсихология детского возраста: учеб. пособ. / Ю. В. Микадзе.— СПб.: Питер, 2014.— 288 с.
22. *Глозман Ж. М.* Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте / Ж. М. Глозман, А. Ю. Потанина, А. Е. Соболева.— 2-е изд.— СПб.: Питер, 2008.— 80 с.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

М. С. ГОРДИЕВИЧ

Раскрыты клинико-психопатологические и патопсихологические особенности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности с учетом его клинического типа. Показано, что психопатологическая симптоматика, характерная для этих детей, отличается полиморфностью и разнородностью. Основные психопатологические нарушения зачастую сочетаются с признаками расстройств формирования других психических функций и поведения, а также с возрастной динамикой психического развития, его неравномерностью и парциальной задержкой.

Ключевые слова: дети, синдром дефицита внимания и гиперактивности, дизонтогенез, интеллектуальное развитие, психические функции, реабилитация.

CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL FEATURES OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

M. S. GORDIIEVYCH

The article deals with the clinical psychopathological and pathopsychological features of children with attention deficit hyperactivity disorder in view of its clinical type. It is shown that psychopathological symptoms characteristic of these children is characterized by polymorphism and heterogeneity. Basic psychopathological disorders are frequently combined with the signs of formation of other disorders of mental functions and behavior as well as age-related dynamics of mental development, its uneven and partial delay.

Key words: children, attention deficit hyperactivity disorder, dysontogenesis, intellectual development, mental function, rehabilitation.

Надійшла 24.11.2016