

ГРДУ: від розуміння нейробіології до усвідомлення соціального значення проблеми

Чому Петрик П'яточкін став проблемою № 1 дитячої психіатрії?

О. Романчук,
навчально-реабілітаційний центр «Джерело», м. Львів

Усі ми, бодай частково, знайомі з гіперактивним розладом із дефіцитом уваги (ГРДУ) завдяки відомому персонажеві дитячого мультфільму Петрикові П'яточкіну, якого вихователька охарактеризувала так: «... Напевно в цьому хлопчику, як у пухнастім зайчику, захована незвичная стрибучая пружина». Саме через цю надмірну активність і безперервний рух Петрик створює постійні проблеми довкола себе: збиває відро сусідці, постійно тікає від батьків (тому останні змушені постійно його контролювати), у садку усе перевертає і не піддається контролю та керуванню. Крім того, Петрик імпульсивний, що типово для дітей із ГРДУ: побачивши на протилежному боці вулиці песика, він, не думаючи, не озираючись, не зважаючи на небезпеку і порушуючи правила дорожнього руху, біжить до нього. А ще – очевидні проблеми з увагою: захоплений грою, виховательку хлопчик просто не чує... Мультфільм блискуче точно вказує на те, що може допомогти Петрикові, – мудрий педагогічний підхід, який базується на любові, терпеливості, розумінні. На жаль, у житті зміни настають не так швидко, як у мультфільмі, і стають наслідком довготривалого, послідовного виховання.



Петрик П'яточкін – безумовно, позитивний персонаж і викликає симпатію. І це правда. Діти з ГРДУ мають багато позитивних рис, вони, як і Петрик, часто щирі, безпосередні, доброзичливі, енергійні, втім, у їхній поведінці є багато й такого, що створює проблеми для оточуючих і них самих. Саме через ці особливості поведінки ці діти часто зустрічаються з негативними реакціями оточуючих: відкиненням, осудженням, нерозумінням. Тому повноцінний розвиток цих дітей, їхня майбутня самореалізація знаходиться під загрозою.

Згідно з сучасним розумінням природи ГРДУ, даними нейробіології, ми свідомі, що ці діти мають свого роду невидиму неповносправність щодо здатності керувати власною поведінкою, щодо функції самоконтролю. І цей дефіцит обмежений не лише віком дитинства, він – на усе життя. Сучасні наукові дослідження свідчать, що, власне, через це діти з ГРДУ становлять групу ризику з розвитку серйозних вторинних проблем і наслідків – від депресивних розладів, порушення особистісного розвитку до антисоціальної поведінки, зловживання алкоголем і наркотиками та ряду інших проблем. Саме тому 2004 р. Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій (IACAPAP) визнала ГРДУ проблемою № 1 у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків. Визнала не для того, щоб стигматизувати цих дітей, а щоб мобілізувати зусилля фахівців, батьків, громадськості щодо допомоги цим дітям. Бо добра новина даних наукових досліджень у тому, що за належної грамотної допомоги майбутнє цих дітей може бути зовсім іншим... Втім Україні належить пройти ще довгу дорогу до втілення сучасних стандартів допомоги дітям із ГРДУ.

Стаття представляє дані сучасних нейробіологічних досліджень щодо природи ГРДУ та відповідно сучасну концептуалізацію розладу як розладу розвитку самоконтролю, відповідно, демонструючи соціальне значення цієї проблеми та вказуючи на можливі науково обґрунтовані шляхи допомоги цим дітям.

Гіперактивний розлад із дефіцитом уваги (attention deficit hyperactivity disorder за DSM-IV та гіперкінетичний розлад за МКХ-10) характеризується моторною гіперактивністю, порушенням уваги та імпульсивністю, що проявляються невідповідно до віку і призводять до виражених порушень функціонування дитини в основних сферах життя.

ГРДУ — один із найпоширеніших поведінкових розладів у дітей. Його поширеність, за даними різних досліджень [14, 19], становить від 1,5 до 5% у дітей шкільного віку, у західних країнах він — одна з найчастіших причин звернень до дитячих психіатрів. Втім попри таку поширеність розладу його часто неправильно і невчасно діагностують, а відповідно дітям із цим розладом та їх сім'ям не надають належної допомоги. Історично цей розлад мав багато назв, оповитий багатьма міфами, довкола нього точилося багато суперечок. Втім на даний час це — один з найбільш науково досліджених поведінкових розладів, щодо якого розроблені чіткі критерії діагностики та ефективні протоколи терапії (European clinical guidelines for hyperkinetic disorder, 2004; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997, 2002, 2007; American Academy of Pediatrics, 2000, 2001).

Міфічність і контраверсійність розладу особливо відчутна на теренах пострадянських держав, де донині доволі поширеним є погляд про те, що розлад як такий не існує, це радше синдром, прояв мінімальної мозкової дисфункції, органічного ураження центральної нервової системи (ЦНС) тощо. Відповідно до такого розуміння процвітає практика фармакотерапії розладу ноотропами та нейрометаболічними препаратами, дітям ставлять різноманітні діагнози від мінімальної мозкової дисфункції, органічного інфантилізму до психопатоподібного синдрому, існуючі підходи як психосоціальних, так і фармакотерапевтичних втручань дуже віддалені від

сучасних міжнародних стандартів допомоги цим дітям. Власне тому дана стаття зосереджена насамперед на розумінні природи ГРДУ — його причин, нейробіологічного підґрунтя, а відповідно розуміння симптомів, проявів, наслідків та можливих шляхів допомоги.

Етіологія

ГРДУ — розлад, довкола причин якого існувало багато суперечок і гіпотез. Якщо декілька десятиліть тому причиною ГРДУ в основному вважали фактор органічного ураження ЦНС і відповідно вживався діагноз «мінімальна мозкова дисфункція», то сьогодні з розвитком молекулярної генетики з'являється все більше доказів на користь того, що у переважній більшості випадків ГРДУ є розладом генетичної природи і пов'язаний, зокрема, з генами, що відповідають за регулювання обміну та активності двох нейротрансмітерів — дофаміну та норадреналіну.

В історичному контексті першою була гіпотеза про те, що причиною ГРДУ є ураження головного мозку в ранньому віці і, зокрема, як наслідок інтра- та перинатальної гіпоксії, запальних процесів, метаболічних порушень (зокрема фенілкетонуриї), дії токсичних речовин (отруєння свинцем, наслідки хіміотерапії в ранньому віці тощо). Щодо локалізації уражень, ідеться в першу чергу про ураження лобної кори та підкірки (зокрема, базальних гангліїв). Сучасні дослідження підтверджують те, що такою може бути етіологія ГРДУ в незначній частині випадків. Зокрема, закінчуючи свій огляд досліджень, присвячених цій темі, Barkley робить висновок, що, ймовірно, лише у незначній частині дітей фактор органічного ураження ЦНС є причиною ГРДУ [8].

Доказом ролі цього фактору є те, що у частині дітей із ГРДУ в анамнезі присутнє перинатальне гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС; частота розладу значно вища у дітей, народжених недоношеними та з малою на гестаційний вік масою тіла (причому чим більший ступінь недоношеності, тим вищий ризик), а також у тих, які перенесли енцефаліт, менінгіт та отримали черепно-мозкову травму у ранньому дитинстві. Вживання матір'ю алкоголю/нікотину під час вагітності також пов'язане з підвищеним ризиком ГРДУ у дитини. Доказами дисфункції лобної кори як етіопатогенетичного фактора є також схожість симптомів ГРДУ з синдромом ураження лобної доли у дорослих та приматів, а також наявність «мінімальних» органічних структурних дефектів, що виявляються у частині дітей із ГРДУ (дані комп'ютерної томографії та ядерно-магнітного резонансу), зниженої активності (дані позитронно-емісійної томографії) та морфофункціональної незрілості з ознаками кірково-підкіркової дисфункції (дані електроенцефалографії).

Наступною науково підтвердженою гіпотезою стало припущення, що ГРДУ пов'язаний із порушенням обміну двох нейротрансмітерів — дофаміну та норадреналіну, задіяних у передачі нервових імпульсів, зокрема у системі «лобна кора — підкірка (базальні ганглії) — лімбічна система». Основним доказом

П'ять фактів про ГРДУ

1. Це найпоширеніший поведінковий розлад дитинства: щонайменше 3% дітей шкільного віку мають ГРДУ.

2. ГРДУ проявляється надмірною активністю, порушенням уваги та імпульсивністю, що виражені невідповідно до віку і призводять до порушень функціонування дитини в основних сферах життя.

3. Більшість поведінкових проблем гіперактивних дітей зумовлені не їхньою злою волею чи поганим вихованням із боку батьків, а біологічно зумовленими особливостями функціонування ЦНС.

4. За умов невчасної та неадекватної допомоги даний розлад може призводити до вторинних ускладнень: шкільної дезадаптації, порушень психологічного розвитку дитини, значних поведінкових та соціальних проблем — як у дитинстві, так і в дорослому віці.

5. ГРДУ — один із найбільш досліджених поведінкових розладів, щодо якого розроблено ефективні стратегії та методи допомоги. За належної допомоги та підтримки діти з ГРДУ можуть мати щасливе, повноцінне майбутнє.

Дані досліджень структури та функціонування ЦНС у дітей із ГРДУ

Дані МРТ: зменшений об'єм лобних півкуль (переважно справа), базальних гангліїв та хробака мозочку

Функціональне МРТ: відмінності від типової активності у лобних півкулях, базальних гангліях, мозочку

Нейропсихологічні дослідження: дефіцит функцій лобних доль мозку – функції поведінкового гальмування/інгібіції, контролю уваги в ситуації відволікаючих стимулів та виконавчих функцій (інтерналізація мови, вербальна та невербальна робоча пам'ять, емоційна та мотиваційна саморегуляція, планування та часова організація поведінки, координація моторної активності)

Дані електроенцефалографії: збільшена тета-активність та зменшена бета-активність, зокрема у лобних долях

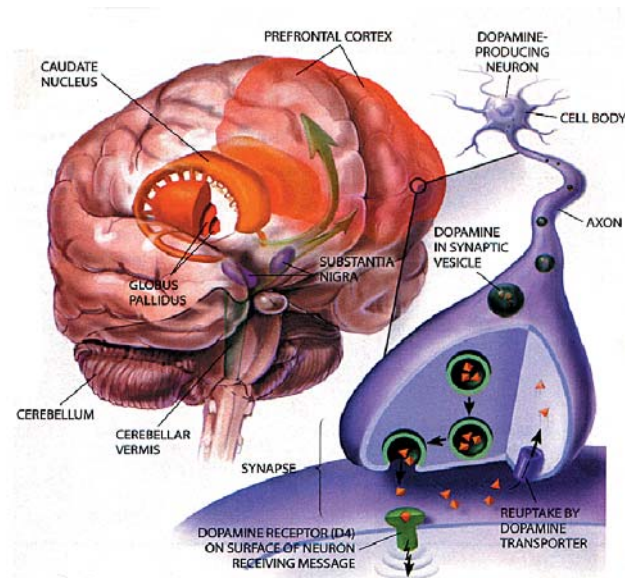
Дослідження церебрального кровообігу (SPECT): зменшений потік у префронтальних зонах та шляхах від лобної кори до базальних гангліїв, лімбічної системи та мозочку, причому кровообіг у цих регіонах нормалізується під дією психостимуляторів

Дані позитронно-емісійної томографії: зменшений метаболізм глюкози, зокрема у лобних відділах кори

цього є факт високої клінічної ефективності медикаментів, що діють на систему дофаміну та норадреналіну. Зокрема, психостимулятори (ліки, що специфічно діють на ці нейротрансмітерні системи) призводять до вираженого зменшення симптомів у 70-90% дітей із ГРДУ. Задіяність цих двох нейротрансмітерних систем доведена і дослідниками на тваринах, які показали, що штучне блокування рецепторів дофаміну у лобній корі в часі раннього розвитку ЦНС призводить до ГРДУ-подібного синдрому. Останнім підтвердженням задіяності нейротрансмітерів стало виділення специфічних генів, що виявляються у дітей з ГРДУ, і докази того, що ці гени, власне, і відповідають за обмін вищезгаданих нейротрансмітерів [5].

Втім, ще до бурхливого розвитку молекулярної генетики протягом останніх десятиліть існували вагомі докази спадкової природи ГРДУ. Зокрема, дослідження родичів дітей із ГРДУ показали, що у батьків та рідних братів/сестер цих дітей частота розладу становить близько 25-35% (тобто в 5-7 разів частіше, ніж у середньому в популяції) [10]. Індекс конкордантності у близнят становить, за даними різних досліджень, від 51 до 80%, тоді як у двійнят – близько 33% [5]. Підвищена частота ГРДУ і в родичів «другого ступеня». Порівняльні дослідження усиновлених дітей із ГРДУ також показали, що в їхніх біологічних батьків, на відміну від прийомних, був підвищений показник поширеності ГРДУ.

Останніми доказами генетичної природи розладу, яку на даний момент вважають основною в більшості випадків ГРДУ, стало виявлення конкретних генів,



які значно частіше виявляються у дітей із цим розладом. Це насамперед гени, які відповідають за систему дофаміну та норадреналіну, зокрема ген дофамінового транспортера (DAT_1 – 10-й алель), ген D_4 -дофамінового рецептора (DRD_4 – 7-й алель), гени адренорецепторів ($ADRA_{2A}$ та $ADRA_{2C}$), гени моноаміноксидази А та катехол-О-метилтрансферази. Втім, як і для більшості сучасних психічних розладів із генетичною природою, ГРДУ є полігенним розладом, тобто його спричиняє, найбільш імовірно, комбінація генів, а не один ген, а тому у різних дітей із ГРДУ будуть і різні комбінації генів. Це пояснює клінічно поліморфну картину розладу, існування різних ступенів тяжкості та підтипів ГРДУ, а також високу частоту наявності коморбідних розладів, значна частина яких, імовірно, також має генетичну природу і в яких залучені ті ж самі нейротрансмітерні системи.

Отож, на сьогодні можна стверджувати, що ГРДУ є етіологічно поліморфним розладом, при якому щонайменше два фактори – генетичний та органічного ураження ЦНС – або ж їх комбінації є причиною розладу. Причому генетичний фактор, імовірно, є основним у переважній більшості випадків, хоч і сама генетична форма ГРДУ зумовлюється також різними комбінаціями генів, отож, так само є поліморфною. Втім спільна клінічна картина ГРДУ зумовлена при такій різній етіології кінцевим наслідком дії етіологічних факторів (спільним кінцевим нейроморфофункціональним чинником) – порушенням функції лобної кори та її регулюючого впливу на базальні ганглії, мозочок та лімбічну систему. Власне, у цій системі «лобна кора – базальні ганглії – лімбічна система – мозочок» нейротрансмітери дофамін та норадреналін відіграють основну роль у передачі нервових імпульсів.

Патогенез

Як згадувалося вище, ГРДУ – розлад, який зумовлюється біологічно детермінованою недостатньою зрілістю функцій лобної кори півкуль головного мозку. Саме такою є сучасна концептуалізація цього

розладу як розладу розвитку самоконтролю [6, 8] і саме в ключі дефіциту виконавчих функцій ми можемо розуміти значення симптомів розладів та їх можливі наслідки.

Функції лобної кори полягають насамперед у загальному контролі та організації поведінки людини (це так звані виконавчі, або ж еگزекүтивні функції). Лобна кора є свого роду «диригентом», «центральним командним пунктом», який на основі аналізу та синтезу інформації приймає рішення і дає керівництво до дії [12]. Дитина не народжується зі зрілими виконавчими функціями. Звичайно, у міру вікового, біологічного дозрівання головного мозку та набутого досвіду «якість» цих функцій постійно зростає, що проявляється усе більшою здатністю людини керувати своєю поведінкою, почуттями, бажаннями та вирішувати складні ситуації, приймаючи продумані рішення, ставити цілі та вибудовувати план їх досягнення і відповідно втілювати його у життя. Така здатність до самоорганізації та самомотивування дає нам можливість досягати як «маленьких», так і «великих» цілей у житті і знову ж таки бути не заручниками обставин, а «ковалями власної долі».

Симптоматика ГРДУ зумовлена недостатньою зрілістю функцій лобної кори – «центрального командного пункту» людини.

Недостатня зрілість лобної кори призводить до розладів різних виконавчих функцій, пов'язаних із організацією та регулюванням власної поведінки: імпульс-контролю; планування, прогнозування та організації поведінки відповідно до віддалених наслідків та цілей; емоційної саморегуляції, контролю уваги та аналізу інформації, регулювання моторної активності, процесів збудження/гальмування.

Отже, сучасні дані нейробіологічних та нейропсихологічних досліджень вказують на те, що при ГРДУ має місце сповільнене порівняно з ровесниками дозрівання функцій лобної кори, зокрема здатності до поведінкового гальмування, самоконтролю поведінки, наслідком цього є недостатність виконавчих функцій, які відповідають за самоорганізацію поведінки. У такий спосіб ГРДУ можна вважати розладом розвитку, схожим до інших розладів розвитку, для прикладу, розумової неповносправності. І у такий самий спосіб при ньому ми можемо спостерігати процес розвитку функцій із віковим дозріванням, втім ці діти завжди будуть відставати від ровесників у здатності до самоконтролю та самомотивування. Відповідно важливо усвідомлювати позитивний характер даного розладу і ту невидиму неповносправність, яку він спричиняє у сфері керування власною поведінкою.

Одним із центральних дефіцитів дітей та дорослих із ГРДУ є їхня трудність узгоджувати свою діяльність із віддаленими наслідками та цілями – свого роду часова міопія. У зв'язку з недостатньою функцією пригальмовувати імпульси і думати, перш ніж діяти, можна сказати, що дії дітей із ГРДУ дуже часто не

пов'язані з часом, або, як кажуть нейропсихологи, у дітей із ГРДУ дуже вузьке «внутрішнє віконечко часу»: вони не встигають ані заглянути у минуле, ані спрогнозувати майбутнє, коли діють. Вони немов би є заручниками простору «тут і тепер», і їхня діяльність визначається лише негайними або ж дуже близькими у часі факторами, що можуть у той чи інший спосіб мотивувати їхню поведінку. Дії дітей із ГРДУ, як правило, не пов'язані з усвідомленням віддалених наслідків та цілей. Тому в тих сферах, де необхідно працювати на віддалені наслідки, де треба протистояти спокусам негайних заохочень заради досягнення більш важливих віддалених винагород, у дітей та дорослих із ГРДУ дефіцит самоорганізації поведінки буде призводити до негативних наслідків. Усвідомлення центрального дефіциту в поведінці дітей із ГРДУ, зумовленого «вузьким віконечком внутрішнього часу», показує також єдиний патогенетично обґрунтований механізм психологічного впливу на цих дітей: *щоб керувати їхньою поведінкою, дорослим необхідно бути «близько» до дитини, забезпечити пильний моніторинг її поведінки й організувати таку систему заохочень та покарань, яка діє в просторі «тут і тепер», мотивуючи дитину до відповідних дій.* Дитина із ГРДУ потребує негайних, частих і сильних, тобто значущих для неї, заохочень та покарань – тільки це може втримати її поведінку в належному руслі. Власне на цьому побудована уся поведінкова терапія – основний психологічний метод допомоги дітям з ГРДУ; правильне застосування цих принципів зумовлює її позитивний ефект.

Отже, центральним дефіцитом дітей із ГРДУ є недостатня самоорганізація поведінки. Метафорично це можна порівняти до їзди на автомобілі, в якому кермо «гуляє», а гальма дуже слабкі. Багато дітей із ГРДУ усвідомлюють цей дефіцит самоконтролю і можуть сприймати його як «дефект». Пам'ятаю, як один хлопчик попросив: «У мене мізки якісь дурні, не слухаються мене – ви не можете їх замінити?». Більшість проступків дітей із ГРДУ скоєні ненавмисне і не зумовлені їхнім злим наміром. За висловом Барклі (1995), «проблема дітей із ГРДУ не в тому, що вони не знають, як поводитися, а в тому, що вони знають, але не можуть поводитися так, як потрібно». Зі слабкою системою «керма та гальм» вони часто скоюють «аварії», які їх самих аж ніяк не роблять щасливими. І це не їхня вина, але це виклик нам, дорослим, щоб ми були поруч із ними, щоб змогли «вирулити» і успішно зманеврувати на усіх дорогах та перехрестях дитинства...

Наслідки ГРДУ

Розуміння етіопатогенезу ГРДУ робить нас свідомими того, що, маючи дефіцит самоконтролю, без належної підтримки та допомоги діти із цим розладом можуть зіткнутися з багатьма серйозними проблемами на шляху свого розвитку. І власне, наукові дослідження показали, що ці діти становлять групу ризику з розвитку багатьох вторинних психіатричних розладів та соціальних проблем. Без належної допомоги у несприятливому середовищі цей розлад

може каталізувати негативні психологічні та соціальні реакції (відкинення, осудження дитини), сприяти розвитку в дитини негативної самооцінки, порушувати її соціальну адаптацію, викликати вторинні психічні захворювання [7, 14, 18, 20]. Ціна цих наслідків дуже висока як для дитини, так і її сім'ї та суспільства. Ми повинні стати свідомі, що начебто за невинною моторною гіперактивністю Петрика П'яточкіна стоїть невидима неповносправність – значно серйозніший дефіцит самоконтролю поведінки, який ставить під загрозу його майбутній психологічний розвиток та соціальне функціонування, якщо у належний спосіб він не отримуватиме допомоги впродовж усіх етапів свого вікового розвитку...

Частково з цими наслідками пов'язана і наявність коморбідних розладів (показник коморбідності у дітей із ГРДУ, за даними досліджень, становить 60-80% [13, 17]) – попри те, що деякі з них можуть бути зумовлені спільними причинними факторами, частина є наслідком ГРДУ. Зокрема чітко прослідковується зв'язок між ГРДУ та розладами поведінки, делінквентністю, зловживанням алкоголем – і тут відіграє роль не лише імпульсивність дитини, але й каталізовані нею негативні реакції соціального середовища, непослідовне виховання з боку батьків, відкинення ровесниками, життєві невдачі та формування негативної самооцінки, наявність моделей антисоціальної поведінки в середовищі та інші фактори. З низькою самооцінкою, досвідом стигматизації та відкиненням пов'язані також і депресивні розлади. Пригадую відповідь семирічного хлопця на проективне питання, у що чи у кого б він хотів перетворитися: «Я хочу перетворитися у крижану бурульку, щоб розтанути і більше нікого не нервувати...».

Важливо також усвідомлювати позитивний характер ГРДУ, попри те, що має місце певний метаморфоз симптомів у підлітковому та дорослому віці. Згідно з науковими дослідженнями, симптоми ГРДУ попри певну редукцію моторної гіперактивності у переважній більшості випадків (70%) не зникають у підлітковому віці, втім дещо змінюються вторинні наслідки та коморбідні розлади [8].

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

Тику (у тому числі синдром Жюльє де ля Турета)

Розлад розвитку координації рухів (близько 50 %)

Розлади спектру аутизму, розумова відсталість

Обсесивно-компульсивний розлад

Енурез, розлади сну

Наслідки гіперкінетичних розладів/коморбідні розлади у підлітковому віці

Проблеми з навчанням

Сімейні конфлікти

Розлади настрою (25 %), підвищений ризик суїциду

Зловживання алкоголем, наркотиками (30 %)

Антисоціальна поведінка (25-35 %)

Проблеми у стосунках із ровесниками

Проблеми у сфері сексуальності – підвищений ризик венеричних захворювань, незапланованої вагітності, наприклад, ризик підліткової вагітності – 38 порівняно з 4 %, венеричних хвороб – 17 порівняно з 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 [7, 14, 18, 20]. 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 із ГРДУ 79% [8] мають коморбідний психічний розлад (20-45% – антисоціальна поведінка; 25% – антисоціальний розлад особистості; 12% – зловживання алкоголем/наркотиками, афективні, тривожні, соматоформні розлади тощо). Втім попри часту присутність коморбідних розладів та соціальних проблем, прогноз щодо дорослого віку для гіперактивних дітей не є однозначно песимістичним. Близько половини дітей з даним розладом у дорослому віці адекватно функціонують і добре адаптовані [8] – визначальними факторами щодо цього були наявність позитивної соціальної підтримки (насамперед з боку сім'ї та рідних) та адекватної допомоги з боку фахівців. Свій огляд лонгітудинальних досліджень щодо майбутнього гіперактивних дітей Расел Барклі підсумовує оптимістичним висновком: «За належної допомоги та підтримки діти з ГРДУ можуть мати щасливе, повноцінне майбутнє» [8].

Надію вселяє те, що ГРДУ є одним з найбільш ґрунтовно науково досліджених розладів, і на даний момент вироблені ефективні протоколи терапії, застосування яких дає можливість як значно зменшити вираженість симптомів розладу, так і попередити вторинні ускладнення і таким чином покращити прогноз життя сім'ї, дитини та суспільства в цілому. Тому забезпечення вчасної та якісної діагностики та терапії ГРДУ 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...».

Наявність у дитини ГРДУ значно підвищує ризик виникнення вторинних проблем:

- проблем зі шкільною успішністю
- проблем з антисоціальною поведінкою та кримінальними діями, приналежністю до антисоціальних угруповань як у дитинстві, так і в підлітковому та дорослому віці
- проблем у міжособистісних стосунках, соціальна ізоляція як у дитинстві, так і в дорослому віці
- проблем із психічним здоров'ям — значно підвищений ризик багатьох психічних розладів у дітей та дорослих із ГРДУ, зокрема таких, як зловживання/залежність від психоактивних речовин, тривожні розлади, розлади настрою, особистості, тощо
- проблем з ризикованою поведінкою — як наслідок, люди із ГРДУ, зокрема у підлітковому та дорослому віці, значно частіше стають «проюсерами» та жертвами нещасних випадків, дорожньо-транспортних пригод, у них підвищений ризик незапланованої вагітності і т. п.

Можливості допомоги дітям з ГРДУ

З розуміння етіології та патогенезу ГРДУ впливає також і патогенетично обґрунтована концепція терапії. Вона передбачає два способи впливу на поведінку дитини і мінімізацію її проблемних наслідків. Перший полягає в тому, що ми можемо напряму вплинути на мозок медикаментами, які діють в системі дофаміну та норадреналіну — підвищують їх концентрацію в синапсах нейрональних шляхів, що сполучають лобну кору з базальними гангліями, мозочком та лімбічною системою. Інший же шлях допомоги — зменшити наслідки нейропсихологічних дефіцитів дітей із ГРДУ у сфері самоконтролю та самомотивування відповідними психосоціальними втручаннями, що у відповідний спосіб структурують середовище і взаємодію з дитиною, забезпечуючи зовнішні джерела керування поведінкою. Відповідно на даний момент існує доказова база лише щодо двох методів терапії: фармакотерапії та поведінкової терапії.

Основа фармакотерапії становлять психостимулятори, які, блокуючи зворотне захоплення дофаміну, сприяють підвищенню концентрації останнього в синаптичній щілині — нині, за даними великого дослідження МТА (МТА Cooperative Group, 1999, 2004), це найбільш ефективна терапія ГРДУ і це зрозуміло з етіопатогенезу розладу. Терапія стимуляторами діє на усі симптоми розладу — імпульсивність, порушення уваги, моторну гіперактивність. Така терапія носить замісний характер, показана, згідно з європейським протоколом терапії ГРДУ, як лікування першого вибору при тяжких формах розладу і часто має бути довготривалою. З етіопатогенезу зрозуміло також, що медикаменти з іншим механізмом дії, зокрема нейрорелентики, заспокійливі, ноотропні, не матимуть ефекту при терапії ГРДУ і їхнє застосування необґрунтоване.

Щодо психосоціальних втручань, то основним із них є допомога батькам та вчителям в оволодінні специфічними щодо нейропсихологічних особливостей дитини стратегіями виховання та поведінкового керівництва. Існує велика кількість детально розроблених програм поведінкового керівництва як для батьків дітей із ГРДУ, так і для вчителів [9, 11, 21]. Усі ці програми об'єднані загальними патогенетичними принципами.

1. Дитина з ГРДУ має розлад самоконтролю поведінки, тому вона потребує значно більшою мірою, ніж ровесники, зовнішнього контролю та керівництва її поведінкою.

2. Поведінка дітей із ГРДУ визначається факторами зовнішнього середовища значно сильніше, ніж внутрішніми правилами, директивами, тощо, а тому перший спосіб впливу на поведінку дитини з ГРДУ — це відповідна організація зовнішнього середовища.

3. Дитина з ГРДУ має труднощі з тим, щоб самостійно, «ізсередини» давати собі вказівки, нагадувати правила, передбачати віддалені наслідки своїх дій, а тому вона потребує системи частих, чітких і «видимих» зовнішніх скерувань/нагадувань. Дитина з ГРДУ потребує екстерналізації — правил, нагадувань, інструкцій, презентації часу.

4. З огляду на те, що поведінку дитини з ГРДУ 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.

Наукове обґрунтування важливості вищезгаданих підходів влучно окреслюють слова Барклі: *«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 догатових 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. Це веде нас до усвідомлення, наскільки важливою є психоосвіта батьків»* [7].

Підсумок

У багатьох аспектах ГРДУ — дуже особливий розлад. 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 ГРДУ 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 ГРДУ зосереджено на проблематиці виявлення розладу у дошкільному віці та наданні ефективної допомоги на цьому віковому етапі.

Втім Україні тут ще належить пройти довгий шлях. 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 ГРДУ в Україні ще дуже далекий до міжнародних стандартів і що переважна частина дітей не отримує належної допомоги. Україна потребує національної програми у сфері ГРДУ та й у сфері охорони психічного здоров'я сім'ї та дитини загалом. Недооцінка важливості цієї сфери дорівнює соціальній неадекватності. 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, спираючись 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...».

Література

1. 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. — 1997. — Vol. 36 (Suppl. 10). — P. 85-121.
2. 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. — 2007. — Vol. 36 (Suppl. 46). — P. 894-921.
3. 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. — Vol. 108. — P. 1033-1044.
4. 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. — Vol. 105. — P. 1158-1170.
5. Asherson P. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in the post-genomic era // European Child and Adolescent Psychiatry. — 2004. — Vol. 13 (Suppl. 1). — P. 50-71.
6. Barkley R. ADHD and the nature of self-control. — NY: Guilford Press, 1997.
7. Barkley R. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 2nd edition. — NY: Guilford Press, 1996.

Повний список літератури, який включає 21 пункт, знаходиться в редакції.



ПРО КНИГУ

Книга присвячена одному з найпоширеніших поведінкових розладів дитинства — гіперактивному розладу з дефіцитом уваги (ГРДУ). В ній синтезовано сучасні наукові знання та практичний досвід допомоги дітям із цим розладом. Велику увагу присвячено аналізу сучасних наукових знань щодо природи ГРДУ, його етіології, патогенезу та клінічної картини. Детально висвітлені питання діагностики та терапії, зокрема допомоги батькам дітей із ГРДУ, підходи в системі освіти та питання медикаментозної терапії. Книга спростовує багато поширених міфів щодо одного з найбільш досліджених дитячих розладів та пропонує цілісну модель допомоги дітям із ГРДУ та їх сім'ям, що базується на сучасних наукових знаннях. Дану модель представлено з огляду на можливість її інтеграції в українській суспільній реальності — книга відображає також практичний досвід роботи програми для дітей з поведінковими розладами навчально-реабілітаційного центру «Джерело» (Львів).

Книга призначена для широкого кола фахівців — педагогів, психологів, психіатрів та психотерапевтів, дитячих та сімейних лікарів та загалом усіх, хто цікавиться проблематикою психічного здоров'я дітей, вихованням та навчанням дітей з особливими потребами.

ПРО АВТОРА

Олег Романчук, лікар-психотерапевт, дитячий та підлітковий психіатр. На даний час працює в навчально-реабілітаційному центрі «Джерело» (Львів), де керує відділенням розвитку дитини, в якому діє спеціалізована програма допомоги дітям із ГРДУ.

ЗАМОВИТИ КНИЖКУ МОЖНА

- написавши на електронну адресу olerom@ukr.net
- зателефонувавши до центру «Джерело» за номером 8 (032) 223-04-37.