

И. И. Марценковская

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины (г. Киев)

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО КАК ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ

Гиперкинетическое расстройство (ГКР) — одно из наиболее распространенных психических расстройств в детском возрасте, с которым связано тяжелое бремя социальных проблем и экономических потерь. В 2008 и 2009 годах заболеваемость ГКР в Украине составляла 18,3 и 19,5; распространенность — 76,8 и 96,0 на 100 000 детского населения. РДВГ было диагностировано у 12,2 %, ГКР — 4,1 % киевских школьников. У детей из малообеспеченных и социально неблагополучных семей расстройство встречалось в 2,24—3,7 раза чаще. У 31,7 % школьников с РДВГ диагностированы коморбидные оппозиционно-вызывающее, у 39,4 % — антисоциальное расстройство поведения. Дети с ГКР имеют более высокий уровень травматизма, чаще употребляют алкоголь и наркотики. Терапия метилфенидатом снижает риск антисоциального поведения, зависимости от алкоголя и наркотиков. Риск совершения правонарушений несовершеннолетними с ГКР коррелирует с их поздней терапией. В 2009 году за совершение тяжких насильственных преступлений в Украине отбывали наказание 1469 подростков. Все школьники с ГКР имели нормальный уровень развития интеллекта, но многие из них испытывали серьезные академические проблемы. Школьники с ГКР чаще имели нарушения семейной адаптации и худшее качество жизни. Делается вывод о важности изучения ГКР через призму социальной психиатрии.

Ключевые слова: РДВГ, ГКР, антисоциальное поведение, школьная неуспешность, качество жизни

Расстройства с дефицитом внимания и гиперактивностью (нарушение активности и внимания, гиперкинетическое расстройство поведения) (РДВГ) относятся к числу наиболее распространенных психических расстройств в детском и подростковом возрасте.

Согласно различным оценкам распространенность РДВГ в разных культурах варьирует от 4 % до 19 % [1, 2].

В Украине расстройство часто не диагностируется. Его ключевые проявления (двигательная расторможенность, импульсивность, невнимательность) ошибочно трактуются, как проявления органического поражения ЦНС или проявления клинической вариативности коморбидных психических расстройств (тревожно-фобических, депрессивного, тикозного).

В течение последних двух лет качество диагностики РДВГ улучшилось, зарегистрированная медицинская статистика заболеваемости выросла. В 2008 и 2009 годах показатели заболеваемости РДВГ в Украине составляли соответственно 18,3 и 19,5; распространенности — 76,8 и 96,0 на 100 000 детского населения. В 5 регионах страны: Донецкой, Днепропетровской, Одесской, Полтавской, Ровенской областях показатели заболеваемости в 2009 году варьировали в диапазоне от 108 до 185, а показатели распространенности — от 425 до 998 на 100 000 детского населения. В Херсонской, Волынской, Тернопольской, Винницкой, Закарпатской и Николаевской областях диагностированная заболеваемость РДВГ в 2009 году была ниже 25, распространенность — ниже 75 на 100 000 детского населения.

В УНИИССПН в 2008—2009 годах в процессе исследования распространенности РДВГ были рандомизированы 646 киевских детей школьного возраста. Первую группу составили 482 учащихся (218 мальчиков, 264 девочки) одной из общеобразовательных школ. Во вторую группу вошли 164 школьника (120 мальчиков, 44 девочки), обучавшихся в специальной (для детей с проблемами школьной адаптации без умственной отсталости) школе [3].

Обследование включало: 1) скрининг родителей детей при помощи русскоязычных версий «Списка детских симптомов» (СДС-4) — «Child Symptom Inventory» [4] и «Контрольного перечня проявлений детского поведения» (КПДП) — «Child Behavior Checklist» [5, 6]; 2) скрининг классных руководителей учащихся при помощи учительского варианта русскоязычной версии «Шкалы Вандербильта» — «NICHQ Vanderbilt», разработанной в Национальном институте качества детства США [7].

РДВГ было диагностировано у 12,2 % учащихся одной из общеобразовательных школ. В МКБ-10 для диагностики гиперкинетического расстройства (ГКР) применяются более жесткие, чем для РДВГ в DSM-IV диагностические критерии: требуется обязательное наличие патологических уровней, как невнимательности, так и гиперактивности и импульсивности, которые проявляются при широком спектре разнообразных ситуаций и устойчиво сохраняются во времени. В настоящем исследовании ГКР было диагностировано у 4,1 % рандомизированных детей [8].

Ежегодно проводятся многочисленные исследования, направленные на решение широкого круга вопросов, связанных с течением расстройства, определением его клинических границ, разграничением его с коморбидными расстройствами. Важное значение имеют исследования, направленные на изучение РДВГ через призму социальной психиатрии: изучается эффективность инновационных социальных вмешательств, новых методов психосоциальной терапии, бремя социальных проблем и экономических потерь.

В недавнем исследовании, проведенном в США, установлено, что существуют значительные расхождения в диагностике и лечении РДВГ в зависимости от социально-экономического статуса пациентов и их семей: в бедных семьях, семьях эмигрантов и беженцев у детей с нарушениями внимания и активности вероятность диагностики РДВГ была выше, чем в материально обеспеченных, а вероятность комплексной психосоциальной помощи — ниже [9]. В нашем исследовании, в специальной школе, где преобладали дети из малообеспеченных и социально плохо интегрированных семей, РДВГ встречалось в 2,24 раза, ГКР — 3,7 раз чаще, чем у учащихся общеобразовательной школы [10].

РДВГ также связано с широким спектром долгосрочных социальных проблем: преступностью, зависимостью от психоактивных веществ и алкоголя, академическими проблемами в учебном заведении, более низким социальным статусом в последующей жизни, частыми попаданиями в дорожно-транспортные происшествия, а также большим риском семейной дезадаптации, распространенностью разводов [11—17].

Расстройства поведения и обусловленная ими преступность тесно связаны с РДВГ. Оппозиционность и импульсивность в дошкольном возрасте нередко становятся предпосылкой формирования асоциального поведения у подростков. В УНИИССПН на выборке киевских школьников было установлено, что у 31,7 % детей с РДВГ выполнялись диагностические критерии коморбидного оппозиционно-вызывающего, у 39,4 % — антисоциального расстройства поведения [10].

Еще в 60-х годах в клиническую практику стран Европы и США были введены терапия метилфенидатом и программа поведенческой терапии. Это уменьшило уровень криминального поведения, алкоголизации и наркотиза-

ции в подростковой популяции, позволило многим детям с асоциальным и оппозиционно-демонстративным поведением завершить школьное образование и интегрироваться в общество. Внедрение мультисистемной терапии в Великобритании, например, позволило снизить риск повторных правонарушений на 50 %.

Основными факторами, коррелирующими с увеличением риска совершения правонарушений несовершеннолетними, является их социальная и педагогическая запущенность, поздняя терапия РДВГ. В 2009 году в 10 специальных воспитательных учреждениях Государственной криминально-исполнительной службы Украины отбывали наказание 1469 подростков, из которых 94 девушки. Более половины (53 %) несовершеннолетних были осуждены за совершение тяжких насильственных преступлений: умышленные убийства, нанесение тяжких телесных повреждений, грабежи, разбой.

В одном из исследований, представленных на совещании Американской академии детской и подростковой психиатрии в октябре 2008 года, докладывались новые данные о связи между РДВГ и употреблением психоактивных веществ. Анализ данных показал, что девочки, которые получали лечение психостимуляторами, имели значительно ниже риск развития токсикомании и курения в возрасте 16 лет, чем те, кто не получал такого лечения [18]. Это исследование является последним в серии аналогичных сообщений о профилактическом эффекте терапии психостимуляторами для формирования зависимых от алкоголя и наркотиков форм поведения [19].

Целый ряд исследований в детской психиатрии посвящен оценке качества жизни детей и взрослых с РДВГ. Установлено, что РДВГ влияет на качество жизни пациентов и их семей в степени, сопоставимой с хроническими заболеваниями внутренних органов. Например, показано, что родители детей с впервые диагностированными случаями РДВГ оценивали качество жизни своих детей в среднем хуже, чем здоровых или страдающих бронхиальной астмой [20]. Еще одно исследование, в котором использовались различные шкалы самооценок детей, продемонстрировало, что качество жизни пациентов с РДВГ было нарушено до такой степени, что было сопоставимо с тем, которое имели дети с онкологическими заболеваниями и церебральным параличом [21].

Было также показано, что качество жизни детей и подростков с РДВГ и коморбидными психическими расстройствами, такими как оппозиционно-демонстративное или аффективное расстройство хуже, чем у лиц без коморбидных нарушений психики [22].

Проблема влияния РДВГ на качество жизни была разработана и для взрослых пациентов [23, 24]. Проблемы, с которыми они сталкиваются, отличаются от детских. Неорганизованность, непоследовательность, импульсивность у таких пациентов в большей степени связаны с проблемами на работе и в семье.

Любые психические заболевания, манифестирующие в детском возрасте, являются тяжелым экономическим бременем для общества. Значительных финансовых затрат требует длительное медикаментозное лечение, медицинская и социальная реабилитация, специальное образование, опека инвалидов. Не менее значимы для общества косвенные убытки, связанные с ограничением социальной активности членов семьи больного ребенка. Поведенческие расстройства подросткового возраста существенно увеличивают стоимость социальной, образовательной, уголовной и юридической систем.

Экономические издержки общества, связанные с РДВГ являются значительными [25—27]. В странах Европы и США прямые медицинские расходы на детей с РДВГ почти

в два раза выше, чем на детей, не имеющих заболеваний психики и поведения. В 2007 году опубликованы результаты специального фармакоэкономического исследования, обобщившего результаты 13 исследований, проведенных в разных регионах Европы и США [26]. Было показано, что вне зависимости от модели оказания психиатрической помощи детям, ежегодные расходы на одного ребенка с РДВГ стабильно высокие в различных регионах мира и варьируют от \$12005 до \$17458. Бремя расходов, связанных с РДВГ, в США превышает \$40 млрд. долларов в год [25—27].

Образование детей с РДВГ требует значительных ресурсов в связи с затратами на школьную интеграцию, коррекцию задержек формирования школьных навыков и речи.

Академическая успешность детей с нарушениями внимания, активности и импульс-контроля хуже, чем у здоровых детей, но лучше, чем у детей с умственной отсталостью. В нашем исследовании все дети общеобразовательной и специальной школ Киева имели нормальный уровень развития интеллекта, но многие учащиеся с РДВГ испытывали серьезные академические трудности. Эти трудности имели место вне зависимости от того, были у учащихся специфические расстройства развития школьных навыков или нет и проявлялись в том, что учащиеся не могли использовать свои когнитивные навыки в повседневной жизни в полной мере [28].

Если наука трактовать широко, рассматривая в качестве его нарушений любые случаи выполнения заданий ниже ожидаемого уровня, то 80 % детей с РДВГ в исследовании УНИИССПН могут быть оценены как нуждающиеся в специальной педагогической коррекции. Однако, если определить эти расстройства более узко, как значительные затруднения в чтении, счете или письме в сравнении с общей интеллектуальной деятельностью ребенка или достижениями в той или другой из этих сфер деятельности, их доля не будет превышать 15 %. В нашем исследовании в общеобразовательной школе таких детей было 13,6 %, в специальной — 44,4 [3].

Общеобразовательные школы в Украине плохо интегрируют детей с РДВГ. Наиболее тяжелые варианты школьной дезадаптации в нашем исследовании наблюдались у детей с преобладанием гиперактивности и импульсивности.

Такие дети, среди которых преобладали мальчики, нередко необоснованно переводились на индивидуальное обучение. Инициатором переводов обычно выступала школьная администрация. Специальные школы для детей с нарушениями школьной адаптации, по-видимому, создают лучшие условия для интеграции детей с РДВГ. Это приводит к накоплению в специальных школах мальчиков с гиперактивностью и импульсивностью.

Дети с преобладанием невнимательности имеют лучшие возможности для интеграции, как в общеобразовательных, так и в специальных школах. Девочки с тяжелыми формами невнимательности несколько чаще, чем мальчики, переводятся в специальные школы. Такие переводы обычно иницируются родителями детей, и мотивируются большими возможностями для педагогической коррекции ассоциированных с нарушениями концентрационной функции расстройства школьных навыков.

РДВГ влияет на ключевые сферы социального функционирования больного ребенка и членов его семьи, обуславливает значительные социальные издержки для общества. Делается вывод о важности раннего выявления, оценки и типологизации нарушений внимания, активности и поведения у детей для планирования педагогических, психологических и медицинских вмешательств, направленных на обеспечение школьной интеграции, академической успешности учащихся, профилактику антисоциального поведения и социальной дезадаптации.

Список літератури

1. The prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among children and adolescents in Germany. Initial results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS) / [Schlack R., Hölling H., Kurth B. M. et al.] / Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. — 2007. — V. 50. — P. 827—835.
2. Visser S. N. National estimates and factors associated with medication treatment for childhood attention-deficit/hyperactivity disorder / [Visser S. N., Lesesne C. A., Perou R.] / Pediatrics. — 2007. — V. 119. — P. 99—106.
3. Марценковська І. І. Неуважність, гіперактивність і імпульсивність як чинники академічної неуспішності у школярів / І. І. Марценковська // Український вісник психоневрології. — Харків, 2009. — Т. 17, вип. 4 (61). — С. 34-38.
4. Gadow K. D. Child Symptom Inventory 4: Screening and Norms Manual / Gadow K. D., Sprafkin J. — Stony Brook, NY: Checkmate Plus, 2002. — 432 p.
5. Achenbach T. M. The child behaviour profile: I. Boys aged 6—11 / T. M. Achenbach // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1978. — V. 46. — P. 478—488.
6. Carter A. S. A Russian adaptation of the Child Behavior Checklist: psychometric properties and associations with child and maternal affective symptomatology and family function / Carter A. S., Grigorenko E. L., Pauls D. L. // J. Abnorm. Child Psychol. — 1995, Dec. — V. 23. — N. 6 — P. 661—684.
7. Wolraich M. L. Vanderbilt ADHD Parent Rating Scale (VADPRS). — Cambridge MA, American Academy of Pediatrics and The National Initiative for Children's Healthcare Quality, 2003b. — 137 p.
8. Марценковская И. И. Гиперкинетическое и коморбидные психические расстройства у детей / И. И. Марценковская // Нейро-News: психоневрология и нейропсихиатрия. — 2009, № 8 (19). — С. 48—52.
9. Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children / [Froehlich T. E., Lanphear B. P., Epstein J. N. et al.] / Arch. Pediatr. Adolesc. Med. — 2007. — V. 161. — P. 857—864.
10. Табачников С. И. Нарушения активности и внимания как предикторы поведенческой дезадаптации и академической неуспешности у школьников / Табачников С. И., Марценковская И. И. // Нові підходи до діагностики, лікування та реабілітації психічних захворювань: Матеріали Наук.-практ. конф. з міжнародною участю (Харків, 28—29 січня 2010р.) / Міністерство охорони здоров'я України, Харківська медична академія післядипломної освіти — Х.: ФО-П Шейнина Е. В., 2010. — С. 117—118.
11. Barkley R. A. A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance / Barkley R. A., Cox D. // J. Safety Res. — 2007. — V. 38 — P. 113—128.
12. Mannuzza S. Young adult mental status of hyperactive boys and their brothers: a prospective follow-up study / Mannuzza S., Klein R. G., Addall K. A. // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. — 1991. — V. 30 — P. 743—751.
13. Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up / [Mannuzza S., Klein R. G., Bessler A. et al.] // Ibid. — 1997. — V. 36. — P. 1222—1227.
14. Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status / [Mannuzza S., Klein R. G., Bessler A. et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 1993. — V. 50. — P. 565—576.
15. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up / [Mannuzza S., Klein R. G., Bessler A. et al.] // Am. J. Psychiatry. — 1998. — V. 155. — P. 493—498.
16. Hyperactive boys almost grown up. V. Replication of psychiatric status / [Mannuzza S., Klein R. G., Bonagura N. et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 1991. — V. 48. — P. 77—83.
17. Hyperactive boys almost grown up. IV. Criminality and its relationship to psychiatric status / [Mannuzza S., Klein R. G., Konig P. H. et al.] // Ibid. — 1989. — V. 46. — P. 1073—1079.
18. Impact of prior stimulant treatment for ADHD in the subsequent risk for cigarette smoking, alcohol, and drug use disorders in adolescent girls / [Wilens T. E., Adamson J., Monuteaux M. et al.] // Presented at the Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. — October 31, 2008. — Chicago, Illinois. — Poster 4.29.
19. Volkow N. D. Does childhood treatment of ADHD with stimulant medication affect substance abuse in adulthood / Volkow N. D., Swanson J. M. // Am. J. Psychiatry. — 2008. — V. 165. — P. 553—555.
20. Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children / [Escobar R., Soutullo C. A., Hervas A. et al.] // Pediatrics. — 2005. — V. 116. — P. 364 — 369.
21. Varni J. W. The PedsQL as a patient-reported outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based study / Varni J. W., Burwinkle T. M. // Health Qual. Life Outcomes. — 2006. — V. 4. — P. 26.
22. Klassen A. F. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder / Klassen A. F., Miller A., Fine S. // Pediatrics. — 2004. — V. 114. — P. 541—547.

23. Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life Scale (AAQoL): a disease-specific quality-of-life measure / [Brod M., Johnston J., Able S. et al.] // Qual. Life Res. — 2006. — V. 15. — P. 117—129.
24. Landgraf J. M. Monitoring quality of life in adults with ADHD: reliability and validity of a new measure / J. M. Landgraf // J. Atten. Disord. — 2007. — V. 11. — P. 351—362.
25. Leibson C. L. Economic implications of attention-deficit hyperactivity disorder for healthcare systems / Leibson C. L., Long K. H. // Pharmacoeconomics. — 2003. — V. 21. — P. 1239—1262.
26. Pelham W. E. The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents / Pelham W. E., Foster E. M., Robb J. A. // Ambul. Pediatr. — 2007. — V. 7. — P. 121—131.
27. Attention-deficit/hyperactivity disorder in children: excess costs before and after initial diagnosis and treatment cost differences by ethnicity / [Ray G. T., Levine P., Croen L. A. et al.] // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. — 2006. — V. 160. — P. 1063—1069.
28. Табачников С. И. Школьная дезадаптация (неуспеваемость): взгляд на проблему с позиций детской психиатрии / Табачников С. И., Марценковская И. И. // Здоров'я України: медична газета, 2010. — № 2(13). — С. 42—43.

Надійшла до редакції 06.08.2010 р.

I. I. Марценковська

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Гіперкінетичний розлад як проблема соціальної психіатрії

Гіперкінетичний розлад (ГКР) — один з найбільш поширених психічних розладів дитячого віку, з яким пов'язаний важкий тягар соціальних проблем та економічних втрат. У 2008 та 2009 роках захворюваність на ГКР в Україні становила 18,3 і 19,5; поширеність — 76,8 і 96,0 на 100 000 дитячого населення. Розлад з дефіцитом уваги і гіперактивністю (РДУГ) було діагностовано у 12,2 %, ГКР — у 4,1 % київських школярів. У дітей з малозабезпечених і соціально неблагополучних родин розлад спостерігався в 2,24—3,7 рази частіше. У 31,7 % школярів із РДУГ діагностовано коморбідний опозиційно-ухвалий, у 39,4 % — антисоціальний розлади поведінки. Діти з ГКР мають вищий рівень травматизму, частіше вживають алкоголь і наркотики. Терапія метилфенідатом знижує ризик антисоціальної поведінки, залежності від алкоголю і наркотиків. Ризик скоєння правопорушень неповнолітніми з ГКР корелює з їх пізньої терапією. У 2009 році за скоєння тяжких насильницьких злочинів в Україні відбували покарання 1469 підлітків. Всі школярі з ГКР були з нормальним рівнем розвитку інтелекту, проте більшість з них мала серйозні академічні проблеми. Діти з ГКР частіше мали порушення сімейної адаптації та нижчу якість життя. Робиться висновок про важливість вивчення ГКР через призму соціальної психіатрії.

Ключові слова: РДУГ, ГКР, антисоціальна поведінка, шкільна неуспішність, якість життя.

I. I. Martsenkovska

Ukrainian SRI of Social and Forensic Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv

Hyperkinetic disorder as the problem of social psychiatry

Hyperkinetic disorder (HD) is one of the most highly heritable of all psychiatric disorders at children's age with which the heavy burden of social problems and economic losses is connected. In 2008—2009 morbidity HD in Ukraine made 18.3 and 19.5; prevalence — 76.8 and 96.0 on 100 000 children's population. ADHD has been diagnosed at 12.2 %, HD — 4.1 % at the Kiev's school-age children. At children from needy and socially unsuccessful families frustration met in 2.24— 3.7 times more often. At 31.7 % of schoolchildren with ADHD are diagnosed comorbid oppositional-defiant disorder, 39.4 % — conduct disorder. Children with HD have higher level of a traumatism, take alcohol and drugs is more often. Therapy with methylphenidate reduces risk of conduct disorder, dependence on alcohol and drugs. The juvenile delinquency risk with HD correlates with their late therapy. 1469 teenagers served term in Ukraine for fulfillment of heavy violent crimes in 2009. All schoolchildren with HD had a normal intelligence, but many of them tested serious academic problems. School-age children with HD had infringements of family adaptation and the worst quality of a life is more often. The conclusion is importance of studying HD through a prism of social psychiatry.

Keywords: ADHD, HD, conduct disorder, learning disability, quality of a life.