

Л.В. Квашина, д.м.н., профессор, руководитель отделения медицинских проблем здорового ребенка и премоорбидных состояний,
И.С. Майдан, ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины», г. Киев

Гиперактивные дети: подходы к коррекции в педиатрической практике

Когда я вижу детей, обнаруживающих те или иные расстройства, я знаю, что имею дело с нарушением естественного равновесия и функционирования всего организма и личности. Задача терапии может быть определена как возвращение сбалансированности и восстановление нарушенных функций.

Вайолет Оклендер

В каждой группе детского сада, в каждом классе встречаются дети, которым трудно долго сидеть на одном месте, молчать, подчиняться инструкциям. Они создают дополнительные трудности в работе воспитателям и учителям, потому что очень подвижны, вспыльчивы, раздражительны и безответственны. Гиперактивные дети часто задевают и роняют различные предметы, толкают сверстников, создавая конфликтные ситуации. Они часто обижаются, но о своих обидах быстро забывают (Лютова Е.К., Монина Г.Б., 2004).

Известный американский психолог В. Оклендер так характеризует этих детей: «Гиперактивному ребенку трудно сидеть, он суетлив, много двигается, вертится на месте, иногда чрезмерно говорлив, может раздражать манерой своего поведения. Часто у него плохая координация или недостаточный мышечный контроль. Он неуклюж, роняет или ломает вещи, проливает молоко. Такому ребенку трудно концентрировать свое внимание, он легко отвлекается, часто задает множество вопросов, но редко дожидается ответов». Вероятно, каждому педиатру знаком этот портрет.

Существуют различные мнения о причинах возникновения гиперактивности: это могут быть генетические факторы, особенности строения и функционирования головного мозга, родовые травмы, инфекционные заболевания, перенесенные ребенком в первые месяцы жизни, и т. д.

Предметом пристального внимания врачей данное состояние стало в начале XX века: в 1902 г. в журнале Lancet появилась лекция английского врача G.F. Still, который связывал гиперактивность с биологической основой, а не с плохим воспитанием, как негласно предполагалось в те времена. Вместе с тем он полагал, что у таких детей отмечается снижение «волевого торможения» из-за недостаточного «морального контроля». Он предположил, что такое поведение являлось результатом наследственной патологии или родовых травм. Кроме этого, G.F. Still первым отметил преобладание данного заболевания среди мальчиков, его частую сочетаемость с антисоциальным и криминальным поведением, со склонностью к депрессии и алкоголизму.

Сообщения о большом количестве детей, ведущих себя странно, стали появляться после эпидемии энцефалита Экономом в первой половине XX века, что, вероятно, заставило более пристально изучить связь поведения ребенка в среде с функциями его мозга (Bond E.D., Partridge G.E., 1926). С того времени гиперактивность у детей начали прочно связывать с повреждением мозга. В середине XX века большее распространение получил термин «гипердинамический синдром», происхождение которого связывают с отделенными последствием ранних органических поражений головного мозга. Так, P.M. Levin (1938) обследовал 279 гиперактивных детей и пришел к выводу, что тяжелые формы двигательного беспокойства обусловлены органическим поражением головного мозга, а в возникновении легких форм большую роль играет нарушение взаимоотношений с родителями. Автор предположил, что если поражение

лобных долей головного мозга у приматов приводит к гиперактивности и другим симптомам, то проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) может указывать на лежащее в их основе нарушение функции мозга.

В 1947 г. А. Strauss выдвинул концепцию минимального повреждения мозга (minimal brain damage), согласно которой гиперактивность у детей напоминает последствия черепно-мозговой травмы у взрослых. В дальнейшем в англоязычной литературе появляется термин «минимальная мозговая дисфункция» (minimal brain dysfunction) (Wender P.H., 1971). К этой категории относят детей с проблемами в обучении или поведении, расстройствами внимания, имеющих нормальный уровень интеллекта и легкие неврологические нарушения, которые не обнаруживаются при стандартном неврологическом исследовании, или с признаками незрелости и замедленного созревания тех или иных психических функций. Для уточнения границ данной патологии в США была создана комиссия, предложившая следующее определение минимальной мозговой дисфункции: данный термин должен применяться к детям со средним уровнем интеллекта, с нарушениями в обучении и/или в поведении, которые сочетаются с патологией центральной нервной системы (ЦНС) (Clements S.D., 1966).

Значительная неоднородность этой клинической группы привела позднее к ее разделению на две диагностические категории:

– дети с нарушением активности и внимания;

– дети со специфическими расстройствами обучаемости (specific learning disability).

К последним относятся дисграфия (изолированное расстройство правописания), дислексия (изолированное расстройство чтения), дискалькулия (расстройство счета), а также смешанное расстройство школьных навыков.

В 1980 г. в классификации Американской ассоциации психиатров DSM-III появились термины «синдром дефицита внимания» – Attention Deficit Disorder (ADD) и его разновидность «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» – Attention Deficit with Hyperactivity Disorder (ADD+H). В более поздней редакции той же классификации DSM-III-R (1987) начал использоваться термин «синдром нарушения внимания с гиперактивностью» в своем нынешнем виде – Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). В 10-м пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-10) данное заболевание рассматривается в рубрике F.90 (гиперкинетические расстройства) как «нарушение активности и внимания».

Основными клиническими проявлениями СДВГ являются нарушение внимания, гиперактивность и импульсивность. Первые симптомы проявляются, как правило, в возрасте до 7 лет и свидетельствуют о недостаточном, замедленном восприятии ребенком всего нового в процессе взросления, несмотря на соответствие уровня интеллектуального развития нормальным возрастным показателям.

Выделяют три клинические формы СДВГ:

- СДВГ с преимущественным нарушением внимания (20–30% случаев, часто регрессирует в подростковом возрасте по мере сглаживания симптомов гиперактивности);
- СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности (менее 15% случаев, чаще у детей дошкольного возраста);
- сочетанная форма СДВГ (самая распространенная, 50–75% случаев).

Симптомы СДВГ видоизменяются с возрастом и могут сохраняться довольно длительное время. В ряде случаев СДВГ диагностируется у взрослых.

Согласно критериям классификации DSM-IV для постановки диагноза СДВГ необходимо наличие шести и более симптомов, характеризующих невнимательность, а также шести и более симптомов, свидетельствующих о гиперактивности и импульсивности.

• **Симптомы невнимательности:**

– неспособность удерживать внимание на деталях; ребенок допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности из-за небрежности;

– внимание при выполнении заданий, во время игр обычно сохраняется с трудом;

– ребенок часто не слушает обращенную к нему речь;

– часто оказывается не в состоянии справиться до конца с выполнением уроков, причем это не связано с негативным или протестным поведением, неясностью задания;

– часто испытывает сложности в организации самостоятельной деятельности;

– отказывается от выполнения заданий, требующих длительного умственного напряжения (школьных заданий, домашней работы);

– часто теряет вещи;

– легко отвлекается на посторонние раздражители;

– часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.

• **Симптомы гиперактивности:**

– частые беспокойные движения в кистях и стопах, кружение, верчение, сидя на стуле;

– невозможность усидеть на месте, например, во время урока, приема пищи и пр.;

– бесцельная двигательная активность (бежит, крутится, лазает) в тех ситуациях, когда необходимо вести себя спокойно;

– неспособность тихо и спокойно играть;

– нахождение в постоянном движении;

– часто, много и без остановки говорит.

• **Симптомы импульсивности:**

– часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца;

– обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях;

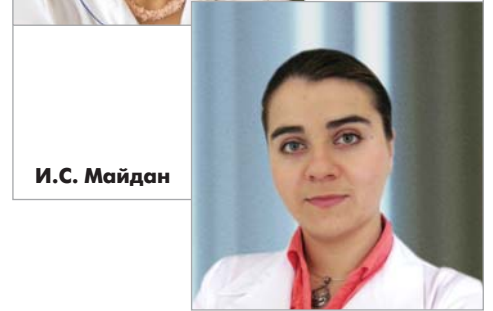
– часто мешает окружающим, вмешивается в беседы, игры.

Диагноз СДВГ считается обоснованным лишь в тех случаях, когда наблюдаемые у ребенка симптомы характеризуются значительной степенью выраженности и устойчивости.

Первые проявления СДВГ часто встречаются уже на первом году жизни ребенка. Дети с этим расстройством чрезмерно



Л.В. Квашина



И.С. Майдан

чувствительны к раздражителям, характеризуются громким плачем, нарушениями сна, тремором.

В дошкольном возрасте основными проявлениями заболевания являются минимальная статико-моторная недостаточность и диспраксия – так называемая неуклюжесть, которые проявляются невозможностью удержать ребенка от постоянных перемещений по дому, он повсюду «забирается» и все хватает руками, ломает вещи. Оставить такого ребенка одного ввиду высокой опасности несчастных случаев и травматизма не представляется возможным. Особенностью гиперактивности при СДВГ является ее ненаправленность, бесцельность, несоответствие конкретной ситуации, сочетание с деструктивным поведением. В незнакомой обстановке гиперактивность может не проявляться, что затрудняет диагностику на приеме у специалиста.

Появление основных жалоб при СДВГ относится к младшему школьному возрасту. По мере взросления гиперактивность несколько «сглаживается», начинают преобладать неусидчивость и суетливость. Параллельно у ребенка нарастает эмоциональная несдержанность, избыточная капризность, оппозиционность в поведении. При неудовлетворении даже малозначительных желаний он разбрасывает и ломает игрушки, бьет младших детей, одноклассников. Его поступки выглядят необдуманными. Со временем эти проявления модифицируются в невозможность выстраивать цепочки логических суждений, рационально планировать свободное время. Энурез и энкопрез встречаются у импульсивных детей чаще, чем у здоровых сверстников.

С началом обучения в школе (т. е. с момента резкого повышения нагрузки на ЦНС) становится более заметным дефицит внимания. Ребенок рассеян (часто теряет свои вещи, забывает выполнять домашнее задание) оказывается неспособным удерживать внимание дольше нескольких минут и сосредоточиться на определенном виде деятельности, неусидчив, легко отвлекается и быстро меняет занятие, бросив и не завершив предыдущее. Учителя и родители отмечают, что дети не могут усидеть на месте во время урока и выполнения домашних заданий.

При неудачах в выполнении занятий, к которым ребенок все-таки проявляет интерес, на первый план может выйти психоэмоциональная неустойчивость, прогрессирующая усиливающаяся и приводящая к формированию заниженной самооценки. Такому ребенку сложно общаться с другими детьми, он как бы отталкивается остальным коллективом, что заставляет его менять свое поведение. В попытке привлечь к себе внимание ребенок совершает непредсказуемые поступки, учащаются случаи показного баловства. Данные проявления обуславливают низкую успеваемость детей с СДВГ, несмотря на достаточно высокий интеллект.

В подростковом возрасте признаки гиперактивности редуцируются, однако импульсивность и нарушения внимания сохраняются. Подросток с СДВГ несамостоятелен, безответственен, необязателен, безынициативен и по-прежнему неспособен к длительному выполнению заданий, часто нарушает общественные нормы. Будучи ведомым, такой подросток быстро вовлекается в группировки, в том числе криминальные, начинает употреблять алкоголь и наркотические вещества. При этом его поведение характеризуется окружающими как «незрелое», не соответствующее возрасту.

! Дифференциальный диагноз при СДВГ проводится с такими патологическими состояниями, как посттравматическая энцефалопатия, неврозы, церебральный синдром при соматических заболеваниях, последствия нейроинфекций, и рядом других патологических состояний.

Отвлекаемость на уроках в рамках клинических проявлений СДВГ необходимо отличать от снижения мотивации к школьным занятиям. В первом случае неуспеваемость ребенка наблюдается на большинстве уроков, особенно на тех, где требуется наибольшее сосредоточение внимания.

Некоторые трудности возникают при дифференциальной диагностике гиперактивности с индивидуальными особенностями темперамента, особенно в дошкольном возрасте. У детей дошкольного возраста с СДВГ гиперактивность носит направленный характер. Проблемы с поведением у детей с СДВГ наблюдаются как в детском учреждении (детский сад, школа), так и дома. Те ситуации, когда ребенок плохо ведет себя только дома, чаще всего можно считать последствиями неправильного воспитания.

Диагноз СДВГ клинический, его устанавливают на основе тщательного сбора анамнеза, опроса многих людей и сбора информации из разных источников. Чем больше данных доступно клиницисту, тем лучше. Важно не упустить наличие в анамнезе стойких, существующих на протяжении всей жизни поведенческих нарушений, затрагивающих все сферы жизни пациента. Школьные записи и дневники полезны для установления продолжительности существования симптомов отвлекаемости, поведенческих нарушений и неспособности проявить свои возможности.

Поведение гиперактивных детей может быть внешне похожим на поведение детей с повышенной тревожностью, поэтому важно знать основные отличия поведения одной категории детей от другой. В этом помогут данные, приведенные в таблице. Кроме того, поведение тревожного ребенка социально не разрушительно, а гиперактивный ребенок часто является источником разнообразных конфликтов, драк и недоразумений.

Чтобы выявить гиперактивного ребенка в группе детского сада или в классе, необходимо длительно наблюдать за ним, проводить беседы с родителями и педагогами. Основные проявления гиперактивности можно разделить на три блока: дефицит активного внимания, двигательная расторможенность, импульсивность.

Подход к лечению гиперактивного ребенка и его адаптации в коллективе должен

быть комплексным и включать медикаментозную терапию, психологическую и педагогическую коррекцию, а также коррекцию поведения. Причем очень важную роль в осуществлении терапии играют родители. Как отмечает специалист по работе с гиперактивными детьми, доктор медицинских наук, профессор Ю.С. Шевченко, «ни одна таблетка не может научить человека, как надо себя вести. Неадекватное же поведение, возникшее в детстве, способно зафиксироваться и привычно воспроизводиться...».

Лекарственные препараты назначаются лишь в случае выраженной социальной дезадаптации ребенка. Целью медикаментозного лечения является нивелирование нарушений поведения, коррекция затруднений в учебе и проявлений неврозоподобных расстройств.

! При назначении лекарственных препаратов необходимо помнить следующее:

- медикаментозная терапия не должна считаться панацеей;
- до назначения лечения необходимо комплексное обследование ребенка;
- эффективность лечения будет выше при сочетании медикаментозной терапии с другими реабилитационными воздействиями;
- необходимо длительное динамическое наблюдение за ребенком;
- медикаментозная терапия не должна назначаться, если не доказано негативное влияние нарушений поведения и внимания на обучение ребенка и трудности в общении.

Для лечения СДВГ в литературе описано использование препаратов различных фармакологических групп: психостимуляторов, трициклических антидепрессантов, нейролептиков, транквилизаторов, антиконвульсантов, солей лития, ноотропов и т.д.

Следует подчеркнуть, что в настоящее время в отечественной неврологии и за рубежом сложились различные подходы к медикаментозной терапии. Сравнение эффективности вариантов медикаментозного лечения не проводилось, в связи с чем судить о преимуществах одного из них не представляется возможным.

Из седативных лекарственных средств растительного происхождения, которые могут успешно использоваться в коррекции гиперактивности у детей дошкольного и школьного возраста, особого внимания заслуживает препарат Персен® и препарат Персен® форте производства фирмы «Сандоз» (Швейцария).

Препарат Персен® (таблетки) содержит 50 мг экстракта валерианы, 25 мг экстракта мяты перечной и 25 мг экстракта Melissa лимонной. Другая лекарственная форма препарата – Персен® форте (капсулы) отличается лишь повышенным содержанием экстракта валерианы (125 мг).

Препарат Персен® полностью отвечает рекомендациям Европейского агентства по оценке лекарственных препаратов, согласно которым натуральный лекарственный препарат должен содержать не более трех компонентов.

Препарат Персен® можно отнести к психотропным растительным препаратам, эффективность которых подтверждена с позиций доказательной медицины, за счет содержания в нем валерианы (*Valeriana officinalis*). В медицине используют корневища и корни этого растения, содержащие эфирное масло, в состав которого входят монотерпены, сесквитерпены и валериановые кислоты, γ -аминомасляная кислота (ГАМК), глутамин и аргинин. Комплекс этих веществ обуславливает седативные и анксиолитические свойства валерианы и ее благоприятное влияние на процесс засыпания и качество сна. Механизм действия валерианы на ЦНС опосредован через ГАМК-эргические рецепторы. Имеющиеся сегодня данные доказательной медицины позволяют считать валериану эффективным и безопасным средством для

лечения нарушений сна не только у взрослых, но и у детей, в том числе с гиперактивностью. Анксиолитические свойства валерианы позволяют рассматривать ее в качестве потенциального препарата для лечения тревожных расстройств.

К числу многообещающих растительных препаратов относится и Melissa лимонная (*Melissa officinalis*). Ее благоприятное влияние на ЦНС связывают с разнообразными активными компонентами – альдегидами монотерпеноидными, флавоноидами, полифенольными соединениями (прежде всего розмариновой кислотой) и гликозидами монотерпена. Предполагаемый механизм действия Melissa на ЦНС – угнетающее влияние на ацетилхолинэстеразу головного мозга и способность снижать активность никотиновых и мускариновых рецепторов в коре больших полушарий. Кроме того, *Melissa officinalis* обладает антиоксидантными свойствами, благодаря которым способна защищать головной мозг от повреждений, вызываемых свободными радикалами.

В настоящее время свойства мяты перечной (*Menthae piperitae*) при различных заболеваниях изучают в клинических исследованиях. Седативный эффект мяты перечной нашел применение у пациентов с повышенной возбудимостью, неврозами и легкой бессонницей.

В ретроспективном клиническом исследовании показана эффективность препарата Персен® в качестве корректора поведенческих нарушений у детей и подростков с поражением нервной системы на фоне клещевых микст-инфекций. Применение в установленном периоде нейроинфекций препарата Персен – седативного средства растительного происхождения, обладающего успокаивающим и спазмолитическим действием, позволило добиться гармонизации поведения, улучшения эмоционального фона и нормализации сна благодаря входящим в состав препарата экстрактам валерианы, Melissa и мяты перечной. В проведенных исследованиях препарат Персен® достоверно превосходил плацебо по влиянию на тревожные расстройства и вегетативные дисфункции. При этом он практически не вызывал побочных эффектов, в том числе сонливости в дневное время, не оказывал негативного влияния на концентрацию внимания и работоспособность пациентов. Препарат Персен® хорошо сочетается с любыми психотропными препаратами, включая антидепрессанты. Клинически значимых взаимодействий Персена с другими лекарственными средствами не отмечено. Достоинством препарата Персен® также является возможность его применения как в качестве быстродействующего симптоматического средства для купирования симптомов тревожности и волнения, так и для длительного лечения стрессовых, тревожных и фобических расстройств.

Родителям и ребенку (в понятной для него форме) обязательно разъясняют смысл предстоящего лечения. Как правило, родители не понимают, что происходит с их ребенком, но его поведение их раздражает. Объясняя все «неправильным воспитанием», они начинают обвинять сами себя и друг друга. Почти всегда родители не знают, что делать с ребенком, и разногласия по этому поводу приводят к новым конфликтам. Необходимо объяснить им причины такого поведения ребенка. Оно во многом обусловлено врожденными особенностями психики (это, в частности, нарушения внимания), изменить которые родители не могут. Но некоторые симптомы (непослушание, чувство противоречия) возникают или усиливаются именно в результате неправильного воспитания, и устранять их родители должны. Необходимо познакомить родителей с методами вознаграждения, поведенческой терапии и т.п. Если ребенку трудно учиться, его переводят в специализированный класс.

Коррекционную работу с гиперактивным ребенком необходимо строить на основе комплексной диагностики, выявляющей симптомы дефицита внимания. Коррекция должна быть направлена в первую очередь на развитие разных форм внимания (зрительного, слухового и т.д.), преодоление импульсивности, формирование усидчивости и самоконтроля.

В процессе психокоррекционной работы необходимо предусмотреть решение следующих задач:

1. Нормализация обстановки в семье ребенка, его взаимоотношений с родителями и другими взрослыми. Важно научить членов семьи избегать конфликтных ситуаций.
2. Установление контакта с педагогами в школе, ознакомление их с информацией об эффективных методах работы с гиперактивными учениками.
3. Повышение у ребенка самооценки, уверенности в собственных силах за счет усвоения им новых навыков, достижений, успехов в учебе и повседневной жизни. Необходимо определить сильные стороны личности ребенка и хорошо развитые у него высшие психические функции и навыки с тем, чтобы опираться на них в преодолении имеющихся трудностей.
4. Достижение у ребенка послушания, привитие ему аккуратности, навыков самоорганизации, способности планировать и доводить до конца начатые дела. Развитие у него чувства ответственности за собственные поступки.
5. Обучение ребенка уважению прав окружающих людей, правильному речевому общению, контролю собственных эмоций и поступков, навыкам эффективного социального взаимодействия с окружающими.

Организация коррекционно-педагогического процесса с гиперактивными детьми должна соответствовать двум обязательным условиям.

- Развитие и тренировку слабых функций следует проводить в эмоционально привлекательной форме, что существенно повышает переносимость предъявляемой нагрузки и мотивирует усилия по самоконтролю. Этому требованию соответствует игровая форма занятий.
- Каждая используемая игра должна обеспечивать тренировку одной функциональной способности, не возлагая одновременно нагрузки на другие дефицитные способности. Известно, что параллельное соблюдение двух, а тем более трех условий деятельности вызывает у ребенка существенные затруднения, а порой и невыполнимо.

Даже при всем желании гиперактивный ребенок не может сидеть спокойно, быть сдержанным и одновременно внимательным в течение достаточно длительного времени. Контроль за собственным поведением требует от такого ребенка максимальной концентрации, так что на выполняемую деятельность внимания уже «не хватает».

Основное условие развития дефицитных функций у гиперактивных детей: предъявляя ребенку игру, требующую напряжения, сосредоточения, удержания и произвольного распределения внимания, следует до минимума снизить контроль импульсивности и не ограничивать двигательную активность. Развивая усидчивость, не стоит одновременно напрягать активное внимание и подавлять импульсивность. Контроль за собственной импульсивностью не должен сопровождаться ограничением возможности получать «мышечную радость» и может допускать определенную долю рассеянности внимания.

Добиться того, чтобы гиперактивный ребенок стал послушным и покладистым, еще не удавалось никому, а научиться жить в мире и сотрудничать с ним – вполне посильная задача.

Список литературы находится в редакции.



Критерии оценки	Гиперактивный ребенок	Тревожный ребенок
Контроль поведения	Постоянно импульсивен	Способен контролировать поведение
Двигательная активность	Постоянно активен	Активен в определенных ситуациях
Характер движений	Лихорадочный, беспорядочный	Беспокойные, напряженные движения