

ДІАГНОСТИКА ТА ТЕРАПІЯ ГІПЕРКІНЕТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ

МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

▪ Вступ

Гіперкінетичні розлади (синонімом є також термін гіперактивний розлад з дефіцитом уваги – ГРДУ) характеризуються моторною гіперактивністю, порушенням уваги та імпульсивністю, що виражені невідповідно до віку дитини і призводять до виражених порушень функціонування дитини в основних сферах життя.

Гіперкінетичні розлади є одними з найпоширеніших поведінкових розладів у дітей. Їх поширеність за даними різних досліджень (див. огляд у Goldstein, 1998; Taylor et al, 2004) становить від 1,5 до 5% у дітей шкільного віку, вони становлять одну з найчастіших причин звернень до дитячих психіатрів. Втім попри таку поширеність розладу він часто не вірно і не вчасно діагностується, а відповідно дітям з цим розладом та їх сім'ям не надається належна допомога. Історично цей розлад мав багато назв, оповитий багатьма міфами, довкола нього точилося багато суперечок. Втім на даний час це є один з найбільш науково досліджених поведінкових розладів, щодо якого розроблені чіткі критерії діагностики та ефективні протоколи терапії (див. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder, 2004; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997, 2002, 2007; American Academy of Pediatrics, 2000, 2001). Метою даних методичного посібника є окреслення сучасних стандартів діагностики та терапії гіперкінетичних розладів у дітей та рекомендацій щодо реалізації цих стандартів в системі охорони здоров'я України задля забезпечення вчасною та ефективною допомогою дітям з гіперкінетичними розладами та їх сім'ям.

▪ Соціальне значення проблеми

У 2004 році Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій (IACAPAP) визнала гіперкінетичні розлади проблемою №1 у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків. Однією з головних причин цього стало те, що цей розлад, на жаль, дуже часто невірно діагностується і лікується на всій земній кулі, а також те, що діти з цим розладом становлять групу ризику по розвитку багатьох вторинних психіатричних розладів та соціальних проблем. Без належної допомоги у несприятливому середовищі гіперкінетичний розлад може каталізувати негативні психологічні та соціальні реакції, сприяти розвитку в дитини негативної самооцінки, порушувати її соціальну адаптацію, викликати вторинні психіатричні захворювання (Sandberg, 2002; Weiss, 1999; Barkley, 1996; Goldstein, 1998).

Наявність у дитини гіперкінетичного розладу значно підвищує ризик виникнення вторинних проблем, таких як:

- *Проблеми з шкільною успішністю в школі;*
- *Проблеми з антисоціальною поведінкою та кримінальними діями, приналежністю до антисоціальних угруповань – як у дитинстві, так і в підлітковому та дорослому віці;*
- *Проблеми у міжособистих стосунках, соціальна ізоляція – як у дитинстві, так і в дорослому віці;*
- *Проблеми з психічним здоров'ям – значно підвищений ризик багатьох психічних розладів у дітей та дорослих з гіперкінетичними розладами, зокрема таких, як зловживання/у залежності від психоактивних речовин, тривожні розлади, розлади настрою, особистості та ін.*
- *Проблеми з ризикованою поведінкою – як наслідок, люди з гіперкінетичними розладами, зокрема у підлітковому та дорослому віці значно частіше стають «продюсерами» та жертвами нещасних випадків, дорожньо-транспортних пригод, у них підвищений ризик незапланованої підліткової вагітності, зараження венеричними хворобами і т.п.*

За відсутності вчасної та належної допомоги цей розлад може призводити до вторинних серйозних психосоціальних наслідків та психіатричних захворювань – і ціна цих наслідків є дуже високою як для дитини, так і її сім'ї та суспільства. У той же час вироблені ефективні протоколи терапії, які допомагають як значно зменшити вираженість симптомів розладу, так і попередити вторинні ускладнення і таким чином в цілому покращити прогноз життя сім'ї, дитини та суспільства. Тому забезпечення вчасної та якісної діагностики та терапії гіперкінетичних розладів мало би стати і пріоритетом системи охорони здоров'я дітей та підлітків в Україні, адже за влучним висловом президента всесвітньої асоціації психіатрії професора Ахмеда Окаші «Майбутнє наших суспільств залежить від того, яку увагу ми приділяємо проблемі психічного здоров'я наших дітей сьогодні».

▪ Етіологія та патогенез

На сьогодні за даними ґрунтовних наукових досліджень (див. огляд у Asherson, 2004) можна стверджувати, що гіперкінетичні розлади є етіологічно поліморфними розладами, при якому щонайменше два фактори – генетичний та органічного ураження ЦНС або ж їх комбінації – є причиною розладу. Причому генетичний фактор є основним у переважній більшості випадків, хоч і сама генетична форма гіперкінетичний розладів обумовлюється також різними комбінаціями генів, отож, так само є поліморфною. Втім, спільна клінічна картина гіперкінетичний розладів обумовлена при різній етіології кінцевим наслідком дії етіологічних факторів – порушенням функції лобної кори та її регулюючого впливу на базальні ганглії та лімбічну систему. Власне, у цій системі лобна кора – базальні ганглії – лімбічна система нейротрансмітери дофамін та норадреналін відіграють основну роль у передачі нервових імпульсів.

Патогенетично сучасна концептуалізація гіперкінетичних розладів визначає їх як розлад розвитку імпульс-контролю/самоконтролю поведінки і як наслідком цього – вторинним дефіцитом основних виконавчих/екзекутивних функцій лобної кори (Barkley, 1997). Саме цей дефіцит визначає основні характеристики поведінки дітей з гіперкінетичними розладами – їх труднощі з зосередженням уваги, контролем над власною руховою активністю, з дотриманням встановлених

правил, виконанням вказівок, плануванням та самоорганізацією поведінки, емоційною та мотиваційною саморегуляцією.

Попри те, що причини гіперкінетичний розладів – біологічні, основні модулюючі фактори, які впливають на прояви гіперкінетичних розладів, психологічний розвиток дитини, імовірність вторинних ускладнень, на прогноз дитини в цілому, є психосоціальними – і вони можуть відігравати як протективну, захисну, ресурсну роль, так і, на жаль, психотравматичну. До цих факторів належать у першу чергу характеристики сім'ї дитини, якість її стосунків з рідними, характеристики педагогів, соціального середовища ровесників, школи (Barkley, 1996). Велику роль відіграє також наявність ефективних програм допомоги дітям з гіперкінетичних розладів та їхня доступність. Гіперкінетичний розлад, як і будь-який розлад, є біопсихосоціальним розладом за своєю природою і саме комплексна взаємодія біологічних факторів, індивідуальних психологічних характеристик дитини та її соціального середовища визначає динаміку розвитку дитини та її прогноз. Тому і допомога дітям з гіперкінетичними розладами повинна бути біопсихосоціальною і спрямованою на кожен ланку біопсихосоціального ланцюга факторів.

■ Наслідки гіперкінетичних розладів, вікова динаміка та коморбідні розлади

Гіперкінетичні розлади є розладами з високим показником супутніх розладів – показник коморбідності за даними досліджень становить 60-80% (Gillberg et al, 2004; Pliszka, 1998).

Основні коморбідні розлади у дитинстві:

- Розлади поведінки (40-60%): опозиційна поведінка, антисоціальна
- Розлади розвитку мови та шкільних навичок (25-40%)
- Погранична інтелектуальна недостатність
- Тривожні розлади (21-40%), соматоформні розлади
- Депресія (16-26%), біполярний розлад
- Тіки (у тому числі синдром Жілля де ля Турета)
- Розлад розвитку координації рухів (близько 50%)
- Розлади спектру аутизму, розумова відсталість
- Обсесивно-компульсивний розлад
- Енурез, розлади сну

Згідно наукових досліджень (Barkley, 2006) симптоми гіперкінетичних розладів попри певну редукцію моторної гіперактивності у переважній більшості випадків (70%) не зникають у підлітковому віці, втім дещо змінюються вторинні наслідки та коморбідні розлади.

Наслідки гіперкінетичних розладів/коморбідні розлади у підлітковому віці:

- Проблеми з навчанням
- Сімейні конфлікти
- Розлади настрою (25%), підвищений ризик суїциду
- 30% - зловживання алкоголем, наркотиками
- 25-35% - антисоціальна поведінка
- Проблеми стосунків з ровесниками
- Сексуальність – підвищений ризик венеричних захворювань, незапланованої вагітності, згвалтування (напр., ризик підліткової вагітності 38 пор. 4%, венеричних хворіб 17 пор. 4%)
- Ризикована поведінка – підвищений ризик нещасних випадків (у тому числі – ДТП) – у 3-4 рази частіше

У дорослому віці персистенція розладу має місце у 50-70%, наявність вторинних психосоціальних наслідків та супутніх розладів є також радше правилом, аніж винятком (Sandberg,

2002; Weiss, 1999; Barkley, 1996; Goldstein, 1998). Дослідження виявляють проблеми такого характеру як: проблеми у соціальних стосунках, здобутті професійної освіти, низький соціально-економічний стан, бідність, безробіття, низькооплачувана робота, фінансові проблеми, проблеми з водінням транспортних засобів та ін. Серед дорослих осіб з гіперкінетичними розладами 79% (Barkley, 2006) мають коморбідний психіатричний розлад (20-45% - антисоціальна поведінка, 25% - антисоціальний розлад особистості; 12% - зловживання алкоголем/ наркотиками, афективні, тривожні, соматоформні розлади та ін.). Втім попри часту присутність коморбідних розладів та соціальних проблем, прогноз щодо дорослого віку для гіперактивних дітей не є однозначно песимістичний. Близько половини дітей з цим розладом у дорослому віці адекватно функціонують і добре адаптовані (Barkley, 2006) – визначальними факторами щодо цього були наявність позитивної соціальної підтримки (насамперед з боку сім'ї та рідних) та адекватної допомоги з боку фахівців. Свій огляд лонгитудинальних досліджень щодо майбутнього гіперактивних дітей Расел Барклі підсумовує оптимістичним висновком: «За належної допомоги та підтримки діти з ГРДУ можуть мати щасливе, повноцінне майбутнє» (Barkley, 2006).

▪ Організація допомоги дітям з гіперкінетичними розладами та їх сім'ям

На основі тривалого клінічного досвіду та проведених наукових досліджень міжнародною спільнотою фахівців вироблені ефективні протоколи терапії, які допомагають як значно зменшити вираженість симптомів розладу, так і попередити вторинні ускладнення і таким чином в цілому покращити прогноз життя сім'ї, дитини та суспільства. Втім реалізація цих протоколів можлива в Україні лише в контексті реформування існуючої системи послуг з метою забезпечення організаційних передумов до реалізації міжнародних протоколів діагностики та терапії.

Не менш важливими з огляду на позитивний характер розладу, ту невидиму неповносправність у сфері самоконтролю, яку він спричиняє, є і загальне поширення інформації в суспільстві, громаді щодо гіперкінетичних розладів з метою вироблення більшої толерантності та розуміння проблем та особливих потреб дітей з гіперкінетичними розладами та їх рідних. Необхідна масштабна національна програма скерована на допомогу дітям з цим розладом – і компонент просвіти громадськості, батьків, педагогів, лікарів щодо проблеми гіперкінетичних розладів мав би бути у ній одним з центральних. У просвіті суспільства важливу безпосередню роль мали б відігравати фахівці системи охорони здоров'я дітей та підлітків – зокрема дитячі психіатри, неврологи, педіатри.

Організація допомоги дітям з гіперкінетичними розладами повинна б була включати три взаємопов'язані ланки.

Перша ланка допомоги – виявлення гіперкінетичних розладів. Організація допомоги дітям з гіперкінетичними розладами повинна передбачати насамперед раннє виявлення

гіперкінетичних розладів. Ключовими особами у ранньому виявленні гіперкінетичних розладів є фахівці першої ланки – дитячі лікарі (педіатри, неврологи), а також шкільні та дошкільні психологи, вихователі дошкільних закладів, учителі молодших класів. Саме на них лягає завдання «запідозрити» у дитини гіперкінетичний розлад (на основі видимої поведінки дитини, скарг батьків, скрінінгового опитування по основних симптомах, застосування міні-опитувальників) і скерувати сім'ю та дитину задля відповідного діагностичного процесу у спеціалізовані «кабінети гіперкінетичних розладів» (аналоги закордонних міні-клінік гіперкінетичних розладів). Втім з огляду на складність діагностичного процесу при гіперкінетичних розладах, високий ризик діагностичних помилок міжнародними протоколами не рекомендується встановлювати остаточний діагноз в контексті первинної ланки сфери системи охорони здоров'я, де лікар (дільничний педіатр, невролог чи психіатр) звичайно мають 10-20 хвилин на одну консультацію. Тому завданням фахівців першої ланки є радше запідозрити гіперкінетичний розлад у дитини, говорити про нього як про імовірний діагноз і тоді скерувати дитину на наступну ланку більш спеціалізованих послуг.

Друга ланка – кабінети/міні-клініки гіперкінетичних розладів - діагностика гіперкінетичних розладів, психоедукація батьків та дитини/підлітка, формування та реалізація терапевтичних втручань, супровід сім'ї та дитини в часі, забезпечення співпраці з закладами системи освіти. Дане завдання мало б реалізуватися в контексті міні-клінік гіперкінетичних розладів (кабінетів гіперкінетичних розладів) мультидисциплінарною командою фахівців у складі щонайменше двох фахівців – дитячого психіатра та клінічного психолога. Їх завданням є встановлення діагнозу гіперкінетичного розладу та можливих коморбідних розладів, проведення комплексного діагностичного процесу, що орієнтований на усі ланки біопсихосоціального ланцюжка факторів. По завершенню діагностичного процесу важливим завданням є представлення зворотної інформації сім'ї та дитині, проведення психоедукації, формування у співпраці з батьками плану терапевтичних втручань та його реалізація. Не менш важливим завданням є надання інформації та відповідних рекомендацій в заклади системи освіти, де навчається/виховується дитина. Терапевтичні втручання, що реалізуються безпосередньо фахівцями кабінетів/клінік гіперкінетичних розладів, можуть включати в себе медикаментозне лікування, поведінкову терапію, тренінги соціальних навичок, індивідуальну/сімейну психотерапію при потребі. Реалізація адекватної медикаментозної терапії, яка носить замісний характер і часом може бути багаторічною, в багатьох випадках може бути можливою лише за умови державної фінансової допомоги на придбання необхідних медикаментів.

Третя ланка – допомога дітям з гіперкінетичними розладами в закладах системи освіти. Допомога дітям з гіперкінетичними розладами обов'язково повинна передбачати впровадження специфічних принципів навчання та керування поведінкою дітей з гіперкінетичними розладами в закладах системи освіти. Реалізація цих принципів повинна

реалізовуватися безпосередньо педагогами, що працюють з дітьми з гіперкінетичними розладами. Втім важлива роль дошкільних та шкільних психологів власне у консультуванні педагогів, а також батьків дитини, щодо цих стратегій, супровід у їх застосуванні та реалізації. Не менш важливим завданням закладів системи освіти є їх загальна виховна роль, допомога дитині у формуванні соціальних навичок, інтеграції у середовище ровесників. Школа, поряд з сім'єю, є основним місцем життя та розвитку дитини, тому забезпечення необхідних умов до повноцінного розвитку та самореалізації дитини з гіперкінетичними розладами у школі є надзвичайно важливим завданням.

Попри приналежність до різних систем (охорони здоров'я та освіти) надзвичайно важливою є ефективна співпраця між другою та третьою ланкою допомоги дітям з гіперкінетичними розладами – вона є основною передумовою ефективної допомоги сім'ї та дитині.

▪ Діагностика гіперкінетичних розладів

Діагностичний процес при гіперкінетичних розладах є доволі складним, вимагає часу, високого рівня компетенції та мультидисциплінарної команди фахівців.

Діагностичний процес має декілька базових цілей: встановлення діагнозу гіперкінетичного розладу, виявлення супутніх проблем та коморбідних розладів, локалізацію розладу в біопсихосоціальному контексті життя дитини – зокрема в контексті сім'ї та соціального середовища – щоб урешті отримати цілісну картину життя дитини. Втім, встановлення діагнозу та досягнення розуміння ситуації у парадигмі біопсихосоціальної моделі є не єдиними цілями діагностичного процесу. Іншою надзвичайно важливою ціллю є встановлення терапевтичного альянсу з сім'єю та дитиною, встановлення партнерських стосунків, спільного бачення проблем, цілей і спільно сформованого плану дій для їх досягнення.

Встановлення діагнозу гіперкінетичного розладу є доволі нелегким завданням і ризик діагностичних помилок є доволі високим.

Ризик помилок при діагностиці гіперкінетичних розладах дуже високий і обумовлюється цілим рядом факторів:

- Гіперкінетичний розлад є «спектральним» розладом – його симптоми характеризуються надмірним і невідповідним до віку вираженням типової поведінки дитини: де межа між розладом і варіантом темпераменту?
- Симптоми гіперкінетичних розладів характеризуються ситуативною варіабельністю і в певному середовищі (зокрема на консультації у лікаря) можуть ніяк не проявлятися.
- Діагноз гіперкінетичного розладу встановлюється на основі підтвердження існування симптомів розладу батьками та вчителями – відповідно, високий ризик суб'єктивності в оцінці.
- Немає інструментальних методів підтвердження гіперкінетичного розладу (як, наприклад, при багатьох хворобах – на зразок: епілепсія – дані ЕЕГ), як і жодних специфічних, патогномонічних симптомів.
- Порушення уваги, імпульсивність та гіперактивність можуть бути неспецифічними проявами інших психіатричних та медичних розладів – тож ризик помилки при неадекватній диференційній діагностиці достатньо великий.

- Гіперкінетичний розлад є контраверсійним розладом, довкола якого існує багато міфів, непорозумінь, різних термінів, суперечливих підходів щодо діагностики та лікування.
- Відповідно до цих факторів ризик не виявити гіперкінетичний розлад там, де він є, або ж виявити там, де його нема є дуже високим порівняно з даними щодо інших розладів.

Тому одним із основних принципів діагностики гіперкінетичних розладів є *ретельність*, яка вимагає отримання інформації з кількох незалежних джерел (батьки, школа), а при потребі і залучення додаткових методів отримання більш об'єктивної інформації (наприклад, відеозйомка).

У виявленні гіперкінетичних розладів, як уже згадувалося вище, основну роль відіграють фахівці першої ланки. В системі охорони здоров'я це насамперед стосується лікарів-педіатрів та дитячих психіатрів і неврологів. Їхня роль у виявленні розладу є надзвичайно важливою, адже від своєчасності діагностики гіперкінетичних розладів та скерування сім'ї за ефективною допомогою залежить дуже багато. А для того, щоб запідозрити розлад, можуть виявитися достатніми декілька скринінгових запитань про наявність у дитини поведінкових проблем, порушення уваги та імпульсивності; відомості про її успішність у школі та рівень моторної активності. Таку ж роль можуть відігравати скринінгові опитувальники, які пропонується заповнити батькам, а також наявність інформаційних матеріалів на столиках чи стендах у почекальні і т.п. Дуже важливу роль у ранньому виявленні гіперкінетичних розладів відіграють також педагоги – зокрема, вихователі дитячих садочків та вчителі молодших класів. У навчально-виховному закладі не помітити дитину з гіперкінетичним розладом дуже важко, а тому важливо поширювати сучасну інформацію про цей розлад власне у середовищі педагогів.

Взірець скринінгових питань/опитувальника по основних симптомах гіперкінетичних розладів для батьків для фахівців першої ланки:

Моя дитина часто...

- безперервно рухається, не може довго сидіти на одному місці, бігає чи лазить тоді, коли вимагається сидіти на місці
- багато говорить, перебиває інших, недоречно втручається в розмову інших
- не може витерпіти, коли треба чогось чекати (як-от, наприклад, своєї черги в грі чи у крамниці)
- має проблеми з утриманням уваги на завданні, легко відволікається на сторонні подразники
- „відсутня”, „десь літає в іншому світі”, не чує, коли до неї говорять
- не зосереджується на деталях, робить ненавмисні помилки через неувважність у класних/домашніх завданнях
- діє „імпульсивно”, не подумавши про наслідки чи правила
- не має страху, часто діє надто ризиковано
- створює проблеми своєю поведінкою в сім'ї, у садочку/школі, у стосунках з ровесниками

Наступний етап діагностики має здійснюватися в рамках мультидисциплінарної команди, яка спеціалізується у наданні послуг дітям із поведінковими розладами та їхнім сім'ям – свого роду міні-клінік/кабінетів гіперкінетичних розладів. До складу такої команди має входити щонайменше два фахівці – дитячий психіатр та клінічний психолог, що володіє основами сімейного консультування та поведінковою терапією.

Нижче наведений алгоритм діагностичного процесу, який рекомендується застосовувати згідно сучасних діагностичних протоколів (див. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder,

2004; American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 1997, 2002, 2007; American Academy of Pediatrics, 2000, 2001).

Етапи діагностичного процесу:

1. Дитячий психіатр: клінічне інтерв'ю з батьками та дитиною
2. Застосування діагностичних опитувальників – заповнюють батьки
3. Психолог: нейропсихологічне обстеження дитини
4. Отримання інформації від учителів (за допомогою опитувальників та при потребі безпосередньо)
5. При потребі – додаткові обстеження педіатра/невролога, інших фахівців, інструментальні та лабораторні з метою диференційної діагностики та ін.)

З клінічної точки зору базовим методом діагностики гіперкінетичних розладів є клінічне інтерв'ю з батьками та дитиною. Інтерв'ю повинне здійснюватися відповідно до сучасних стандартів інтерв'ювання у дитячій психіатрії. Його специфічними особливостями має бути дослідження наявності основних симптомів гіперкінетичних розладів, їх проявів у різних середовищах та наслідків у різних сферах життя дитини. При цьому важливо також з'ясувати історію розвитку дитини, час появи симптомів гіперкінетичних розладів та їх метаморфоз у процесі вікового розвитку дитини. З огляду на високий індекс коморбідності при гіперкінетичних розладах важливо активно шукати симптоми супутніх розладів – і частина клінічного інтерв'ю повинна бути скерована на дослідження можливої наявності інших проблем, окрім гіперкінетичного розладу. Те саме стосується і диференційної діагностики гіперкінетичного розладу з іншими розладами, що можуть проявлятися схожими симптомами/проблемами. Збір анамнезу щодо дитини важливо поширити на усі аспекти її життя та розвитку – зокрема дослідити ситуацію в школі, соціальний, мовний, інтелектуальний розвиток, сильні сторони дитини, захоплення і т.п. Розмова з батьками щодо наявних поведінкових проблем у дитини неминуче виявляє їхнє сприйняття цих проблем, значення, яке вони їм надають, спосіб подолання проблем. З клінічної точки зору це дуже важливі аспекти, які повинні бути тонко досліджені без звинувачення та засудження батьків. Стиль дисципліни в сім'ї, типові реакції батьків на порушення поведінки, відмінності у взаємодії дитини з матір'ю/ батьком, загалом атмосфера стосунків із дитиною є важливими сферами дослідження – не лише опитування, але й безпосереднього спостереження взаємодії під час інтерв'ю.

Не менш важливою сферою дослідження є сімейна ситуація – зокрема рівень стресу в батьків, їхні особистісні якості, можлива наявність проблем у сфері психічного здоров'я (симптоми гіперкінетичного розладу, депресія та ін.), якість подружніх стосунків, наявність соціальної підтримки, ситуація інших дітей у сім'ї, соціально-економічний статус сім'ї та ін.

Первинне інтерв'ю включає безпосереднє обстеження дитини – і не лише для дослідження психічного статусу, але й із метою дізнатися більше про особистість дитини, її самооцінку, її сприйняття своїх проблем, ситуації в сім'ї, школі, її захоплень, мрій і т.д.

Первинне клінічне інтерв'ю з батьками та дитиною за сучасними стандартами мало б займати одну-півтори години, воно завершується орієнтацією батьків щодо попередніх діагностичних гіпотез та роз'ясненням необхідності наступних етапів діагностичного процесу. У

складних випадках інтерв'ю може бути продовжене іншого дня і, залежно від обставин, у форматі всієї сім'ї чи окремо з батьками/ дитиною.

По завершенні першого інтерв'ю рекомендується дати батькам опитувальники щодо симптомів гіперкінетичних розладів, призначені для батьків і для вчителів. Роль опитувальників у діагностиці гіперкінетичних розладів є важливою з огляду на те, що вони дають можливість системно опитати батьків щодо всіх симптомів гіперкінетичного розладу та інших коморбідних розладів (водночас це є елементом психоедукації і залучення обох батьків), оцінити ступінь вираженості проблем (що дає також певну можливість для порівняння та моніторингу ефективності терапії), а також зекономити час на інтерв'ю. Втім, до застосування опитувальників існує і ряд серйозних застережень, зокрема, у жодному випадку не можна ставити діагноз виключно на основі наведених у них даних, важливо уточнити рівень розуміння батьками запитань, попросити їх дати конкретні приклади симптомів, які вони виділили як позитивні та ін. Розроблена велика кількість опитувальників як щодо симптомів гіперкінетичних розладів, так і інших супутніх проблем та розладів, найбільш поширені з них: Conners, Barkley, Vanderbilt (щодо симптомів гіперкінетичних розладів та коморбідних розладів), Goldstein (наявність соціальних проблем у дитини, стиль батьківства), та опитувальник CBCL Achenbach (скринінг щодо психіатричних розладів у дітей та підлітків).

Загальнорекомендованим принципом у діагностиці гіперкінетичних розладів є підтвердження наявності розладу щонайменше з двох незалежних джерел. Тому наступним, абсолютно необхідним діагностичним етапом є отримання інформації зі школи від вчителів – це можна зробити передавши їм через батьків опитувальники, або безпосередньо сконтактувавши. Метою знову ж таки є не лише виявлення самого розладу, але й оцінка ситуації в школі, академічної успішності дитини, її поведінки, стосунків із ровесниками та вчителями, а також і характеристик самої школи, вчителів, соціального середовища та ін. Залучення вчителів у діагностичний процес є дуже потрібним, оскільки вони є надзвичайно важливими партнерами у допомозі дитині і без їхнього розуміння проблем, конструктивної співпраці з батьками та мотивації до допомоги досягти реальних змін дуже важко.

У сумнівних, «пограничних» випадках гіперкінетичних розладів, коли думка батьків і фахівців може розходитися щодо наявності в дитини розладу, може мати сенс і відеозйомка та її аналіз (поведінка дитини на уроці і т.п). Важливо пам'ятати, що нормальна поведінка дитини в часі консультації не виключає діагнозу гіперкінетичного розладу, оскільки однією з його особливостей є ситуативна варіабельність симптомів – і в новій ситуації, з незнайомою людиною багато гіперактивних дітей можуть не виявляти проблем з порушенням уваги/імпульсивністю/гіперактивністю.

В усіх дітей із гіперкінетичними розладами, які мають проблему зі шкільною успішністю, необхідним елементом діагностичного процесу є нейропсихологічне обстеження, метою якого є

встановлення рівня інтелектуального розвитку дитини, а також виявлення з огляду на часту присутність як коморбідних специфічних розладів шкільних навичок – читання, письма, математики. Виявлення цих розладів важливе і в плані диференційної діагностики, адже за умови знижених інтелектуальних можливостей загалом чи специфічних труднощів у навчанні зокрема порушення уваги дитини на уроках може бути викликане невідповідністю програми рівневій спроможності дитини її засвоїти, а не гіперкінетичним розладом.

Базове педіатричне/неврологічне обстеження є доцільним з огляду на необхідність виключення «псевдогіперкінетичного» синдрому, який обумовлений соматичним/ неврологічним розладом. У плані диференційної діагностики важливо пам'ятати, що порушення поведінки та уваги у дітей можуть бути викликані будь-яким неспецифічним загальним медичним захворюванням, як-от анемія, гіпертиреоз, а також усіма розладами, що спричиняють хронічний біль, свербіж, фізичний дискомфорт. Причиною «псевдогіперкінетичного» синдрому може бути і побічна дія певних ліків (наприклад, дифеніл, фенобарбітал), а також цілий ряд неврологічних розладів, зокрема епілепсія з абсансами, хорея, тіки та багато інших. Тому цей напрямок у диференційній діагностиці є дуже важливим. І якщо лікар підозрює медичну причину, то може бути потрібним додаткове інструментальне/ лабораторне обстеження стану здоров'я дитини (наприклад, електроенцефалографія для виключення епілепсії). Втім, важливо наголосити, що згідно з сучасними рекомендаціями експертів і діагностичних протоколів рутинне проведення інструментальних обстежень дітям із гіперкінетичними розладами (зокрема електроенцефалограми, комп'ютерної томографії та ін.) є непоказане. Попри те, що у дітей із гіперкінетичними розладами на ЕЕГ часто реєструються неспецифічні порушення (ознаки морфофункціональної незрілості кори, кірково-підкіркової дисфункції та ін.), вони не є специфічними виключно для гіперкінетичних розладів, тож їхня наявність чи відсутність не може бути підставою для встановлення чи невстановлення діагнозу, а також для прогнозу. За висновком Американської академії неврології та Американського товариства клінічної нейрофізіології «електроенцефалографія не має клінічного значення ані у встановленні діагнозу гіперкінетичного розладу, ані в плануванні лікування» (Nuwer, 1997). Звісно, це не стосується тих випадків, коли є підозра на епілепсію і ЕЕГ є абсолютно доцільною.

Базове педіатричне обстеження важливе також щодо виявлення порушень зору чи слуху, які будучи вираженими у незначному ступені, можуть неадекватно діагностуватися. Проблеми з неуважністю на уроках, проблемною поведінкою, соціальною ізоляцією можуть бути обумовленими наявністю сенсорних розладів. Педіатричне обстеження доцільне і з огляду на необхідність оцінки загального соматичного стану дитини, виявлення можливих протипоказів щодо застосування окремих груп медикаментів, які можуть призначатися дітям із гіперкінетичними розладами.

Що ж стосується безпосередньо встановлення діагнозу гіперкінетичного розладу, то тут надзвичайно важливим є дотримання діагностичних критеріїв. Необхідність застосування критеріїв гарантує ретельність діагностичного процесу та запобігає появі діагностичних помилок, наслідки яких можуть виявитися дуже серйозними. Нижче наводиться витяг з діагностичних критеріїв гіперкінетичних розладів за МКХ-10.

Діагностичні критерії ГРДУ/гіперкінетичних розладів за міжнародною класифікацією хворіб (МКХ-10, ВООЗ, 1999)

F90. Гіперкінетичні розлади

Ця група розладів характеризується раннім початком, поєднанням надмірно активної та погано регульованої поведінки з вираженою неуважністю, відсутністю наполегливості при вирішенні завдань. При цьому ці поведінкові характеристики проявляються в усіх ситуаціях і є постійними в часі. Вважається, що конституційні особливості є основоположними у генезі цих розладів. <...>

Гіперкінетичні синдроми завжди виникають рано в процесі розвитку (звичайно у перші 5 років життя). Їх головними характеристиками є недостатня наполегливість у діяльності, що потребує когнітивних зусиль, і тенденція переходити від одного заняття до іншого поряд із погано організованою, слабо регульованою надмірною активністю. Ці труднощі звичайно зберігаються і в шкільному віці, і часто в дорослому, але у багатьох хворих спостерігається поступове покращення в плані активності та уваги.

З цими розладами можуть бути поєднані і деякі інші порушення. Гіперкінетичні діти часто імпульсивні, діють не подумавши, схильні до нещасних випадків і до поведінкових проступків, але не так через усвідомлене, викличне, як через ненавмисне, необдумане порушення правил. У своїх стосунках із дорослими вони часто є соціально розгальмованими, у них відсутня типова для більшості дітей обережність і стриманість. Часто інші діти ставляться до них негативно, відповідно, вони можуть бути соціально ізольованими. <...>

Діагностичні вказівки:

Кардинальними ознаками, необхідними для діагнозу, є порушення уваги та гіперактивність, причому вони повинні проявлятися більше, ніж в одній сфері життя дитини (для прикладу, вдома, в школі, у лікарні). Порушення уваги проявляється передчасним припиненням завдань, часто завдання залишаються незавершеними. Діти часто міняють одне заняття на інше, втрачаючи цікавість до одного заняття через те, що відволікаються на інше (хоча в умовах лабораторного тестування порушення уваги звичайно не виявляється). Ці дефіцити наполегливості та уваги варто діагностувати лише тоді, коли вони виражені невідповідно до віку дитини та коефіцієнта її інтелектуального розвитку.

Гіперактивність передбачає надмірну нетерпеливість, особливо в ситуаціях, що потребують відносного спокою. Це може проявлятися бігом, стрибками, підстрибуваннями з місця, крутінням, коли потрібно сидіти, надмірною галасливістю, балакучістю. Судження про те, що ця активність є надмірною, робиться на основі її невідповідності до очікуваної в даній ситуації для дітей того ж віку та рівня інтелектуального розвитку. Ця поведінкова особливість проявляється особливою мірою в структурованих, організованих ситуаціях, що потребують високого ступеню самоконтролю поведінки.

Повинні бути присутні як гіперактивність, так і порушення уваги, при цьому вони повинні бути присутні більш ніж у одній сфері життя дитини.

Супутні клінічні характеристики, необов'язкові для діагнозу, але такі, що підтверджують його: розгальмованість у соціальних стосунках, надмірно ризикована поведінка в ситуаціях, коли існує небезпека і потрібна певна обережність; імпульсивне порушення соціальних правил (прикладом може бути схильність перебивати інших, втручатися в розмову, трудність чекати своєї черги, тенденція давати відповіді на питання перше, ніж їх закінчили) – все це типові характеристики цих дітей. <...>

Характерні проблеми поведінки повинні мати ранній початок (у віці до 6 років), тривати довгий час і не бути обумовленими іншими медичними/психіатричними розладами. <...>

Іншим правилом обстеження дітей з гіперкінетичним розладом є активний пошук коморбідних розладів. З огляду на те, що наявність коморбідного розладу є радше правилом, аніж винятком (індекс коморбідності до 80%), одним із завдань обстеження є дати відповідь на запитання, чи є супутні розлади, і якщо є, то які саме. Фахівець, що проводить інтерв'ю, повинен володіти знаннями щодо симптомів цих розладів і шляхом цілеспрямованого обстеження перевірити їх наявність (особливо помічним знаряддям у цьому може бути застосування опитувальників, що охоплюють усі можливі симптоми психіатричних розладів у дітей, як-от, для прикладу, CBCL).

Наступним стандартом обстеження є ретельна диференційна діагностика. Зміни в поведінці можуть бути неспецифічною реакцією на будь-який життєвий стресор – від розлучення батьків, переслідування хуліганів чи сексуального скривдження. Вони також можуть бути, як уже згадувалося вище, реакцією на соматичну хворобу. «Псевдогіперкінетичний» синдром може спостерігатися і при багатьох інших психіатричних розладах – у такому випадку треба з'ясувати, чи йдеться про коморбідність, чи насправді порушення поведінки є проявом іншого розладу. Іншим аспектом діагностики є проблема диференціації з нормою – часом нормальна поведінка дитини може бути «гіперактивністю» для батьків: це особливо типово у матерів, що мають депресію, високий рівень стресу. Освітні програми щодо гіперкінетичних розладів часом приводять до того, що великий відсоток батьків бачить у своїх дітях симптоми гіперактивності, коли насправді йдеться про «активний» темперамент, а проблемна поведінка дитини обумовлена радше емоційним станом батьків, неадекватністю дисципліни і т.п. Нижче наводиться диференційно-діагностичний перелік.

Диференційна діагностика при гіперкінетичних розладах:

- Нормальна для віку поведінка дитини
- Тілесні хвороби (більшість, що викликають біль, дискомфорт можуть призводити до поведінки «псевдогіперкінетичного синдрому», так само деякі ендокринні розлади, епілептичні абсанси, шкірні хвороби, що викликають свербіж; неврологічні розлади та ін.)
- Порушення зору, слуху
- Розлади розвитку: мови, шкільних навичок, розумова відсталість
- Психіатричні розлади: інші поведінкові розлади, тривожні, розлади настрою, шизофренія, розлади спектру аутизму, гостра стресова реакція, посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації, тіки та ін.
- Ситуативні проблеми: наприклад, конфліктна, стресова ситуація в школі, у сім'ї і т.п.

Підсумком ретельного діагностичного процесу повинне бути вичерпне діагностичне формулювання, з якого випливає комплексний план допомоги сім'ї та дитині, і яке містить:

1. Основний діагноз
2. Коморбідні розлади та супутні проблеми
3. Психологічна характеристика дитини
4. Характеристика сім'ї дитини
5. Характеристика соціального/освітнього контексту життя дитини
6. Аналіз основних негативних та позитивних факторів впливу на динаміку розвитку дитини, характеристика взаємодії цих факторів, прогностичне формулювання

Діагностичний етап завершується презентацією батькам даних обстеження та спільним плануванням наступних кроків. Однією з головних характеристик якісного діагностичного процесу є встановлення терапевтичного альянсу з сім'єю та дитиною, досягнення спільного бачення щодо наявних проблем та необхідних заходів у їх подоланні.

▪ Вибір та планування терапевтичних втручань

Гіперкінетичний розлад є хронічним, пожиттєвим розладом, а тому і допомога дітям із цим розладом повинна базуватися на концепції довготривалого супроводу сім'ї та дитини впродовж вікових етапів життя. Важливо бачити гіперкінетичний розлад в контексті життя дитини, її вікових етапів розвитку, складної взаємодії біопсихосоціальних факторів – і відповідно вибудовувати план терапевтичних заходів, які не тільки сприяють подоланню існуючих труднощів, а й попереджують виникнення вторинних проблем, сприяють позитивному розвитку дитини.

Основою такого супроводу сім'ї та дитини є надійний партнерський зв'язок батьки-фахівці.

Допомога сім'ї та дитині завжди має відповідати індивідуальним особливостям кожного випадку, відповідати на потреби кожної дитини та її рідних, а не бути свого роду «стандартним пакетом». Добра терапевтична програма завжди впливає з ретельного діагностичного процесу та ґрунтовного діагностичного формулювання. Така програма мусить бути також реалістичною, враховувати пріоритетність проблем і відповідно структурувати послідовність їх вирішення.

Добра терапевтична програма виходить із біопсихосоціальної моделі гіперкінетичних розладів і діє на всіх рівнях. У цьому полягає суть комплексного підходу. Звісно, така модель мультимодальної терапії неможлива без командного підходу, де фахівці різних спеціальностей узгоджено взаємодіють задля досягнення спільних цілей. Така форма допомоги зорієнтована, насамперед, на допомогу дитині в контексті її сім'ї та середовища розвитку (школа, середовище ровесників і т.п.) і діє на усі фактори біо-психо-соціального ланцюга факторів.

Основою усієї терапевтичної програми є послідовна психоедукація. Йдеться про освіту як дітей, так і батьків, учителів, ровесників і зрештою всього суспільства щодо природи гіперкінетичних розладів, особливостей поведінки дітей та способів допомоги їм. Психоедукація батьків може здійснюватися за допомогою різних засобів – інформаційних буклетів, книжок, відеофільмів, індивідуальних та групових лекцій, інтернет-ресурсів та ін. Важливим компонентом психоедукації батьків має бути і застереження щодо існуючих міфів та псевдонаукових методів лікування. І, безумовно, психоедукація повинна орієнтувати батьків на можливість подолання проблем та допомоги дитині (інформуючи одночасно про реальні обмеження допомоги), а не пригнічувати їх статистичними даними щодо негативного прогнозу у дорослому віці і т.п. Важливо також не забувати, що психоедукації потребує і сама дитина. Подання дитині її особливостей повинно робитися у формі, що відповідає її віку і представляє її гіперактивність не як дефект, а як особливість, яка потребує допомоги. У подальшому психоедукація повинна продовжуватися відповідно до зростання здатності дитини до самопізнання. Те саме стосується і психоедукації батьків – із часом вони потребують переосмислення гіперкінетичного розладу, а також інформації про останні досягнення науки і нові перспективи у допомозі.

Модель терапевтичних втручань для дітей із гіперкінетичними розладами впливає з етіопатогенетичного розуміння природи цього розладу. Рівень функціонування дитини (соціального, академічного, психологічного) визначається взаємодією двох факторів: характеристик самої дитини та характеристик її соціального середовища. Тож покращити рівень функціонування дитини можна шляхом впливу на дитину (наприклад, психофармакологічного) та/або впливу на соціальне середовище (сім'я, школа, ровесники). Відповідно, усі терапевтичні втручання при гіперкінетичних розладах можна розділити на дві групи: ті, що впливають безпосередньо на дитину, і ті, що покращують рівень функціонування дитини опосередковано через вплив на її середовище.

Нижче наводиться перелік основних терапевтичних втручань при гіперкінетичних розладах, що їх ефективність доведена даними наукових досліджень. У сучасну еру доказової медицини наявність доказів щодо ефективності тих чи інших методів допомоги надзвичайно важлива. Вона не тільки орієнтує батьків та фахівців щодо вибору ефективних втручань із великого переліку можливих методів допомоги, але й захищає від витрати часу та коштів на те, що не допомагає або ж допомагає дуже мало. З огляду на велику кількість міфів щодо гіперкінетичних розладів, а також і фінансові інтереси окремих осіб чи цілих організацій – батькам інколи пропонуються як «надзвичайно результативні» ті методи допомоги, які насправді не мають жодних доказів їхньої ефективності. Унаслідок цього батьки можуть затрачати багато часу і фінансів на те, що, зрештою, не дасть жодного значущого ефекту. Це явище поширене не лише в Україні, але й у цілому світі. Так, зокрема у своїй монографії, присвяченій гіперактивному розладу з дефіцитом уваги, Samuel Goldstein (1998, с. 641-653) відводить цілий розділ аналізу методів, які є неефективними при ГРДУ, хоч і рекламуються як такі, що допомагають. На його думку, сфера медичних та психосоціальних послуг так само є ринком, який у когось, природно, викликає комерційний інтерес. Рекламні агенти відповідної продукції (а серед них, на жаль, можуть бути і фахівці, прямий обов'язок яких є лікувати дітей із ГРДУ) використовують такі ж методи, як і у продажі інших видів товару, а тому можуть переконливо говорити про високу ефективність даних методів, наводити історії «чудо-ефекту», пропонувати виготовлені їхньою ж компанією друковані та відеоматеріали. Багато батьків підпадають під тиск такої рекламної компанії – «чому б не спробувати, може, якраз допоможе...» На думку Goldstein, це є витратою енергії, часу та грошей – і, як наслідок, відводить сім'ю від отримання тієї допомоги, яка дійсно є ефективною. Тому «етичним обов'язком фахівців є надавати науково достовірну інформацію батькам, у тому числі і щодо цих суперечливих методів допомоги, щоби батьки могли вибрати найадекватніші та найефективніші методи допомоги дитині і не витрачали надарма обмежені фінансові та часові ресурси сім'ї» (Goldstein, 1998, с. 652).

Відповідно, щоб орієнтувати батьків та фахівців, радами експертів розроблено на основі даних наукових досліджень щодо ефективності тих чи інших методів допомоги протоколи

допомоги дітям із гіперкінетичними розладами/ГРДУ (див. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder, 2004; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997, 2002, 2007; American Academy of Pediatrics, 2000, 2001). Зрозуміло, що йдеться не так про те, що на даний час існують методи, які дозволяють вилікувати гіперкінетичні розлади (фактично гіперкінетичні розлади прирівнюються до «невидимої» неповносправності), як про те, що з допомогою цих втручань можна значно покращити рівень функціонування дитини, а також попередити появу вторинних проблем, сприяти повноцінному розвитку дитини та її самореалізації.

Основні терапевтичні втручання при гіперкінетичних розладах:

- Психоедукація
- Поведінкова терапія (в сім'ї та у школі)
- Психофармакотерапія

Можливі (основні та додаткові) терапевтичні втручання при гіперкінетичних розладах:

Дитино-центровані:

- Психоедукація дитини/ підлітка
- Психофармакотерапія
- Психотерапія
- Тренінг соціальних навичок та ін.

Сімейно-центровані:

- Психоедукація батьків
- Навчання батьків методів поведінкового керівництва
- Сімейна психотерапія
- Індивідуальна психотерапія/психіатрична допомога для батьків
- Соціальна допомога сім'ї
- Домашній відеотренінг спілкування та ін.
- Групи взаємопідтримки Батьки для батьків

Орієнтовані на педагогічне середовище (школа, садок):

- Психоедукація педагогів
- Застосування специфічних підходів у навчанні та керівництві поведінкою дитини з гіперкінетичним розладом в школі, садку.
- Вибір навчального середовища (спеціалізована школа і т.п.) та ін.

За даними досліджень (див. огляд у Goldstein, 1998, с. 443-458; Taylor et al, 2004), найбільш ефективними методами терапії при гіперкінетичних розладах є психоедукація та навчання батьків і педагогів методик поведінкового керівництва та психофармакотерапія психостимулянтами або атомоксетином. І якщо психофармакотерапію можна вважати базовим методом впливу на причини розладу (психостимулянти та атомоксетин підвищують концентрацію дофаміну та норадреналіну в нервових синапсах), то поведінкова терапія виходить із патогенетичної концепції гіперкінетичних розладів і впливає на поведінку дитини шляхом організації факторів, що діють «тут і тепер» на мотивацію дитини до позитивної поведінки. Когнітивна психотерапія та тренінг соціальних навичок для дітей у індивідуальній чи груповій формі дають теж позитивний, але слабший, порівняно із попередніми формами втручань ефект, утім лише у дітей дещо старшого віку (з 9-10 років); і цей ефект утримується лише за умови одночасного навчання батьків/учителів надавати щоденну підтримку дитині в застосуванні вивчених технік та підходів. Тому даний метод втручання є радше додатковим, аніж основним методом допомоги.

Згідно з сучасним європейським протоколом (Taylor et al., 2004) психоедукація та навчання методів поведінкової терапії батьків та педагогів є основною формою допомоги як у дошкільному, так і в шкільному віці. Психофармакотерапія є також базовим втручанням і застосовується у дітей із

важкими формами гіперкінетичних розладів в шкільному віці (йдеться про наявність виражених, першазначних симптомів розладу, які суттєво порушують функціонування дитини – у цих випадках рекомендується починати з психофармакотерапії і при її недостатній ефективності додавати поведінкову терапію), або при легших формах гіперкінетичних розладів у школярів після застосування поведінкової терапії, якщо з її допомогою не вдалося достатньою мірою досягти важливих для розвитку і прогнозу дитини терапевтичних результатів. У виборі методів втручання (зокрема між поведінковою терапією, психофармакотерапією чи їх поєднанням) важливу роль відіграють не лише «протокольні» рекомендації, але й думка батьків, їхня готовність і відкритість до застосування того чи іншого методу. Щодо дітей із гіперкінетичними розладами у дошкільному віці – то тут психофармакотерапія може мати місце лише у виняткових випадках, коли при повному застосуванні пакету поведінкових втручання залишаються значні порушення поведінки, які суттєво порушують функціонування дитини. Когнітивна психотерапія та тренінг соціальних навичок є допоміжними втручаннями і можуть бути доцільними у групі дітей шкільного віку та підлітків. Перераховані терапевтичні втручання становлять основу мультимодальної терапії при гіперкінетичних розладах.

Європейський протокол терапії гіперкінетичних розладів (Taylor et al., 2004)

Дошкільний вік:

1. Починати з поведінкової терапії
2. Додати фармакотерапію лише при недостатній ефективності поведінкової при наявності серйозних порушень функціонування дитини в основних сферах життя.

Шкільний вік:

- Легкі форми – починати з поведінкової терапії (вдома і в школі), додати фармакотерапію при недостатній ефективності попередніх втручання
- Важкі форми – починати з психофармакотерапії, при недостатній ефективності/супутніх розладах – додати поведінкову терапію.

З огляду на те, що гіперкінетичні розлади є хронічним розладом із високим показником коморбідностей та значним впливом на психосоціальне середовище дитини, важливо усвідомлювати, що діти з гіперкінетичними розладами у більшості випадків потребують саме мультимодальної програми допомоги, яка впливала б на усі аспекти біо-психо-соціального ланцюжка факторів. Психофармакотерапія, попри те, що вона є найбільш ефективним методом щодо редукції симптомів гіперкінетичних розладів, не може бути єдиним методом допомоги. Дані останнього великого дослідження, проведеного Національним інститутом психічного здоров'я США (MTA Cooperative Group, 1999, 2004), у якому порівнювалася ефективність поведінкової, медикаментозної та комбінованої терапії показали, що ізольоване застосування психофармакотерапії дає значно більший ефект, аніж застосування поведінкової терапії щодо редукції симптомів гіперкінетичних розладів – і цього можна було очікувати, виходячи з сучасного розуміння етіології та патогенезу розладу. Адже медикаментозна терапія на пряму впливає на причину розладу, а тому зменшує симптоми гіперкінетичних розладів, тоді як поведінкова терапія радше контролює прояви симптомів і націлена на зменшення спричинених ними функціональних

порушень. Вона є свого роду «компенсуючою» терапією і не стільки зменшує симптоми розладу, як попереджає їхній можливий негативний вплив на функціонування дитини в основних сферах життя. Вищезгадане дослідження показало також, що поєднання медикаментозної та поведінкової терапії дає доволі незначну додаткову редукцію симптомів гіперкінетичних розладів у порівнянні до ізольованого застосування фармакотерапії – і це також можна зрозуміти з огляду на нейропсихіатричну природу розладу. Втім за даними даного дослідження комбінована форма терапії є більш ефективною, ніж застосування виключно психофармакотерапії щодо покращення рівня функціонування сім'ї, а також щодо впливу на коморбідні розлади. Попри те, що результати даного дослідження викликали певні сумніви щодо того, наскільки важливим і доцільним є застосування поведінкової терапії в усіх випадках гіперкінетичних розладів, власне у відповідь на ці сумніви провідні фахівці у даній сфері виступили на захист важливості пакету психосоціальних втручань (див. Barkley, 2006, с. 454-460). Цінність цих втручань полягає насамперед у тому, що вони дають результат, якого не можна вповні очікувати від медикаментозної терапії: вони збільшують розуміння батьками особливостей своєї дитини, допомагають їм покращити стосунки з дитиною, виробити ефективні стратегії виховання та керівництва поведінкою дитини. Відповідно, це веде до зменшення сімейного стресу, рівня конфліктів, покращує самооцінку батьків, функціонування та емоційну атмосферу в родині. Відповідно, це веде також і до покращення емоційного самопочуття дитини та її самооцінки. Те саме стосується і застосування поведінкової терапії в школі педагогами.

Особливою цінністю психосоціальних втручань є саме зміцнення сім'ї як основного ресурсу дитини. А з огляду на очікувану кількість стресів та випробувань як для сім'ї, так і для дитини навряд чи може виникнути сумнів у важливості цих втручань, їх особливій підтримуючій та превентивній силі. Гіперкінетичний розлад є розладом, основні причини якого є біологічними, але основні прогностичні фактори – психосоціальні. Отож, якщо медикаментозна терапія діє на біологічні фактори, а тому є такою ефективною щодо редукції симптомів, то психосоціальні втручання діють на прогностичні фактори, а тому є такими важливими щодо впливу на прогноз розвитку дитини. Одним із основних завдань психосоціальних втручань є саме забезпечення супроводу сім'ї та дитини в процесі вікового розвитку останньої.

Іншою цінністю психосоціальних втручань є їхній вплив на коморбідні розлади (зокрема опозиційно-викличний розлад поведінки та власне розлад поведінки) – власне психосоціальні втручання є основою терапії цих розладів. Пригадаймо, що коморбідність гіперкінетичних розладів і поведінкових розладів є дуже високою (40-60%). У розвитку цих коморбідних розладів «на ґрунті гіперкінетичних розладів» основну роль відіграють власне психосоціальні фактори (психопатологія батьків, негативні методи виховання, негативні взаємини між батьками та дитиною, несприятливе середовище ровесників). Тому психосоціальні втручання, навіть у випадку «чистого» гіперкінетичного розладу, мають важливу роль щодо терапії і, що особливо важливо,

попередження розвитку вторинних поведінкових розладів. Цінність поведінкової терапії є також у тому, що вона вчить батьків керувати поведінкою своєї дитини (те саме стосується і педагогів щодо учнів з гіперкінетичними розладами). Це важливе завдання, адже до дітей з гіперкінетичними розладами потрібен дещо особливий підхід і те, що діє на «звичайних» дітей, на них може діяти не до кінця. Навіть у випадку прийому медикаментів дитина не постійно їх прийматиме; їхня дія не завжди є «24 години на добу» і не завжди на 100% зменшує симптоматику розладу. Отож, уміти керувати поведінкою своєї дитини, зменшувати її негативні наслідки є важливим завданням для батьків. Варто також пам'ятати, що значна частина батьків роблять вибір розпочати з поведінкової терапії, як з більш безпечної і лише при її недостатній ефективності погоджуються додати медикаменти. Частина батьків має сильне упередження до психофармакотерапії загалом, яке не завжди можливо подолати методами психоедукації. У тих випадках поведінкова терапія є єдиним методом допомоги. Так само медикаментозна терапія не усім батькам є доступна фінансово, отож не кожна дитина зможе її отримати власне з фінансових причин. Тому в клінічній практиці існує питання не так протиставлення одного методу допомоги іншому, як їхнього мудрого поєднання у кожному конкретному випадку.

Важливо пам'ятати, що терапевтична програма не вичерпується лише цими, специфічними щодо гіперкінетичних розладів втручаннями – поведінковою та психофармакотерапією, а має бути індивідуалізована щодо кожного випадку і має відповідати на виявлені в ході діагностичного процесу проблеми. Відповідно до наявності коморбідних розладів чи вторинних проблем у дитини чи її сім'ї може бути надзвичайно важливим і ряд інших втручань: педагогічних (з огляду на можливу наявність специфічних розладів шкільних навичок і академічних проблем), психофармакотерапевтичних (з метою терапії коморбідних розладів), психотерапевтичних (для дитини при низькій самооцінці, наявності коморбідних тривожних розладів, депресії; для батьків та сім'ї у випадку наявності проблем із психічним здоров'ям у когось із батьків чи значної дисфункції в родині), соціальних (наприклад, залучення дитини в здорове соціальне середовище ровесників, групи взаємопідтримки для батьків, захист дитини від насильства в родині і т.п.) та ін. У кожному випадку з огляду на пріоритетність проблем важливо також і організовувати в часі послідовність терапевтичних втручань та оцінювати реальність їхнього втілення.

Проведення терапевтичних втручань вимагає регулярного аналізу їх ефективності. Це може здійснюватися як за допомогою безпосереднього спілкування з батьками та дитиною, так і за допомогою повторного заповнення опитувальників, аналізу змін в академічній успішності, основних сферах функціонування дитини та ін. Моніторинг ефективності надзвичайно важливий, бо відсутність позитивного ефекту звичайно вказує на наявність невиявлених і не взятих до уваги супутніх проблем та розладів у дитини або ж у соціальному середовищі. Іншою причиною неефективних втручань є діагностичні помилки, невірне застосування методів терапії, порушення співпраці з батьками та ін. У кожному індивідуальному випадку важливо «тримати руку на пульсі»

і відповідно реагувати модифікацією терапевтичної програми. Втім, і при позитивному результаті важливо продовжувати супровід сім'ї та дитини, бо з кожним новим віковим періодом, етапом життя можуть з'явитися нові випробування, які вимагатимуть нових форм допомоги.

▪ Сімейно-центровані психосоціальні втручання

Основним терапевтичним втручанням для дітей із гіперкінетичними розладами є допомога їхнім батькам у оволодінні специфічними щодо нейропсихологічних особливостей дитини стратегіями виховання та поведінкового керівництва. Основним форматом допомоги сім'ї є індивідуальне або групове консультування батьків. Звичайно воно реалізується фахівцем психологом/психотерапевтом, що має освіту в когнітивно-поведінковій та сімейній психотерапії. Існує велика кількість детально розроблених програм поведінкового керівництва для батьків дітей з гіперкінетичними розладами (для прикладу див., Bloomquist, 1996; Barkley, 1997; Романчук, 2008). Усі ці програми об'єднані загальними патогенетичними принципами:

1. Дитина з гіперкінетичним розладом має розлад самоконтролю поведінки – тому вона потребує значно більшою мірою, ніж ровесники, зовнішнього контролю та керівництва її поведінкою.
2. Поведінка дітей із гіперкінетичними розладами визначається факторами зовнішнього середовища значно сильніше, ніж внутрішніми правилами, директивами і т.д. – а тому перший спосіб впливу на поведінку дитини з гіперкінетичним розладом – це відповідна організація зовнішнього середовища.
3. Дитина з гіперкінетичним розладом має труднощі з тим, щоби самотійно, «ізсередини» давати собі вказівки, нагадувати правила, передбачати віддалені наслідки своїх дій, а тому вона потребує системи частих, чітких і «видимих» зовнішніх скерувань/нагадувань. З огляду на те, що у дітей із гіперкінетичними розладами існує дефіцит внутрішньої мови та внутрішнього самокерування – роль батьків полягає у тому, щоби бути системою зовнішніх указівок, нагадувань і т.п., з метою компенсувати таким чином відсутність внутрішніх інструкцій. Одне з головних завдань батьків – допомогти дітям навчитися «думати вголос, думати наперед» – щоби з часом цей зовнішній голос міг перетворитися у внутрішню мову.
4. З огляду на те, що поведінку дитини з гіперкінетичним розладом контролюють негайні, а не віддалені наслідки, батьки повинні створити систему поведінкового керівництва, яка забезпечує заохочення бажаної поведінки дитини негайними, частими, ефективними заохоченнями, а проблемну поведінку – такими ж негативними наслідками.

5. Діти з гіперкінетичним розладом потребують не тільки заохочення бажаної поведінки, дуже часто вони потребують навчання бажаної поведінки та важливих життєвих навичок.

Наукове обґрунтування важливості вищезгаданих підходів влучно окреслюють слова Barkley (1996, с. 404): «Протягом останніх років наша концептуалізація ГРДУ змінилася від розладу уваги до розладу насамперед мотивації. Саме таке розуміння природи розладу є теоретичним підґрунтям навчання батьків специфічних методів поведінкового керівництва, які уможливають компенсацію мотиваційного дефіциту дитини з ГРДУ шляхом застосування додаткових зовнішніх систем мотивації. Систематичне застосування таких методів може не тільки зменшити прояви проблемної поведінки дитини, але й мотивувати її робити щось насправді важливе, до чого просто так вона не має достатнього бажання. Але для того щоб адекватно застосовувати ці принципи, батьки повинні добре розуміти сучасну концепцію ГРДУ, те, як цей розлад визначає особливості поведінки дитини. А це веде нас до усвідомлення, наскільки важливою є психоедукація батьків. І наостанок, багато батьків можуть переживати негативні почуття з огляду на існуючі проблеми і бути демотивованими до застосування принципів поведінкового керівництва. А тому надзвичайно важливим може бути консультування батьків із застосуванням технік когнітивної психотерапії, щоби допомогти їм змінити патологічні переконання та спотворені сприйняття себе та дитини, які власне і є, на нашу думку, основною причиною почуттів відчаю, розчарування та демотивованості».

Окрім поведінкового керівництва, для частини сімей можуть бути важливими додаткові заходи: індивідуальна чи сімейна психотерапія, консультація соціального працівника, відеотренінг спілкування та ін. Важливим джерелом підтримки для батьків може бути спілкування з іншими батьками дітей із гіперкінетичними розладами в контексті руху взаємопідтримки «Батьки для батьків» і завдання фахівців полягає у сприянні поширенню і розвитку цього руху.

Рядом ґрунтовних наукових досліджень (Barkley, 1996, 2006) доведено позитивний ефект застосування принципів поведінкового керівництва батьками дітей з гіперкінетичними розладами – суттєве покращення поведінки дитини, підвищення рівня її функціонування, зміна у позитивний бік самооцінки як у дітей, так і у батьків, зменшення ризику розвитку вторинних проблем.

■ **Допомога дітям з гіперкінетичними розладами в закладах системи освіти**

Школа після сім'ї є, безумовно, другим основним середовищем дитини і її вплив на дитину та її розвиток дуже значний. Гіперкінетичний розлад з-поміж усіх поведінкових та емоційних розладів у дітей, мабуть, найбільше позначається на функціонуванні дитини в школі, можна сказати, що симптоми цього розладу найвиразніше проявляються саме у школі. За відсутності належного розуміння і допомоги академічні, поведінкові та соціальні проблеми дитини з

гіперкінетичним розладом можуть швидко прогресувати і з часом призводити до серйозних вторинних наслідків – соціальної ізоляції, недостатнього обсягу засвоєння навчальної програми, заниженої самооцінки і т.п. Із іншого боку, підтримка вчителів та однокласників може стати могутнім ресурсом допомоги дитині та її рідним у подоланні проблем та позитивному розвитку.

Тому для вчителів, які мають у класі дітей із гіперкінетичними розладами, дуже важливим є їхнє розуміння природи розладу та особливостей цих дітей, а також уміння застосовувати принципи та методи поведінкового керівництва. Щодо цього на основі патогенетичної концепції розладу розроблені конкретні принципи та «техніки» навчання і виховання дітей із гіперкінетичними розладами в школі/дошкільних закладах (DuPaul, 2003; Pfiffner, 1996; Rief, 2005; Barkley, 1996, 2006; детальний огляд принципів див. у Романчук, 2008). Знання цих технік і методик є дуже важливим, втім важливо також усвідомлювати, що особистість учителя та характер його стосунків із дитиною є основою педагогічного впливу. Іноді саме учитель може стати тією визначальною людиною у долі дитини, яка допоможе їй вийти на добру дорогу розвитку та самореалізації.

Учителі потребують тісної співпраці з батьками та встановлення стратегічного партнерства з ними з метою допомоги дітям із гіперкінетичними розладами у подоланні специфічних академічних, поведінкових та соціальних труднощів.

Роль учителів є визначальною у ранньому виявленні гіперкінетичними розладами та скеруванні батьків і дитини на спеціалізовані програми допомоги (міні-клініки/кабінети гіперкінетичних розладів). Важливим є партнерство та узгоджена співпраця між фахівцями цих програм, батьками та педагогами. Особлива роль у цьому належить також дошкільним і шкільним психологам.

У вихованні дітей із гіперкінетичними розладами педагогам необхідно цілісно підходити до розвитку дитини і сприяти виявленню усіх його компонентів – академічної успішності, соціальної компетентності, самоконтролю, позитивної самооцінки тощо.

Надзвичайно важливим завданням для педагогів є допомога дитині з гіперкінетичним розладом в її інтеграції до колективу ровесників та у її соціальному розвитку, що у випадку позитивної динаміки є передумовою її повноцінної соціальної інтеграції.

Велика частина дітей із гіперкінетичними розладами можуть мати специфічні розлади розвитку шкільних навичок, інтелектуальну недостатність – важливо вчасно їх діагностувати з метою оптимізації навчальної програми для дитини та вибору найбільш сприятливого для розвитку дитини навчального закладу.

▪ Фармакотерапія

Психофармакотерапія при гіперкінетичних розладах є однією із найбільш науково досліджених форм педіатричної фармакотерапії. Усі нижченаведені рекомендації щодо психофармакотерапії подаються на основі затверджених протоколів психофармакотерапії Європейської і Американської асоціацій дитячої та підліткової психіатрії, Американської асоціації педіатрії (див. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder, 2004; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997, 2002, 2007; American Academy of Pediatrics, 2000, 2001). Ці протоколи складені на основі аналізу доказів ефективності тих чи інших препаратів, які застосовуються при лікуванні гіперкінетичних розладів.

На жаль, в Україні принципи доказової медицини лише впроваджуються і більшість медикаментозних препаратів, які застосовуються у вітчизняній практиці при лікуванні дітей із гіперкінетичними розладами (насамперед, це седативні, ноотропні та нейрометаболічні засоби) не мають жодних наукових доказів їх ефективності (принаймні, на них не має жодного посилання в усіх сучасних терапевтичних протоколах та авторитетних підручниках із педіатричної психофармакотерапії (Bezchlibnyk-Butler, 2004; Kutcher, 2002; Green, 2007), які орієнтовані, власне, на принципи доказової медицини). Те саме стосується і конвенційних нейролептиків, які широко застосовуються в Україні притому, що їх узагалі не рекомендовано застосовувати при гіперкінетичних розладах з огляду на спектр їхньої побічної дії: «Ризик, пов'язаний із застосуванням нейролептиків, звичайно значно переважає їхню імовірну користь» (Goldstein, 1998, с. 664).

Психофармакотерапія гіперкінетичних розладів є єдиним методом лікування, який напяму діє на причини розладу і зменшує його симптоми шляхом підвищення концентрації нейромедіаторів норадреналіну та дофаміну в центральній нервовій системі – і відповідно, покращенням функціонування лобної кори та більш ефективним забезпеченням нею виконавчих функцій. Згідно з сучасними даними про етіологію гіперкінетичних розладів не дивно, що докази ефективності мають наразі лише ті препарати, які регулюють активність нейромедіаторів норадреналіну та дофаміну.

Ефективність препаратів проявляється у зменшенні імпульсивності, гіперактивності, кращій концентрації уваги, регуляції емоцій. Спостерігається зниження ознак інших патогенетичних дефіцитів дитини з гіперкінетичним розладом, а також вторинних наслідків розладу в основних сферах життя дитини. Отож, психофармакотерапія сприяє зменшенню поведінкових проблем у сім'ї та школі, покращенню академічної успішності, зменшенню соціальних проблем. Внаслідок цього покращується функціонування дитини (а також підлітків та дорослих з гіперкінетичними розладами) в усіх сферах життя. Очевидно, що, покращуючи виконавчі функції, медикаменти не впливають на середовище, а тому аж ніяк не замінюють необхідних психосоціальних

втручань, особливо у випадках дисфункційності соціального середовища. Тому дуже важливо усвідомлювати, що у випадках, коли показана психофармакотерапія, вона повинна відбуватися лише в контексті необхідної допомоги батькам, специфічних заходів у школі, психоедукації, але в жодному разі не ізольовано як єдиний метод допомоги.

Психофармакотерапія при гіперкінетичних розладах носить замісний характер – вона компенсує знижену концентрацію дофаміну та норадреналіну у нервових синапсах фронтальної кори головного мозку. В цьому плані важливо усвідомлювати, що психофармакотерапія дає ефект лише під час її використання, вона не виліковує, а лише нормалізує (так само, як компенсаторне введення інсуліну при цукровому діабеті не ліквідує хворобу, але нормалізує обмін речовин). Це не означає, що психофармакотерапія повинна бути позитивною, адже є ефект біологічного дозрівання центральної нервової системи, а відповідно, зменшення вираженості симптомів розладу, а також ефект психосоціальних втручань, які можуть нормалізувати поведінку шляхом «адаптації» середовища. Тому доцільність продовження психофармакотерапії необхідно регулярно переглядати шляхом тимчасової відміни препаратів і спостереження за поведінкою дитини у відповідний період. Іноді, попри наявність симптомів гіперкінетичного розладу, обумовлені ними проблеми та порушення функціонування є не настільки значними, щоби приймати рішення про продовження психофармакотерапії. Втім, у частині випадків гіперкінетичних розладів необхідним є тривале, багаторічне проведення фармакотерапії.

Покази до психофармакотерапії при гіперкінетичних розладах

Діагноз гіперкінетичного розладу сам по собі не є показом до психофармакотерапії. Відповідно до сучасних протоколів медикаментозне лікування рекомендується у наступних випадках:

1. У шкільному віці (включаючи і підлітків з гіперкінетичними розладами) психофармакотерапія показана при формах помірного та вираженого ступеню важкості зі значними вторинними порушеннями функціонування – вона може застосовуватися як єдиний метод терапії або ж комбіновано з поведінковою терапією та іншими психосоціальними втручаннями (комбінована терапія особливо важлива у випадках супутньої сімейної дисфункції та наявності коморбідних розладів у дитини), або ж при легких формах після впровадження пакету поведінкових втручань за умови недостатньої ефективності останніх.
2. В цілому психофармакотерапія не показана як стартове втручання у дошкільному віці (3-6 років), за винятком тих випадків, коли вираженість симптомів гіперкінетичних розладів створює серйозні проблеми і перешкоджає нормальному розвитку дитини, її соціальній адаптації і т.д.

Тоді медикаменти застосовуються уже після проведення комплексу психосоціальних втручань, включаючи поведінкову терапію, за умови недостатньої ефективності останніх.

Важливо усвідомлювати, що остаточне рішення про застосування психофармакотерапії приймають батьки. Часто вони можуть відмовлятися, мати упередження щодо останньої. У цих випадках важлива психоедукація батьків, надання їм інформації щодо усіх «за і проти» фармакотерапії. Якщо батьки відмовляються від фармакотерапії попри те, що наявні покази до її призначення, важливо поважати їхнє рішення і запропонувати застосувати насамперед пакет психосоціальних втручань, а тоді за умови, що ефект останніх виявиться недостатнім і у дитини й надалі будуть спостерігатися значні порушення функціонування, за якийсь час повернутися до питання призначення ліків.

Основні препарати для лікування гіперкінетичних розладів

З усіх препаратів, ефективність яких показана в дослідженнях, з огляду на силу ефекту, безпечність, вираженість симптомів побічної дії, усі препарати можна поділити на декілька груп:

1. Препарати першого вибору, які рекомендовані насамперед як найбільш ефективні та безпечні. До них належать психостимулянти та атомоксетин.

2. Препарати другого вибору, ефективність яких є також доволі високою, але не такою, як у препаратів із першої групи, встановлена лише частково, або ж у них дещо менш прийнятний «профіль» симптомів побічної дії. До цієї групи належать насамперед трициклічні антидепресанти (зокрема, іміпрамін), антидепресант велбутрін, агоністи центральних альфа₂-адренорецепторів клонідин та гуанфацин.

3. Препарати третього вибору, ефективність яких встановлена лише частково, перебуває в процесі дослідження або ж профіль побічної дії цих ліків ускладнює безпечне застосування цих препаратів. Ці препарати можуть бути застосовані для лікування гіперкінетичних розладів, що супроводжується певними супутніми розладами, або ж у випадках непереносимості/неефективності препаратів попередніх груп. До препаратів третього вибору відносяться венлафаксин, буспірон, карбамазепін, рісперідон, інгібітори моноамінооксидази та деякі інші препарати. Важливо зазначити, що поширена в Україні практика застосування конвенційних нейролептиків (для прикладу, сонапаксу/рідазіну) у дітей з гіперкінетичними розладами не є підтримана сучасними протоколами терапії, більше того в них вона зазначена, як така що не рекомендується (Barkley, 2006, с. 672).

Сучасні протоколи психофармакотерапії при гіперкінетичних розладах (Pliszka et al, 2006; AACAP, 2007) включають лише препарати першого та другого вибору. Згідно з протоколом варто розпочинати з психостимулянтів як препаратів, які є найбільш ефективними на сьогодні (ступінь ефективності – зменшення симптомів гіперкінетичного розладу на 90%; відсоток дітей, чутливих до терапевтичної дії психостимулянтів – 70% на метилфенідат, 70% до амфетамінів, і до 85% при

почерговій пробі обидвох). Отож, на першій стадії фармакотерапії рекомендують розпочинати з метилфенідату або з амфетаміну, при неефективності одного з них на другій стадії випробувати той психостимулянт, який не пробували на початку. При неефективності обох психостимулянтів на третій стадії пропонується застосування атомоксетину (60% редукції симптомів гіперкінетичного розладу, відсоток дітей, чутливих до терапевтичної дії теж 60%; із тих дітей, що не реагують на психостимулянти – 40% від загальної кількості дають позитивний результат на атомоксетин). Як буде представлено нижче у розділі про атомоксетин, цей препарат у багатьох випадках може застосовуватися і як стартовий – зокрема, при супутніх тіках, тривожних розладах, ризикові зловживання психостимулянтами та ін.

При частковому ефекті стимулянтів/атомоксетину як стадія 3А пропонується комбіноване застосування цих препаратів, хоча наразі така практика є малопоширеною і існує недостатньо обґрунтованих даних про її безпечність та ефективність.

При неефективності ж обох груп препаратів першого вибору пропонується перехід на четверту стадію, на якій рекомендується застосувати один із антидепресантів – або з групи трициклічних (для прикладу, іміпрамін), або велбутрін. При недостатньому чи відсутньому ефекті на 5 стадії пропонується увести той із антидепресантів, який не застосовувався на 4 стадії. І при неефективності цих стратегій на шостій стадії пропонується застосування альфа-агоністів (клонідин або гуанфацин). Першовибір антидепресантів перед альфа-агоністами пов'язаний з їхньою дещо вищою ефективністю (70% редукції симптомів гіперкінетичного розладу у порівнянні до 50% у альфа-агоністів). Втім, у клінічних ситуаціях, на думку автора, альфа-агоністи (зокрема гуанфацин) можуть бути застосовані ще перед антидепресантами з огляду на їхню більшу безпечність (трицикліки мають ризик кардіотоксичності, а велбутрін, на жаль, в Україні доступний лише у формах, які дозволяють його застосування у дорослих, але унеможливають підбір необхідних доз для дітей) і більш сприятливий профіль симптомів побічної дії, а також і з огляду на їхню можливу ефективність щодо коморбідних розладів (зокрема альфа-агоністи ефективні щодо тіків, тривожних розладів, агресивної поведінки). При неефективності усіх препаратів першого та другого вибору рекомендується провести клінічний консилиум з метою прийняття рішення про вибір стратегії подальшого лікування.

Протокол психофармакотерапії при гіперкінетичних розладах (за Pliszka et al, 2006):

1-а стадія: психостимулянти – метилфенідат або амфетаміни

2-а стадія: той із психостимулянтів, який не застосовувався на 1-ій стадії

3-я стадія: атомоксетин

3А стадія: атомоксетин + психостимулянти

4-а стадія: трициклічні антидепресанти або велбутрін

5-а стадія: той антидепресант, що не був використаний на 4-ій стадії

6-а стадія: альфа-агоністи (клонідин або гуанфацин)

Психостимулянти

Психостимулянти є препаратами першого вибору при лікуванні гіперкінетичних розладів і уже шість десятиліть ефективно застосовуються за кордоном для лікування цього розладу. Понад 200 досліджень однозначно підтвердили їхню безпечність та ефективність у зменшенні симптомів гіперкінетичних розладів (див. огляд у Taylor et al, 2004; Kutcher, 2002). За кордоном це найбільш уживані у дитячій психіатрії медикаменти. За розрахунками щорічно близько 1.5 млн дітей загалом, 2.8% дітей віком від 5 до 12 років приймають психостимулянти (Barkley, 2006, с. 608). В Україні психостимулянти з'явилися лише у 2008 році - метилфенідат у формі сповільненого вивільнення – Concerta.

Механізм дії психостимулянтів полягає у блокуванні зворотнього захоплення катехоламінів пресинаптичними нервовими закінченнями (шляхом блокування білка-транспортера) і, відповідно, їх розщеплення моноамінооксидазою. Внаслідок цього підвищується концентрація як норадреналіну, так і дофаміну в синаптичній щілині. Окрім того, один з підвидів психостимулянтів – амфетаміни – стимулюють вивільнення дофаміну з пресинаптичних везикул, у такий спосіб додатково збільшуючи концентрацію останнього у синаптичній щілині. Такий дещо відмінний механізм дії підвидів психостимулянтів пояснює той факт, що у випадках резистентності до одного підкласу можлива терапевтична реакція на інший підклас. Саме тому рекомендовано при неефективності метилфенідату або амфетамінів, перш ніж переходити на інший клас ліків, спробувати той із психостимулянтів, що не використовувався попередньо.

За фармакокінетичними властивостями більшість психостимулянтів є ліками, які швидко адсорбуються і уже через 20-30 хвилин настає їхня дія з піком ефекту протягом 1-2 годин від моменту прийому та припиненням дії через 3-4 години. Такі фармакокінетичні властивості обумовлювали необхідність дво-трикратного прийому на день, що створювало значні незручності – адже забезпечити прийом препарату дитиною в школі може бути складно не тільки організаційно, але й дає певні підстави до стигматизації дітей, а відповідно їхньої відмови приймати ліки. Саме такі труднощі обумовили появу сучасних препаратів тривалої дії, які дозволяють однократний прийом препарату зранку. На даний момент застосування тривало діючих препаратів стало стандартом фармакотерапії гіперкінетичних розладів. До таких препаратів належить зокрема і Concerta, яка містить метилфенідат і яка за допомогою спеціального механізму осмотичного вивільнення забезпечує рівномірну концентрацію метилфенідату у плазмі протягом 12 годин. Це дозволяє ефективно контролювати симптоми гіперкінетичних розладів як під час навчання у школі, так і у вечірній час вдома. Рівномірність концентрації запобігає можливим «стрибкам» концентрації метилфенідату у плазмі, яка часто має місце при прийомі форм короткотривалої дії, і з якими пов'язані відповідні коливання симптомів ГРДУ протягом дня. Поступове, плавне вивільнення метилфенідату зменшує також прояв симптомів побічної дії і в цілому при застосуванні препаратів довготривалої дії переносимість психостимулянтів є кращою –

лише 1% дітей, що приймали цей препарат, перестали приймати його з огляду на симптоми побічної дії (порівняно до 3% у дітей, що приймали форми швидкої дії). Розроблена також форма сповільненого вивільнення для підвиду амфетамінів – Adderall XR.

Те, що безпосередня фармакодинамічна дія психостимулянтів напряму пов'язана з корекцією обміну дофаміну та норадреналіну в головному мозку, порушення якого є доведеним патогенетичним фактором у походженні симптомів гіперкінетичних розладів, пояснює високу ефективність цих препаратів. Тому на даний момент психостимулянти є найефективнішим методом терапії гіперкінетичних розладів, який дає значиму редукцію симптоматики розладу (до 90%). Дослідження показали (див. огляд у Barkley, 2006, с. 615-617), що психостимулянти дають наступний терапевтичний ефект:

- Вони зменшують симптоми гіперкінетичних розладів (імпульсивність, неуважність, гіперактивність), що веде до покращення поведінки дитини як удома, так і в школі.
- Як наслідок – покращується взаємодія між батьками та дитиною, зменшується рівень конфліктів, опозиційної поведінки.
- Покращується поведінка дитини у школі, зменшуються академічні проблеми, пов'язані з неуважністю, підвищується академічна продуктивність.
- Зменшення симптомів ГРДУ веде також до покращення якості соціальної взаємодії дитини з ровесниками, батьками та учителями.

Психостимулянти дають також виражений ефект щодо зменшення імпульсивної агресії у дітей з гіперкінетичними розладами, їхньої схильності до емоційних «вибухів». Як наслідок цього зменшується частота конфліктів між дітьми та їхнім соціальним оточенням.

Важливо також зазначити, що ефективність психостимулянтів доведена не лише в групі дітей шкільного віку, але й серед підлітків та дорослих з гіперкінетичними розладами. Психостимулянти також ефективні у дошкільному віці (3-6 років), але чутливість дошкільнят до терапевтичної дії психостимулянтів є дещо нижчою, симптоми побічної дії трапляються дещо частіше. Терапевтична доза часто є значно нижчою, ніж для школярів (0.25-0.7 мг/кг/добу для дошкільнят у порівнянні з 0.5-2 мг/кг/добу для школярів). Психостимулянти ефективні також щодо симптомів гіперкінетичних розладів у дітей з інтелектуальною недостатністю легкого ступеня. При більш виражених ступенях розумової відсталості вони мало ефективні і можуть навпаки, посилювати дезорганізацію поведінки. Так само нижчу ефективність і більшу частоту побічної дії мають психостимулянти у дітей з розладами спектру аутизму. Тому призначення психостимулянтів останній групі повинно бути дуже обережним. У дітей та підлітків із психотичними розладами, а також біполярним розладом психостимулянти можуть спровокувати психотичний епізод/ епізод манії – тому для дітей цієї групи вони протипоказані. У дітей та підлітків з коморбідним гіперкінетичними розладами та біполярним розладом призначення психостимулянтів можливе

лише після медикаментозної стабілізації біполярного розладу на препаратах нормотимної дії (вальпроати, літій, карбамазепін, атипіві нейролептики та ін.).

Попри те, що психостимулянти є безпечними та ефективними ліками, довкола них існує багато міфів і контраверсійних поглядів.

Основні міфи про психостимулянти:

Психостимулянти є наркотиками, викликають у дитини «наркотичний» стан, призводять до узалежнення. Насправді психостимулянти можуть бути використані підлітками та дорослими у високих дозах (у таких, що в декілька разів перевищують терапевтичні для дітей) з метою досягнення стану «ейфорії». Втім, дітям для лікування гіперкінетичних розладів призначають невеликі дози, які не приводять до такого стану. Лише у незначній частині дітей при застосуванні більш високих доз може спостерігатися ейфоричний стан, але це є рідкістю і корегується зниженням дози. Щодо того, що діти, які приймають психостимулянти, виростуть «наркоманами», то насправді лонгітудинальні дослідження показали (див. огляд у Taylor et al, 2004), що діти, які вживали психостимулянти у дитинстві, мають менший ступінь ризику розвитку вживання психоактивних речовин у підлітковому та дорослому віці, ніж діти з гіперкінетичними розладами, що не вживали психостимулянтів.

Психостимулянти є небезпечними ліками. В цілому психостимулянти є доволі безпечними медикаментами. Можлива побічна дія психостимулянтів проявляється «доброякісними», переважно дозозалежними симптомами (порушення сну, апетиту та ін.), які не становлять загрози ані життю дитини, ані її розвитку чи здоров'ю. Ті психостимулянти, які мають ризик більш серйозних ускладнень (з пемоліном пов'язаний ризик гепатонекрозу) на даний момент не застосовуються в практиці і вилучені з ринку. Психостимулянти (зокрема амфетаміни) можуть призвести до ускладнень у пацієнтів зі структурними серцевими вадами, тому серцеві захворювання є протипоказом до застосування психостимулянтів. Щодо здорових дітей та підлітків психостимулянти не шкодять їхній серцево-судинній системі.

Побічна дія психостимулянтів переважає користь від їхнього застосування. Насамперед, важливо зазначити, що будь-які ліки у деяких дітей можуть супроводжуватися побічними симптомами. Якщо вони виражені, спричиняють значний дискомфорт, який не можна зменшити (наприклад, шляхом корекції дози), то медикамент відміняється. Втім, при застосуванні психостимулянтів повна непереносимість зустрічається дуже рідко (1-3%). А більшість симптомів побічної дії корегується шляхом підбору оптимальної дози. Ризик виникнення побічної дії вищий у дітей, які мають протипокази до призначення психостимулянтів – а тому, призначаючи ці ліки, необхідно враховувати всі ці фактори, як і здійснювати ретельний моніторинг можливих симптомів побічної дії та застосовувати методи їхньої корекції.

Психостимулянти призводять до порушення фізичного розвитку (ріст, вага). Насправді тривале застосування може дещо сповільнювати ріст дитини під час прийому ліків, але у цілому дослідження показали (див. огляд у Kutcher, 2002), що вплив психостимулянтів на ріст дитини в дорослому віці є дуже незначним, а в тих дітей, де відставання більш виражене, необхідно це виявляти в процесі моніторингу і тоді робити «медикаментозні канікули» чи переходити на інший препарат.

«Психостимулянти не вирішують проблем дитини, треба її правильно виховувати, а не ліки давати». Насправді застосування психостимулянтів ніколи не повинно бути ізольованим втручанням для дітей із гіперкінетичними розладами і визнання їхньої необхідності в окремих випадках аж ніяк не знецінює важливості психосоціальних заходів. Застосування психостимулянтів є доповненням до психосоціальних програм допомоги, коли значна вираженість симптомів гіперкінетичних розладів не дозволяє достатньою мірою зменшити проблеми дитини у різних сферах життя, а тому опиняється під загрозою її академічне, соціальне функціонування і т.д.

Основні симптоми побічної дії психостимулянтів – це зниження апетиту (тому рекомендується приймати їх після їжі для мінімізації цього ефекту), відчуття нудоти та болю в животі, дратівливості та порушення сну у формі труднощів із засинанням (відповідно рекомендують останню дозу для препаратів короткотривалої дії давати не пізніше 14:00-15:00). Більш рідкісні симптоми побічної дії – виражена тривога, неспокій, ейфорія, депресивний настрій, емоційна загальмованість (стан «зомбі») – можуть бути причиною відміни психостимулянтів (в клінічній практиці це має місце дуже рідко – у 1-3% дітей). При чому з відміною психостимулянтів ці симптоми повністю зникають. При довготривалому застосуванні психостимулянти можуть незначно сповільнювати ріст та набуття маси тіла – тому при тривалому прийомі необхідний моніторинг росту та ваги.

Застосування психостимулянтів може супроводжуватися незначним підвищенням пульсу та артеріального тиску. Як уже згадувалося, протипоказом до застосування цих ліків є захворювання

серцево-судинної системи. Так само умовним протипоказом є застосування психостимулянтів у дітей із вираженими тіками та синдромом Жілля де ля Туретта (або з генетичною схильністю до цього розладу) – у 30% з них психостимулянти можуть сприяти посиленню тіків. Описані рідкісні (до 1%) побічні реакції при застосуванні високих доз у формі психотичних реакцій, що повністю минали при відміні препарату. Єдиний психостимулянт, який має ризик гепатотоксичності у дітей – це Remoline, у зв'язку з цим на даний момент він вилучений з ринку. Психостимулянти протипоказані при алергії до цих препаратів, а також для осіб, що приймали протягом останніх 14 днів інгібітори MAO, а також для осіб з глаукомою.

Позитивний ефект психостимулянтів має місце у 85% дітей із гіперкінетичними розладами при пробі двох психостимулянтів, окремо на метилфенідат/амфетаміни ефект присутній у 70% дітей. При неефективності одного психостимулянта рекомендовано перейти на інший. І лише при двох неефективних спробах – на препарат із іншої групи. Відмінити психостимулянти після тривалого застосування необхідно шляхом поступового зниження дози з огляду на можливу реакцію відміни у формі безсоння, дисфорії та посилення симптомів гіперкінетичних розладів.

Дозування психостимулянтів:

Хімічна назва	Methylphenidate	Dexmethylphenidate	Dextroamphetamine
Торгова назва	Ritalin Metadate Concerta	Focalin	Adderall Dexedrine
Форма випуску (таблетки, мг)	Ritalin: 5, 10, 20 Concerta: 18, 27, 36, 54	2.5, 5, 10	5, 10, 15, 20
Схема призначення	Для дітей від 6 років: почати з 5 мг один або два рази на день (вранці та в обід) і збільшувати дозу на 5-10 мг на тиждень до досягнення бажаного клінічного ефекту/ гранично допустимої дози. Звичайно оптимальна разова доза в межах 0.3-0.7 мг/кг, добова 0.5-2 мг/кг/добу в два-три прийоми. Максимальна доза до 60 мг. Для дітей віком 3-6 років початкова доза і доза для титрування 2.5 мг (середня добова 0.5 мг/кг/добу). Для препарату Concerta прийом 1 раз на день зранку – починати з дози 18 мг, тоді, при недостатньому ефекті, поступово переходити на 27, 36, 54 мг. Перехід на вищу дозу через 7 днів прийому попередньої дози при недостатньому клінічному ефекті. Препарат Concerta застосовується у дітей від 6 років.		
Терапевтична доза	звичайно в межах 5-40 мг на день (0.25-1.0-2 мг/кг/добу у два – три прийоми. Рідко є необхідність доз до 60 мг на добу.	в межах 5-20 мг на добу.	в межах 5-25 мг на добу (0.3-1.5 мг/кг/добу в 2-3 прийоми)

При призначенні психостимулянтів важливо попередити батьків та дитину, що підбір дози триватиме близько місяця, і це вимагатиме регулярних щотижневих візитів. Після підбору ефективної дози важливі щомісячні зустрічі для моніторингу ефективності/симптомів побічної дії.

Якщо раніше тенденцією було призначати психостимулянти лише на ті дні, коли дитина в школі, а на вихідні та канікули відмінити препарат, то зараз рекомендується у випадку виражених порушень та поведінкових проблем поза школою продовжувати прийом препарату і на час вихідних, і на час канікул. Щороку важливо переглядати рішення про необхідність подальшого прийому психостимулянтів. Для цього можна відмінити їх на якийсь час і тоді поспостерігати, як дитина функціонує без них. Часом, особливо при важких формах гіперкінетичних розладів, прийом

психостимулянтів може бути показаний упродовж кількох років, включаючи і підлітковий вік, а при виражених труднощах у дорослих – і в дорослому віці.

Відповідно до росту дитини, збільшення маси тіла може бути необхідним регулярне підвищення дози. Розвиток симптомів побічної дії може вимагати спроб їх корегувати. Так, порушення апетиту можна корегувати призначенням симулянтів з їжею, переносом більшої частини денного раціону їжі на вечір, коли дія симулянтів відсутня. Така стратегія посилення вечерь може також попереджати проблеми зі зменшеннями ваги/сповільненням її набуття. Безсоння можна корегувати як більш раннім часом прийняття дози психостимулянтів, так і – при виражених проблемах із засинанням – призначенням на ніч препаратів зі снодійним ефектом – мелатоніну, клонідину/гуанфацину, мітразапіну, протигістамінних препаратів. Якщо при моніторингу росту спостерігається значне відставання, то можна рекомендувати відміну на певний час стимулянтів або ж перехід на препарати з іншої групи. Перехід на препарат іншої групи (зокрема атомoksetин) показаний і при наявності інших виражених симптомів побічної дії, які спричиняють пацієнтові значний дискомфорт і не піддаються корекції шляхом регуляції дози чи іншим способом. Призначення психостимулянтів для дітей із тіками в цілому є протипоказане з огляду на те, що психостимулянти можуть посилювати тіки/провокувати їхню появу у пацієнтів, схильних до них. У цих випадках альтернативою може бути призначення атомoksetину, альфа-агоністів, іміпраміну. В окремих випадках, коли інші препарати неефективні, а застосування психостимулянтів є важливим з огляду на вираженість симптомів гіперкінетичних розладів, тоді можна комбінувати призначення психостимулянтів та альфа-агоністів або ж атипівих нейролептиків. Такої ж обережності слід дотримуватися при застосуванні психостимулянтів у дітей із судомами – вони можуть дещо підвищувати судомний поріг, а тому їх слід призначати лише при забезпеченні контролю над судомами за допомогою антиконвульсантів. Відповідно необхідне більш обережне титрування дози.

При прийомі психостимулянтів інколи спостерігається синдром «віддачі», коли симптоми гіперкінетичного розладу посилюються у вечірній час після того, як концентрація препарату в плазмі падає. У таких випадках можна пробувати корегувати режим дозування, а якщо синдром відміни особливо виражений, переходити на інші препарати (зокрема атомoksetин).

Атомoksetин (Strattera)

Це новітній препарат, розроблений виключно для лікування гіперкінетичних розладів, причому перший препарат, офіційно затверджений для лікування гіперкінетичних розладів не тільки у дітей та підлітків, але й у дорослих. Механізм його дії полягає у блокуванні зворотнього захоплення норадреналіну, він селективно підвищує концентрацію як норадреналіну, так і дофаміну у лобній корі, при цьому не підвищуючи концентрацію останнього у базальних гангліях, з чим пов'язують його здатність не посилювати тіки. На відміну від психостимулянтів атомoksetин не викликає ейфорії, можливість зловживання ним як психоактивною речовиною нульова.

Атомоксетин може бути одномоментно відмінений без поступового зниження дози, оскільки при ньому відсутній синдром відміни. Не описані також психотичні реакції – та й загалом препарат вважається безпечним, він не є кардіотоксичним і в цілому добре переноситься (відміна через побічну дію лише у 2.3% дітей) і має відносно «м'який» спектр симптомів побічної дії (сонливість, відчуття нудоти, тимчасове погіршення апетиту, сухість у роті, головний біль та ін.). При цьому клінічна ефективність цього препарату, як у дітей, так і у дорослих, є доволі високою, хоч і дещо нижчою за ефективність психостимулянтів (60% у порівнянні до 90% зменшення симптомів гіперкінетичних розладів). Втім, за ціною цей препарат дещо дорожчий, ніж психостимулянти. Попри дещо нижчу ефективність, іншим його недоліком у порівнянні до психостимулянтів є те, що ефект від лікування розвивається не відразу, а за декілька днів – тижнів: в цілому повний ефект оцінюється аж по 4-6 тижнях прийому препарату. За фармакокінетичними характеристиками атомоксетин є препаратом тривалої дії, що при одно-дворазовому дозуванні забезпечує його дію «24 години на добу», і це має також важливе клінічне значення – зокрема, при прийомі атомоксетину нема «стрибків» симптомів та різких змін поведінки дитини, які бувають при прийомі психостимулянтів (зокрема з коротким періодом дії) і які пов'язані з тим, що поведінка дитини міняється у відповідності до стрибків концентрації психостимулянтів у крові дитини.

Наведені характеристики атомоксетину відводять йому вагому клінічну роль у лікуванні гіперкінетичних розладів (Banashevski et al, 2006):

1. Атомоксетин показаний як препарат першого вибору, коли є ризик зловживання психостимулянтами (наприклад, у підлітків з гіперкінетичних розладів, які вживають наркотики), за наявності коморбідних тіків, синдрому Жілля де ля Туретта, супутніх тривожних розладів (стимулянти так само можуть посилювати тривогу, натомість атомоксетин має протитривожну дію), порушення сну.

2. Атомоксетин може бути препаратом першого вибору також у тих випадках, коли необхідна дія препарату протягом «24 години на добу» – зокрема при наявності вираженої проблемної поведінки перед сном чи рано-вранці.

3. Атомоксетин може бути також вибраний батьками як препарат першого вибору за умови, що вони з певних причин не бажають, щоб їх дитина приймала психостимулянти чи їм більш прийнятний «профіль побічної дії» препарату у порівнянні до такого психостимулянтів.

4. Атомоксетин може виявитися необхідним як препарат другої лінії у випадках, коли була проба психостимулянтів, але вони виявилися неефективними, або коли наявна виражена побічна дія психостимулянтів, яку не вдається відкорегувати шляхом змін у дозуванні і т.п.

Дозування атомоксетину (Strattera, капсули по 10, 18, 25, 40 і 60 мг): почати з дози 0.5 мг/кг/добу у один або два прийоми (вранці перед виходом до школи і вдруге близько 16:00-18:00), через 4 дні підняти до дози 1 мг/кг, і ще через чотири дні до 1.2 мг/кг/добу, але не більше 100 мг на день. Підвищувати дозу можна і більш плавно – що сім днів. При частковому ефекті за 6

тижнів терапії можна довести дозу до 1.4 мг/кг, але перевищувати цю дозу не рекомендується. Звичайно пропонується одноразовий прийом. Двократний прийом може бути необхідний у випадках появи симптомів побічної дії, такий прийом зумовлює дещо кращу переносимість препарату. Пригадаймо, що, на відміну від психостимулянтів, ефект від застосування атомоксетину розвивається поступово протягом двох-чотирьох тижнів прийому препарату.

При прийомі атомоксетину немає потреби в біохімічному моніторингу. При довготривалому прийомі рекомендується лише стежити за зростом та вагою – двічі на рік, оскільки в окремих дітей можливе незначне відставання (хоча у кількісно великих групах дітей під час досліджень не виявлено суттєвої відмінності у кривих росту та маси тіла). У тих випадках може бути потрібна корекція дози, тимчасова відміна або ж перехід на інші препарати. Прийом атомоксетину може бути пов'язаний із незначними коливаннями артеріального тиску, як у бік зниження, так і підвищення – знову ж таки вони звичайно мінімальні, але у випадку, якщо дитина скаржитися на запаморочення чи хворіє серцево-судинним захворюванням, може виявитися необхідним моніторинг артеріального тиску. Як уже згадувалося, атомоксетин в цілому є безпечним препаратом, у якого відсутній ризик серйозної побічної дії. Єдиним серйозним ускладненням, яке було виявлено за час його застосування – це два випадки токсичного гепатиту (обидва були вилікувані без ускладнень) на 3.7 мільйони пацієнтів, що приймали цей препарат. З обережністю треба призначати атомоксетин пацієнтам, що мають ризик судом, оскільки він може їх спровокувати. Як рідкісна побічна дія можливе також виникнення/загострення агресивної/суїцидальної поведінки (0.44%) – хоч такі випадки також є доволі рідкісними, але ведучи пацієнтів, які приймають атомоксетин, завжди важливо питати про появу цих можливих симптомів побічної дії. Метаболізм атомоксетину пов'язаний із системою цитохрома P450 2D6, у зв'язку з чим ліки, що впливають на цю систему, зокрема інгібітори зворотнього захоплення серотоніну, при одночасному прийомі можуть призводити до підвищення концентрації атомоксетину в крові, а тому необхідне зменшення добової дози останнього.

Трициклічні антидепресанти

З-поміж препаратів цієї групи, що застосовуються для лікування гіперкінетичних розладів за кордоном (desipramine, nortriptyline) в Україні наявний лиш іміпрамін (melipramine, таблетки по 25 мг). Дослідження підтвердили відносно високу ефективність цих препаратів при гіперкінетичних розладах (у до 70% дітей спостерігається значне покращення), яка тільки дещо нижча від ефективності психостимулянтів (див. Goldstein, 1998, с. 501-506). Втім, у порівнянні з останніми більший ефект спостерігається щодо поведінкових, аніж когнітивних симптомів. Тому тривалий час трициклічні антидепресанти були другими в списку після психостимулянтів як препарати, рекомендовані при лікуванні гіперкінетичних розладів. Механізм їхньої дії пов'язаний із блокуванням зворотнього захоплення норадреналіну.

Втім, застосування трициклічних антидепресантів пов'язане з певним ризиком кардіотоксичності та розвитку аритмії, а тому вимагає ретельного ЕКГ-моніторингу як до початку, так і під час проведення терапії. Застосування трицикліків може супроводжуватися ортостатичною гіпотензією та симптомами, обумовленими їхньою холінолітичною дією (сухість у роті, закрепи та ін.). Особливу увагу слід приділяти умовам зберігання трицикліків, оскільки їх передозування смертельне. Ці препарати можуть так само знижувати судомний поріг, а тому наявність епілептичної активності є протипоказом до їх застосування.

Ефект трициклічних антидепресантів розвивається протягом трьох-чотирьох тижнів. З часом можливий розвиток толерантності, що вимагає тимчасових «канікул» і тоді повторного призначення. Трициклічні антидепресанти можуть мати терапевтичний ефект також щодо коморбідних тривожних розладів, тіків, енурезу, розладів сну.

Дозування – двічі на день, початкова доза 12.5 мг на добу, з поступовим підвищенням що чотири-сім днів до дози з розрахунку 1-2 мг/кг/добу (середні дози для молодших школярів – 25-37,5 мг/добу, для старших і підлітків від 25 до 75 мг на добу). Звичайно іде підвищення дози на 25 мг щотижня: перший тиждень 25 мг/добу, тоді другий тиждень – 50, і далі при потребі з розрахунку на масу тіла і відповідно до наявного терапевтичного ефекту. При відсутності ефекту за 3-4 тижні при цій дозі, її можна поступово підвищити під ЕКГ-моніторингом до 3-4 мг/кг/добу. ЕКГ-критерії безпеки: пульс до 130/хв., інтервал PR менше 200мс, QT – менше 460мс, QRS – менше 120 мс.

Велбутрін (бупропіон)

Це новітній антидепресант, що блокує зворотнє захоплення норадреналіну і – меншою мірою – дофаміну. Дослідження (див. Banashevski et al, 2004; Kutcher, 2002, с.242) показали його доволі високу, хоч і дещо нижчу, ніж у психостимулянтів та трициклічних антидепресантів, ефективність при гіперкінетичних розладах (до 68%). Препарат не має кардіотоксичної дії, в цілому є доволі безпечним. Він ефективний також і у підлітків та у дорослих з гіперкінетичними розладами. Застосування цього препарату пов'язане з підвищеним ризиком розвитку судом, а тому протипоказане дітям з органічним ураженням центральної нервової системи, епілептичною активністю. Препарат може посилювати тіки, тому теж є протипоказаний дітям із тіками.

Дозування: старт з дози 1 мг/кг/добу у два-три прийоми. За три дні дозу підняти до 3 мг/кг/добу, і ще за 3 дні до 6 мг/кг/добу.

Агоністи центральних альфа2-адренорецепторів: клонідин та гуанфацин

До цієї групи належать клонідин та гуанфацин – ліки, які звичайно застосовуються для лікування артеріальної гіпертензії, але які знайшли також своє доволі широке застосування у дитячій психіатрії з огляду на їхню ефективність при гіперкінетичних розладах, тіках та відносно «м'якому» профілі побічної дії. Дослідження (див. Kutcher, 2002, с. 245-246) підтверджують їхню ефективність при гіперкінетичних розладах (хоч і дещо меншу, ніж у психостимулянтів – редукція

симптомів в межах 50%, при прийомі психостимулянтів – 70-80%). Причому ефект є більшим щодо поведінкових (гіперактивність та імпульсивність), аніж щодо когнітивних симптомів розладу. Останні дослідження (див. огляд у Banashevski et al, 2004) показали, що гуанфацин у порівнянні з клонідином є більш селективним до центральних альфа2а-адренорецепторів і краще діє на покращення уваги; він є також менш седативним, а тому зараз знаходиться у фокусі новітніх досліджень як одна з можливих альтернатив психостимулянтам у випадках резистентності до них чи непереносимості.

Дозування:

Хімічна назва	Clonidine	Guanfacine
Торгова назва	Клофелін	Естулік
Форма випуску (таблетки, мг)	0.075 і 0.15 мг	1 мг
Схема призначення	Що 5-7 днів збільшувати дозу на пів таблетки (від 0.075 мг) тричі на день (сніданок-обід-вечеря) по схемі: 1-5 день: 0-0-½; 6-11 день: ½-0-½ з 12-го дня: ½-½-½ Ефект розвивається за 4-6 тижнів. При потребі дозу можна поступово підвищувати. При проблемах із засинанням можна додати четверту дозу на ніч.	Старт ¼ т. х 2 рази на день. Що 3-4 дні підвищувати на ¼ т. до досягнення терапевтичної дози. Кратність прийому: 3 рази на добу.
Терапевтична доза	в межах 0.05-0.3 мг на добу (середня доза 0.1-0.2) – з розрахунку 3-5 мкг/кг/добу	в межах 0.5-3 мг на добу – з розрахунку 15-50 мкг/кг/добу: діти масою 27-40 кг: 2 мг на добу; більше 40 кг: 3 мг/добу

Найбільш поширені симптоми побічної дії: седація, незначне зниження артеріального тиску, головний біль, пригнічений настрій. Застосування агоністів альфа2-адренорецепторів вимагає моніторингу пульсу та артеріального тиску. При необхідності відміни важливо поступово знижувати дозу з огляду на ризик виникнення артеріальної гіпертензії при раптовій відміні.

Інші препарати

Існують попередні дані про можливу ефективність ряду інших препаратів при гіперкінетичних розладах (див. Banashevski et al, 2004; Kutcher, 2002, с. 243-247), зокрема модафінілу, венлафаксину, буспірону, інгібіторів MAO, бета-адреноблокаторів, агоністів мускаринових рецепторів, карбамазепіну, рісперідону. Модафініл є новітнім препаратом, розробленим для лікування нарколепсії. Попередні дослідження показали його потенційну високу ефективність щодо гіперкінетичних розладів, але наразі потрібні додаткові дослідження, зокрема щодо його безпечності для дітей. Антидепресант венлафаксин є доволі ефективним щодо гіперкінетичних розладів, але у 25% дітей він посилював симптоми гіперактивності, що змусило відміняти препарат, тому на тепер він виключений із рекомендованих протоколів терапії. Анксиолітик буспірон має, окрім серотонінергічних, також і деяку норадренергічну та дофамінергічну дію; попередні дослідження вказують на його потенційну ефективність при гіперкінетичних розладах з мінімальними ефектами побічної дії. Інгібітори MAO, попри встановлену їхню доволі високу ефективність, є доволі небезпечними у застосуванні через їхню взаємодію з іншими ліками та ризик розвитку гіпертонічного кризу при порушенні досить строгої

при їхньому застосуванні дієти. Бета-блокатори можуть мати певний ефект у зменшенні проблем із агресивною та імпульсивною поведінкою, втім, у дітей їхнє застосування пов'язано також із ризиком побічної дії на серцево-судинну систему. Карбамазепін може бути доцільним у лікуванні випадків гіперкінетичних розладів, коморбідних із педіатричною формою біполярного розладу. Рісперідон може бути показаний при лікуванні форм гіперкінетичних розладів, що супроводжуються вираженою агресивністю, афективною нестабільністю, зокрема у дітей з розумовою відсталістю.

Принципи психофармакотерапії коморбідних розладів.

Оскільки при гіперкінетичних розладах показник коморбідності є доволі високим, то дуже часто при психофармакотерапії треба мати на увазі наявність супутніх розладів та відповідно враховувати їх при виборі препаратів. Нижче в таблиці підсумовані можливості вибору препаратів чи їх комбінацій.

Гіперкінетичний розлад + тіки, синдром Жілля де ля Туретта	Клонідин/гуанфацин Атомоксетин При незначно виражених тіках – психостимулянти + альфа-агоністи При важких формах тіків можна пробувати поєднання нейролептиків та психостимуляторів, але останні титрувати дуже поступово, спостерігаючи, чи не відбувається посилення тіків
Гіперкінетичний розлад + тривожні розлади	Атомоксетин Психостимулянти + SSRI Клонідин/гуанфацин Трициклічні антидепресанти
Гіперкінетичний розлад + депресія	Психостимулянти/атомоксетин + SSRI Велбутрін Трициклічні антидепресанти
Гіперкінетичний розлад + виражена агресивність	Психостимулянти/атомоксетин +: Атипові нейролептики (рісперідон, оланзапін, кветіапін) Депакін Клонідин/гуанфацин Карбамазепін

Звісно, лікування коморбідних розладів далеко не завжди вимагає призначення фармакотерапевтичних засобів – у багатьох випадках варто починати з психотерапевтичних втручань (як-от при депресії та тривожних розладах) і лиш при недостатній ефективності додавати психофармакотерапію.

■ Підсумок

Гіперкінетичний розлад у багатьох аспектах є дуже особливим розладом. Він може бути доброякісною особливістю дитини, але може стати і каталізатором серйозних життєвих проблем. Мало ще при якому розладі дитячої психіатрії так виразно відчувається особлива вага та значення вчасних, ранніх втручань. Компетентна допомога дітям із гіперкінетичними розладами та їхнім родинам вже у ранньому віці може радикально змінити сценарій їхнього життя на краще, попередити розвиток вторинних ускладнень та проблем. Можливо, саме тому останнім часом так

багато уваги у сфері гіперкінетичних розладів зосереджено на проблематиці виявлення розладу у дошкільному віці та наданні ефективної допомоги на цьому віковому етапі.

Втім, Україні тут ще належить пройти довгу дорогу. Загалом рівень освіченості щодо проблеми гіперкінетичних розладів і у громаді, і серед фахівців зокрема залишається дуже низьким. Відповідно низьким є й усвідомлення страждання дітей із цим розладом, труднощів, із якими стикаються їхні родини, та й загалом соціальної значущості цієї проблеми. Не варто говорити і про те, що рівень допомоги дітям із гіперкінетичними розладами в Україні ще дуже далекий до міжнародних стандартів і переважна частина дітей не отримує належної допомоги. Україна потребує національної програми у сфері гіперкінетичних розладів, та й загалом у сфері охорони психічного здоров'я сім'ї та дитини. Недооцінка важливості цієї сфери дорівнює соціальній недалекоглядності. Великі соціальні проблеми українського суспільства – чи то алкоголізм, чи агресивна та антисоціальна поведінка, чи то поширеність психічної патології у дорослому віці, криза сім'ї, криза міжлюдських стосунків – мають свої корені у проблематиці психічного здоров'я дітей та підлітків. Тому й сфера охорони психічного здоров'я сім'ї та дитини потребує великих державних інвестицій, вона повинна бути справді реформованою, оновленою; повинна працювати, опираючись на сучасні принципи сімейно-центрованості, мультидисциплінарного командного підходу, біопсихосоціальної моделі та чіткі етичні засади. Інвестування в сферу охорони психічного здоров'я дітей та підлітків дозволяє попереджати багато психологічних та соціальних проблем дорослого віку – адже, «майбутнє наших суспільств залежить від того, яку увагу ми приділяємо проблемі психічного здоров'я наших дітей сьогодні...»

■ Бібліографія

1. Марценківський І.А., Ткачова О.В. Гіперкінетичний розлад у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку (принципи діагностики та терапії). // Пеіатрія, акушерство та гінекологія: науково-практичний журнал, 2007 – В.421ю - №3.- с. 40-47
2. Марценковский И.А., Ткачова О.В. Гиперкинетическое расстройство у детей: принципы диагностики и терапии. // Терапія: український медичний вісник. - Київ, 2006. –№3.- с. 33-38
3. Романчук О.І. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. Львів, «Крео», 2008
4. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP): Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents and Adults With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry; Volume 36, Supplement 10, 1997; p. 85-121
5. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP): Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry; Volume 36, Supplement 46, 2007; p. 894-921
6. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice Parameter for the Use of Stimulant Medications in the Treatment of Children, Adolescents and Adults. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; Volume 41, Supplement 2, 2002, p. 26-49
7. American Academy of Pediatrics (AAP), Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Treatment of the school-aged child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Pediatrics; 2001, Volume 108, p. 1033-1044
8. American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Diagnosis and evaluation of the child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Pediatrics; 2000, Volume 105, p. 1158–1170
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition, text revision). Washington DC: American Psychiatric Association; 2000

10. Arcia E., Conners C. Gender differences in ADHD. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*; Volume 19, 1998, p. 77–83.
11. Asherson P. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in the post-genomic era. *European Child and Adolescent Psychiatry*; Volume 13, Supplement 1, 2004, p. 50-71
12. Banashevski T., Roessner V., Dittmann R., Janardhanan Santosh P., Rothenberger A. Non-stimulant medication in the treatment of ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry*; Volume 13, Supplement 1, 2004, p. 102-117
13. Banashevski T., Coghill D., Santosh P., Zuddas A., Asherson P., Buitelaar J., Danckaerts M., Dopfner M., Faraone S., Rothenberger A., Sergeant J., Steinhausen H., Sonuga-Barke E., Taylor E. Long-acting medication for the hyperkinetic disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*; Volume 15, 2006, p. 476-495
14. Barkley R., Benton C. ADHD in the classroom. Strategies for teachers. New York: Guilford Press; 1994
15. Barkley R. ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford Press; 1997
16. Barkley R. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 2nd edition. New York: Guilford Press; 1996
17. Barkley R. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. Third edition. New York: Guilford Press; 2006
18. Barkley R. Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training, 2nd edition. New York: Guilford Press; 1997
19. Barkley R. Taking charge of ADHD: The complete authoritative guide for parents. New York: Guilford Press; 1995
20. Bezchlibnyk-Butler K., Virani A. Clinical handbook of psychotropic drugs for children and adolescents. Toronto: Hogrefe and Huber Publishers, 2004
21. Biederman J., Faraone S., Mick E., Williamson S., Wilens T., Spencer T., Weber W., Jettson J., Kraus I., Pert J., Zallen B. Clinical correlates of AD/HD in females: Findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; Volume 38, 1999, p. 966–975.
22. Biederman J., Munir K., Knee D., Habelow W., Armentano M., Autor S., Hoge S., Waternaux C., A family study of patients with attention deficit disorder and controls. *Journal of Psychiatric Research*; Volume 20, 1986, p. 263-274
23. Bloomquist M. Skills training for children with behavioral disorders: A parent and therapist guidebook. New York: Guilford Press; 1996
24. Braswell L., Bloomquist M. Cognitive-behavioral therapy with ADHD children: child, family and school interventions. New York: The Guilford Press; 1991
25. Breen M., Barkley R. Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology*; Volume 13, 1988, p. 265-280
26. Brown T.E. Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.; 2000
27. Cipani E. Helping parents help their kids. California: Brunner and Mazel; 1999
28. DuPaul G.J., & Stoner, G. AD/HD in the schools: Assessment and intervention strategies. New York: Guilford Press; 2003
29. Faraone S., Biederman J., Weber W. Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of ADHD. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*; Volume 37, 1998, p. 185-193
30. Friedberg R.D., McClure J.M. Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts. New York: The Guilford Press; 2002
31. Fuster J.M. The prefrontal cortex: anatomy, physiology, and neuropsychology of the frontal lobe. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997
32. Gaub M., Carlson C. Gender differences in AD/HD: A metaanalysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; Volume 36, 1997, p. 1036–1045.
33. Gillberg C., Gillberg I.C., Rasmussen P., Kadesjo B., Soderstrom H., Rastam M., Johnson M., Rothenberger A., Niklasson L. Co-existing disorders in ADHD – implication for diagnosis and intervention. *European Child and Adolescent Psychiatry*; Volume 13, Supplement 1, 2004, p. 80-93
34. Goldstein S., Goldstein M. Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practioners. 2nd. edition. New York: John Wiley and Sons, Inc.; 1998
35. Graham P. Cognitive behaviour therapy for children and families. Cambridge: Cambridge University Press; 2005
36. Green W. H. Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology. 4th Edition. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2007
37. Greenberg J. Stress management. New York: McGraw-Hill; 1999
38. Hallowell E.M. and Ratey J.J. Driven to distraction: Recognizing and coping with attention deficit disorder from childhood through adulthood. New York: Simon & Schuster; 1995
39. Jensen P., Cooper J. Attention deficit hyperactivity disorder: state of science—best practices. Kingston, NJ: Civic Research Institute; 2002
40. Kassino H., Tafrate R. Anger management: the complete treatment guidebook for practioners. California: Impact Publishers; 2002
41. Kendall P. Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures. New York: The Guilford Press; 2000
42. Kendall P., Braswell P. Cognitive-behavioral therapy for impulsive children. New York: The Guilford Press; 1993
43. Kutcher S. Practical child and adolescent psychopharmacology. Cambridge: Cambridge University Press; 2002
44. Lahey B., Piacentini J., McBurnett K., Stone P., Hartdagen S., Hynd G. Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*; Volume 27, 1988, p. 163-170
45. Martin G., Pear J. Behaviour modification: What it is and how to do it. (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc.; 2002

46. Mash E., Johnston C. Parental perceptions of child behaviors problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*; Volume 51, 1983, p. 68-99
47. MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. *Archives of General Psychiatry*; Volume 56, 1999, p. 754-761
48. MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for ADHD. *Pediatrics*; Volume 113, 2004, p. 1073-1086
49. Nadeau K., Littman E., Quinn P. Understanding girls with AD/HD. Silver Spring, MD: Advantage Books; 1999
50. Nadeau K., Quinn P. Understanding women with AD/HD. Silver Spring, MD: Advantage Books; 2002
51. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Diagnosis and Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; Volume 39, 2000, p. 182-193
52. Nuwer M. Assessment of digital EEG, quantitative EEG, and brain mapping: Report of the American Academy of Neurology and the American Clinical Neurophysiology Society. *Journal of Neurology*; 1997, Volume 49, p. 277-292
53. Pfiffner L.J. All about AD/HD: The complete practical guide for classroom teachers. New York: Scholastic Professional Books; 1996
54. Pliszka S. Comorbidity of attention-deficit/ hyperactivity disorder with psychiatric disorder: An overview. *Journal of Clinical Psychiatry*; Volume 59, Supplement 7, 1998, p. 50-58.
55. Pliszka S., Hughes C., Corners K., Emslie G., Jensen P., McCracken J., Swanson J., Lopez M. The Texas Children's Medication Algorithm Project: Revision of the Algorithm for Pharmacotherapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Volume 45 (6), 2006, p. 642-657.
56. Rief S.F., Heimburge J.A. How to reach and teach ADD/AD/HD children: Practical techniques, strategies, and interventions for helping children with attention problems and hyperactivity. San Francisco: Jossey-Bass; 2005
57. Robin A.L. ADHD in adolescents: Diagnosis and treatment. New York: The Guilford Press; 1998
58. Sandberg S., Hyperactivity and attention disorders of childhood. Cambridge: Cambridge University Press; 2002
59. Santelli B., Stewart F., Poyadue J. The parent to parent handbook: connecting families of children with disabilities. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.; 2001
60. Surgeon General of the United States. Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 1999
61. Taylor E., Doepfner M., Sergeant J., Asherson P., Banashevski T., Buitelaar J., Coghill D., Danckaerts M., Rothenberger A., Sonuga-Barke E., Steinhausen H., Zuddas A. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *European Child and Adolescent Psychiatry*; Volume 13, Supplement 1, 2004, p. 7-31
62. Terdal L., Kennedy P., Fusetti L., The Hyperactive child book. New York : St. Martin's Press; 1993
63. Weiss G., Hechtman L. Hyperactive children grown up. New York: Guilford Press; 1986
64. Weiss L. Attention deficit disorder in adults: Practical help and understanding. Lanham, MD: Taylor Trade Publishing; 1997
65. Weiss M., Hechtman L.T., Weiss G. ADHD in adulthood: A guide to current theory, diagnosis and treatment. Baltimore, Johns Hopkins University Press; 1999