



SOUTH-WEST
UNIVERSITY
"NEOFIT RILSKY"
BLAGOEVGRAD, BULGARIA

VOLUME 4
2005



SCIENTIFIC *Research*

ISSN 1312-7535

ELECTRONIC
ISSUE

ДЕФИЦИТ НА ВНИМАНИЕ С ХИПЕРАКТИВНО ПОВЕДЕНИЕ – ТЕОРЕТИЧНИ АСПЕКТИ

С. ШОПОВА

ВЪВЕДЕНИЕ

В международната класификация на болестите (5) и според критериите на Американската асоциация по психиатрия (7), са обособени няколко групи поведенчески и емоционални разстройства, типични за детството:

1. Хиперкинетично разстройство, характеризиращо се със свръхактивност и крайна отвлекаемост на вниманието, вероятно вследствие на конституционално или клинично неприяено увреждане на главния мозък.
2. Опозиционно-агресивно поведенческо разстройство.
3. Смесени разстройства на поведението и емоциите съпътствани от състояния на депресивност, тревожност, хипохондрия, фобии, деперсонализации и натрапливости.

За отклонения в поведението и емоциите, изразяващи се с дефицит на внимание с хиперактивност, се говори още през 19-ти век. От тогава датира и първата публикация “Struwwelpeter” на немския психиатър Н. Hoffman, описваща личния му и професионален опит с трудностите в развитието и адаптацията на собствения му син.(21) Първи обучителни семинари посветени на темата за обособяване на специфично поведенческо състояние, извън гореизброените, се провеждат през 1902г. от английския учен G. Still в Royal College,UK. (17) Официална дефиниция е одобрена от American Psychiatric Association през 1980г. и ADHD се включва в регистрите на DSM-III R, APA-R 1994, DSM-IV R, МКБ-10 R като самостоятелна нозологична единица.(10)

ADHD - видове, честота, дебют, продължителност

Описани са три класически типа: комбиниран AD+HD; когато преобладава ADD при липса на хиперактивност и наличие на HDD със съхранено внимание.

Честота, среща се в 2 до 10% в деца до 12г, като е установено, че при момчета, тя е три пъти по-висока. Дебютът е различен и е етиологично зависим 7-5-2 г(2). Децата и младежите с ADHD са в риск от отключване на много други психични разстройства. Почти половината имат също опозиционно или поведенческо разстройство, а една четвърт са с тревожно разстройство. Повече от една трета са с депресия и почти една пета са с обучително разстройство. Понякога децата и юношите имат по две и повече от гореизброените разстройства. Лицата с ADHD са също така рискови за личностово разстройство или зависимост към вещества, след като станат младежи и възрастни. (6)

ADHD – диагностични критерии: по шест или повече симптома за всеки подтип, проявяващи се през предходните шест месеца!

НЕВНИМАНИЕ: липса на работна памет, неспособност да изслушва и спазва инструкции, трудности да се самоорганизира, грешки при изпълнение на действия, лесно се разсейва, губи мотивация, забравя, прекъсва...

ХИПЕРАКТИВНОСТ / ИМПУЛСИВНОСТ: тикове, моторни стереотипии, ОКС, хаотично ходене, въртене, тичане, свръхактивен, неорганизиран в действията си; приповдигната реч, ексцесивно щастлив, безкритично контактен...

ADHD - диференциална диагноза: сензорен дефицит (слухов, зрителен); подлежащо физическо заболяване; хромозомна болест със/без ИНПР; НПР от раждането.

ЕТИОЛОГИЯ

До 4 годишна възраст проявите на ADHD, могат да се дължат на:

- пре / перинатални усложнения: прематуритет, недоразвитие, токсични фетопатии, фетален алкохолен синдром, родени с ниско тегло деца, травми на ЦНС, други травми, хеморагии; (8)
- хромозомни болести (FRAX A, Klinefelter, Noonan, Williams);(1,3,8)
- институционализъм;
- депривация

С няколко думи можем да припомним, че последиците от прематуритет (<28 г.с.) могат да бъдат (8):

- церебрална парализа 5-10%
- ИНПР 5-15%
- говорна задръжка 25-50%
- поведенчески проблеми 25-50%
- сензорни проблеми
- глухотта 1-4%
- намаление на зрението 25-50%
- епилепсия

До 12 години, проявите на ADHD, се дължат предимно на афективни проблеми (ниска самооценка, безспокойство, депресия); малтретиране, семейни и социални проблеми с последици като: дефект на речта (устна и или писмена), затруднено абстрактно - логическо мислене, както и понижено внимание(6,22).

НЕВРОГЕНЕЗА

Най-вероятна причина за ADHD е дисрегулация на допаминов невротрансмитер и дисфункция на невронни мрежи, свързващи предният мозъчен дял с центъра за мозъчен контрол (8,9,11,13).

МОДЕЛИ НА МОЛЕКУЛЯРНИ МЕХАНИЗМИ (8,19)

Изследователските търсения са насочени към четири зони с различни гени, отговорни за симптоми на ADHD:

- допаминов модел (DRD 3),
- норепинефринов модел,
- серотонинов модел,
- GABA МОДЕЛ (GABRA 3, GABRB 3).

ТИП НА УНАСЛЕДЯВАНЕ

Счита се, че е полигенен по няколко причини.

Първо, ADHD е ангажирало многообразна невротрансмитерна система.

Второ, има широки граници на коморбидитет и трето, защото до сега идентифицираните гени са отговорни само за част от познатите ни прояви на ADHD(1,8,9).

КОМОРБИДИТЕТ

- Протестно и агресивно поведение
- Тикова невроза и безпокойство
- Емоционални разстройства
- ADHD

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Съвременната фармакотерапия се придържа към следните схеми: стимуланти, антидепресанти, агонисти, невролептици (Methylphenidate, Concerta, Imipramin, Atomoxetine, Clonidine, Risperidone (2,8,10). Най-често използвани досега са Methylphenidate (ефективен в 75-90%), Concerta, Atomoxetine.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Когнитивно-поведенческата терапия интегрира поведенчески подходи и когнитивни техники за редукция на психомоторното безпокойство и невнимание, типични за синдрома на хиперактивност с дефицит на внимание.

Индивидуалната психотерапия цели да постигне намаляване на симптомите, пречателни за адаптацията; трансформиране на детско-юношеското разбиране и самооценка, както и трениране на начини за справяне.

Фамилната терапия е насочена към обучение на семейството за приемане на проблема, участие в лечебния процес, осигуряване за детето на нужната подкрепа и намаляване на вторичния стрес.

Чрез тренинг програми за учители се постига намаляване на стигматизацията. (2,4)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ADHD е най-често диагностицираното поведенческо разстройство при деца и юноши. То засяга между 3 и 5 процента от децата в училищна възраст за 6 месечен период от време. Децата и младежите с хиперактивно разстройство имат трудности в контролирането на тяхното поведение в училище и в социална среда. Често попадат в инциденти. Въпреки, че някои от тези младежи не получават високи оценки в училище, повечето имат нормална или близка до нормалната интелигентност(12). Има три вида дефицит на внимание / хиперактивно разстройство и трите имат свои специфични симптоми. Видовете са невнимателен, хиперактивен - импулсивен и комбинирано на дефицит на вниманието / хиперактивно разстройство. Диагностициране на един от трите видове разстройства обикновено се прави, когато децата имат няколко от гореизброените симптоми преди 7 годишна възраст и те траят поне 6 месеца. Обикновено симптомите трябва да бъдат наблюдавани в поне две различни области, като дома и училището например, за да може да бъде поставена диагнозата. Традиционните модели включват медикаментозна терапия и / или когнитивно - поведенческа терапия.

Най-широко използваните лекарства са стимулантите. Те повишават активността в някои части на мозъка, които обичайно не са активни при деца с такова разстройство, повишават вниманието и редуцират импулсивността, хиперактивността или агресивното поведение. Някои видове антидепресанти и транквилизатори, също могат да помогнат за намаляване на симптомите на това разстройство, но както при повечето медикаменти и използваните за лечение на това разстройство, имат странични ефекти: разстройване ритъма на съня, загуба на тегло, намаляване на апетита, забавяне на естествения растеж. Счита се обаче, че в повечето случаи ползите от лекарствата значително превишават страничните им ефекти (2,4).

Друг лечебен метод е поведенческата терапия, която включва използването на технологии и стратегии за модифициране на поведението на деца с ADHD. Тя включва обучение на родителите и учителите, сравняване на усилията за корекция на поведението в дома и училище, създаване на специални битови условия. Препоръчително за родителите е дори и да имат съмнение за ADHD, да не

прибързват в изводите. В много от случаите просто става дума за високо ниво на енергия при дете или младеж, а това не е еквивалент на медицинска диагноза. Тя зависи от способността на детето или младежа да завърши дадена задача, която отговаря на нивото на интелигентност на неговата възраст. Тази способност е най-добре да бъде доказана с клинични психологични методи и потвърдена от наблюдаващ специален педагог (2,4).

Въпреки, че лечението може да не успее напълно да елиминира нежеланите симптоми, повечето деца с хиперактивно разстройство на поведението се повлияват от медикаменти и поведенческа терапия (4).

ADHD е заболяване с наследствен характер, има висока честота (15%) в училищна възраст, като диагнозата се поставя в периода 4 -12 години. Необходимо е редовно наблюдение.

СПОРНИ ОСТАВАТ ВЪПРОСИТЕ ОТНОСНО:

Диагнозата: Както за вниманието, така и за хиперактивността няма обективни диагностични тестове, а опитите да се измерват цялостни степени на активност или бързина на индивидуални движения, остават безуспешни при клинично разграничаване на пациентите. Експерименти със забавяни/инхибиране на реакциите или имат подобна съдба, или са в начален стадий. И въпреки натрупаната огромна информация в областта на неврологията, биохимията и генетиката, данните все още не са достатъчно убедителни, за да бъдат от практическа полза. Диагнозата на ADHD си остава клинична и базирана на поведенчески критерии.

Вида на терапията и подходящата възраст на пациента:

Общоприето е мнението, че най-добре е да се избягват медикаменти в предучилищна възраст, отчасти поради трудности при поставяне на диагнозата, а и поради непредсказуеми странични ефекти от третирането със стимуланти в този възрастов период. Спорен е и въпросът за освобождаване от лекарствена терапия към средата на юношеството или поддържането и цял живот при проспективни данни, че около 10% от момчетата с ADHD показват сходна клинична картина и в средата на 20-те си години? Остатъчни проблеми в зряла възраст по отношение на самоорганизацията и емоционалната податливост не изглеждат необичайни при

клинични наблюдения. Неубедителни са и резултатите от различните видове диети /напр. олиго-антигенни/, както и ефектите от някой форми на психотерапия. Чисто когнитивните подходи не са многообещаващи, защото децата могат да се обучат на самоинструкция да се концентрират, но да не я използват “на живо”. Поведенческите интервенции са абсолютно безполезни ако се насочват само към детето и не обхващат родители и учители, които могат да са с погрешни представи и информационен дефицит.(14,15,18,20,23)

БИБЛИОГРАФСКА СПРАВКА:

1. Брадинова И., Изоставане в умственото развитие в детска възраст: етиологична структура, клинични характеристики и диагностичен подход, Дисертационен труд, 2006, София
2. Стамболова Св., Състояния на тревожност в детска възраст, Съвременни проблеми на педиатрията, кн.3/27-45, 1999, ИК”Фокус”, София
3. Шопова С., Когнитивен и поведенчески фенотип на дисморфични синдроми, срещани най-често в клиничната практика, Дисертационен труд, 2002, София
4. Хиперкинетично (Хиперактивно) разстройство на поведението психично-здравен сайт на България, 2006
5. Barkley R.A., Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Treatment of Childhood Disorders, The Guilford Press, 1999, pp.55, New York, London
6. Barkley RA. Taking Charge of ADHD. New York: The Guilford Press, 2000, p. 21
7. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Knee D, Tsuang MF. Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1990; 29(4): 526-533
8. Bonnier Chr., ADHD, 2005, Service de Neurologie Pediatrique Cliniques Saint-Luc, Bruxelles
9. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, Blumenthal JD, James RS, Ebens CI, Walter JM, Zijdenbos A, Evans AC, Giedd JN, Rapoport JL. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of the American Medical Association, 2002, 288:14:1740-1748

10. DSM-IV-TR workgroup. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: Am. Psych. Association
11. Faraone SV, Biederman J. Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 1998; 44; 951-958
12. Geller B, Williams M, Zimmerman B, Frazier J, Beringer L, Warner KL. Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling. *J.of Affective Disorders*, 1998, 51:81-91
13. Hesdorffer DC, Ludvigsson P, Olafsson E, Gudmundsson G, Kjartansson O, Hauser WA. ADHD as a risk factor for incident unprovoked seizures and epilepsy in children, 2005, Gertrude H. Sergievsky Center, College of Physicians & Surgeons and of Epidemiology. Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, NY 10032, USA.
14. Hill P., ADHD, 1999, Child and Adolescent Psychiatry, St George,s Hospital Medical School, London.
15. Hoover DW, Milich R. Effects of sugar ingestion expectancies on mother-child interaction. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1994; 22; 501-515
16. Lagercrantz H., M. Hanson, Ph. Evrar and Ch. Rodeck, The newborn brain, Neuroscience and clinical applications, 2002 Cambridge un. press
17. Still GF. Some abnormal psychical conditions in children: the Goulstonian lectures. *Lancet*, 1902;1:1008-1012
18. Silver LB. Attention-deficit hyperactivity disorder in adult life. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2000;9:3: 411-52333. Attention Deficit Disorder in Adults. *Harvard Mental Health Letter*, 2002;19;5:3-6.
19. The ADHD Molecular Genetics Network. Report from the third international meeting of the attention-deficit hyperactivity disorder molecular genetics network. *American Journal of Medical Genetics*, 2002, 114:272-277
20. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Archives of General Psychiatry*, 1999;56:1073-1086

21. Thome J., Jacobs KA., Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book, Departement of Psychiatry, School of Medicine, University of Wales Swansea, UK.
22. Wender PH. ADHD: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults. Oxford University Press, 2002, p. 9
23. Wilens TC, Faraone, SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. Pediatrics, 2003, 111:1:179-185

Адрес за кореспонденция:

СИЛВИЯ ШОПОВА

ДОКТОР ПО МЕДИЦИНСКА ПСИХОЛОГИЯ

ПЪРВА ДЕТСКА КЛИНИКА

МБАЛ “АЛЕКСАНДРОВСКА”

Ул. “Г. Софийски” №1, СОФИЯ 1431

Тел: 9230 /640/ или /309/

GSM: 0887 49 84 11

E-mail: sylviashopova@yahoo.co.uk