

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Клиническая лекция

А.С. Котов, М.Н. Борисова, М.В. Пантелеева, Ю.В. Матюк, А.В. Шаталин

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»;
Россия, 129110, Москва, ул. Щепкина, 61/2

Контакты: Алексей Сергеевич Котов alex-013@yandex.ru

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) — серьезная проблема для детских неврологов. Распространенность СДВГ в развитых странах варьирует от 1 до 20 %. СДВГ характеризуется триадой симптомов: нарушением внимания, гиперактивностью, импульсивностью (в Международной классификации болезней 10-го пересмотра кодируется как F90) и является наиболее распространенным поведенческим расстройством у детей. Этиология СДВГ остается дискуссионной до настоящего времени, существует несколько основных концепций происхождения данного синдрома. Проявления СДВГ могут служить причиной семейных конфликтов, плохих отношений с ровесниками, нарушения социальной и школьной адаптации, трудностей обучения, снижения успеваемости, несчастных случаев и травм, курения, злоупотребления психоактивными веществами (токсикомания, наркомания), правонарушений, антисоциального поведения, тем самым оказывая негативное влияние на все сферы жизни пациента. Проявления СДВГ могут сохраняться у взрослых, что приводит к трудностям в работе, низкой самооценке, проблемам в семейной жизни, злоупотреблению алкоголем, психоактивными веществами и другим неблагоприятным последствиям. Авторы описывают этиологию, патогенез, принципы диагностики (включая диагностические шкалы и тесты), дифференциальный диагноз (с перечислением большой группы различных заболеваний, проявления которых могут напоминать СДВГ), лечение и прогноз синдрома. В рамках терапевтической коррекции авторы представляют определение и основные принципы Монтессори-терапии, включая рекомендации родителям и близким по поведению с детьми с СДВГ.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, невнимательность, гиперактивность, импульсивность, этиология, патогенез, диагноз, дифференциальный диагноз, терапия, медикаментозная коррекция, Монтессори-терапия, прогноз

DOI: 10.17650/2073-8803-2015-10-2-54-58

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER. A CLINICAL LECTURE

A.S. Kotov, M.N. Borisova, M.V. Panteleeva, Yu.V. Matyuk, A.V. Shatalin

M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute; 61/2 Shchepkina St., Moscow, 129110, Russia

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a serious problem to pediatric neurologists. The prevalence of ADHD in developed countries ranges from 1 to 20 %. ADHD is characterized by a triad of symptoms: inattention, hyperactivity, and impulsivity (the International Statistical Classification of Diseases, 10th revision, codes it as F90) and it is the most common conduct disorder in children. The etiology of ADHD remains disputable to the present day; there are a few basic concepts of the origin of this disorder. Its manifestations may be a reason for family conflicts, poor peer relationships, social and school maladjustment, learning problems, lower academic performance, accidents and injuries, smoking, psychoactive substance abuse (toxicomania, narcomania), delinquencies, deviant social behavior, thus having a negative impact on all spheres of a patient's life. The manifestations of ADHD may continue in adulthood, resulting in work and family life problems, low self-evaluation, alcohol and psychoactive substance abuse, and other unfavorable consequences. The authors describe the etiology, pathogenesis, diagnostic principles (diagnostic scales and tests), differential diagnosis (by setting out a large group of different diseases, the manifestations of which can mimic ADHD), treatment, and prognosis of the disorder. Within its therapeutic correction framework, the authors present the definition and general principles of Montessori therapy, including recommendations for parents and relatives to deal with children with ADHD.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder, inattention, hyperactivity, impulsivity, etiology, pathogenesis, diagnosis, differential diagnosis, therapy, drug correction, Montessori therapy, prognosis

Введение

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) характеризуется триадой симптомов: нарушением внимания, гиперактивностью, импульсивностью (в Международной классификации болезней 10-го пересмотра кодируется как F90) и является наиболее

распространенным поведенческим расстройством у детей.

Проявления СДВГ могут служить причиной семейных конфликтов, плохих отношений с ровесниками, нарушения социальной и школьной адаптации, трудностей обучения, снижения успеваемости, не-

счастливых случаев и травм, курения, злоупотребления психоактивными веществами (токсикомания, наркомания), правонарушений, антисоциального поведения, тем самым оказывая негативное влияние на все сферы жизни пациента. Проявления СДВГ могут сохраняться у взрослых, что приводит к трудностям в работе, низкой самооценке, проблемам в семейной жизни, злоупотреблению алкоголем, психоактивными веществами, криминальным поступкам [13].

Распространенность синдрома дефицита внимания с гиперактивностью в детской популяции

СДВГ — одно из самых частых поведенческих расстройств у детей [9]. По результатам современных зарубежных эпидемиологических исследований, распространенность СДВГ в детской популяции составляет от 2 до 12 % (в среднем 3–7 %) [11, 14]. Несколько исследований распространенности СДВГ в России показали очень противоречивые результаты: В.Р. Кучма и А.Г. Платонова (1997), обследовав с помощью опросников, разработанных Американской психиатрической ассоциацией (1994), около 1000 школьников 6–8 лет, получили распространенность СДВГ на уровне 28,1 % для выборки в целом (34,4 % для мальчиков и 21,7 % для девочек), И.П. Брызгунов и Е.В. Касатикова (2001) — 7,0 % случаев, а V. Ruchkin et al. (2006) — 6,3 %. СДВГ значительно чаще встречался в популяции у лиц мужского пола (в среднем в соотношении 3:1) [2, 5, 10].

По данным скрининга, проведенного в Московской области (анкетный метод), распространенность синдрома составила 16,4 %, из них комбинированный (смешанный) вариант — 48,8 %, с преобладанием дефицита внимания — 43,9 %, гиперактивности — 7,3 %.

Этиология синдрома дефицита внимания с гиперактивностью

Этиология СДВГ остается дискуссионной до настоящего времени. Авторы предлагают несколько концепций происхождения данного синдрома, одна из которых — генетическая концепция, согласно которой СДВГ является полигенным расстройством, его развитие детерминировано множеством генов [12]. Нейробиологическая и нейрофизиологическая концепции связывают появление СДВГ со снижением локального мозгового кровотока в лобной коре и подкорковых узлах [8], дефицитом торможения в сенсомоторной системе как на уровне корковых структур (лобной доли), так и на уровне подкорковых образований (хвостатое ядро), вызывающих активацию сенсомоторной коры [3].

Такие средовые медико-биологические и социально-психологические факторы, как пренатальная и перинатальная патология, недоношенность, задержка внутриутробного развития, токсикозы и угроза прерывания беременности на ранних сроках, родовые трав-

мы, гипоксия плода, внутриутробные интоксикации и инфекции, искусственное вскармливание, алиментарная недостаточность, авитаминозы, травмы, интоксикации, особенности воспитания, играют значительную роль в происхождении СДВГ [2, 4, 7].

Диагностические критерии синдрома

Выделяют 3 подтипа СДВГ:

- а) с преобладанием симптомов невнимательности;
- б) с преобладанием симптомов гиперактивности и импульсивности;
- в) смешанный тип.

Симптомы невнимательности: неспособность внимательно следить за деталями или совершение беспечных ошибок в школьной программе, работе или другой деятельности; трудности концентрации внимания на заданиях или в игровой деятельности; трудности в выполнении повседневных дел (не являющиеся следствием оппозиционного поведения или неспособности понять инструкции); нарушение организации заданий и деятельности, забывчивость, повышенная отвлекаемость на внешние стимулы.

Симптомы гиперактивности: беспокойные неуместные движения руками и ногами, неусидчивость, неадекватная шумная активность в играх, трудность тихого проведения досуга.

Симптомы импульсивности: нетерпеливость, затруднения при ожидании очереди в играх или групповых занятиях, прерывание разговоров или игр других людей, повышенная разговорчивость без адекватной реакции на социальные ограничения.

Для постановки диагноза необходимо наличие 6 из перечисленных симптомов невнимательности и более, 6 из перечисленных симптомов гиперактивности и импульсивности и более, которые сохраняются не менее 6 мес и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам.

Тяжесть СДВГ оценивается по шкале Коннерса (1997):

- минимальная — незначительное отличие поведения от здоровых детей;
- легкая — ухудшение поведения в новом окружении;
- умеренная — значительные трудности в школе;
- выраженная — значительные трудности в школе и в общении с окружающими.

Дифференциальный диагноз СДВГ включает в себя индивидуальные особенности личности и темперамента, при этом характеристики поведения активных детей не выходят за границы возрастной нормы, уровень развития высших психических функций хороший. Помимо этого, выделяют ряд нозологических форм, требующих дифференциальной диагностики с СДВГ:

- тревожные расстройства;
- последствия перенесенной черепно-мозговой травмы;
- нейроинфекции, интоксикации;
- астенический синдром при соматических заболеваниях;
- специфические расстройства развития школьных навыков: дислексия, дисграфия, дискалькулия;
- эндокринные заболевания (патология щитовидной железы, сахарный диабет);
- нейросенсорная тугоухость;
- наследственные синдромы: Туретта, Вильямса, Смита—Мажениса, Беквита—Видемана, фрагильной X-хромосомы;
- психические расстройства: нарушения поведения, аффективные расстройства, умственная отсталость, аутизм, шизофрения.

Рекомендуемый алгоритм нейропсихологического тестирования

Для психологической оценки показателей внимания может применяться компьютерный психодиагностический комплекс Effecton Studio 2006 [6].

Дошкольный возраст — пакет диагностических игр «Зоопарк»:

- тест «Найди ежика» — интенсивность внимания;
- тест «Поиграй с фламинго» — устойчивость внимания;
- тест «Накорми обезьян» — переключаемость внимания.

Школьный возраст — пакет «Внимание»:

- тест «Корректор» (компьютерный вариант корриктурной пробы Бурдона) — концентрация внимания;
- тест «Красное и черное» (компьютерный вариант 3-й части теста Шульте—Горбова) — переключение внимания;
- тест «Нарисуй человека» (методика составления рассказа по серии последовательных картинок, зрительно-моторный гештальт-тест Бендер) — суммарная оценка развития речи и мышления.

Принципы комплексной терапии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью

Психолого-педагогическая коррекция

Консультации психолога и педагога следует проводить на протяжении всего лечебного процесса не менее 1 раза в 2 мес. В ходе первичного психологического обследования определяется психолого-педагогический статус ребенка, основные симптомы дефицитарности и несформированности высших психических функций. Составляется индивидуальная коррекционная программа, направленная на формирование либо перестройку несформированных, поврежденных функций, профилактику возникновения вторичных симптомов с применением

Монтессори-материалов. Родители обучаются основным коррекционным приемам работы с ребенком, информируются о новых способах общения с детьми, решения конфликтных ситуаций в школе и дома, знакомятся с отличными от общеобразовательной школы способами формирования школьных навыков на основе Монтессори-педагогике, с методикой изготовления Монтессори-материалов из подручных средств.

Монтессори-терапия основана на принципах Монтессори-педагогике, разработанной итальянским педагогом и врачом Марией Монтессори (1870—1952). Основопологающая идея Монтессори-педагогике — свободное гуманистическое воспитание под девизом: «Помоги мне сделать это самому». При обучении ребенок и его индивидуальность ставятся во главу угла. Влияние педагога на ребенка в «Монтессори-среде» опосредовано, осуществляется с помощью автодидактизма: дети сами свободно выбирают себе материал для обучения, но работают с ним так, как задумал педагог и как того требует дидактический материал. Темп обучения индивидуальный, зависит от личностных особенностей и способностей ребенка, его темперамента, уровня развития и обучаемости [1].

Рекомендации родителям по Монтессори-педагогике

- Структурирование пространства жизни ребенка: в помещении проживания не должно быть хаоса, исключается большое количество игрушек, элементов мебели; зона для занятий отделена от игровой, обеспечивается свободный доступ ко всем личным предметам: одежде, игрушкам, средствам гигиены; расположение вещей упорядочено, наиболее значимые предметы должны находиться на доступном уровне для визуального восприятия.
- Строгое соблюдение режима дня с обязательным символическим обозначением разных видов деятельности ребенка с помощью графических рисунков и меток.
- Единые требования родителей к ребенку и система поощрений и наказаний.
- В процессе занятий инструкции и просьбы должны быть четкими и конкретными, чтобы не отвлекать ребенка от выполнения заданий. При формулировке инструкции рекомендуется устанавливать телесный контакт (например, взять ребенка за руки, посадить на колени и т. д.).
- Ребенок должен самостоятельно выбирать задания для выполнения (выбор ограничивается 2—3 заданиями).
- Для формирования обобщающей функции речи необходимо использовать 3-ступенчатый урок (знакомство ребенка с каким-либо понятием, возможность самостоятельной работы, введение понятия в активный словарь).
- Для развития произвольной концентрации внимания при работе с Монтессори-материалом акцентировать внимание на последнем действии (зрительное

сосредоточение на последней капле при переливании из кувшина в кувшин, рассыпанные горошины на подносе при пересыпании и т. д.).

- Принцип ограничения рабочего места в процессе индивидуальной работы (стол, поднос, коврик).

- Для формирования сенсомоторных функций использовать упражнения по отработке бытовых навыков (пересыпание, переливание, работа с различными рамками, застёжками и проч.).

- Для улучшения зрительно-моторной координации использовать работу с Монтессори-материалами: рисование на песке и манке, обводка шероховатых букв и цифр, различные виды штриховок, применение двойной линии контура обводки.

- Для формирования математических навыков использовать Монтессори-материалы, позволяющие перевести абстрактные математические действия (сложение, вычитание, умножение и деление) в предметный план (работа с числовыми штангами, числовыми веретенами и т. д.).

- В процессе занятий физкультурой в домашних условиях уделять особое внимание движениям по кругу в сочетании с постановкой правильного дыхания.

Рекомендации родителям и близким по поведению с детьми с СДВГ [4]

- В своих отношениях с ребенком придерживайтесь «позитивной модели». Хвалите его в каждом случае, когда он этого заслужил, подчеркивайте успехи. Это поможет укрепить уверенность ребенка в собственных силах.

- Избегайте повторения слов «нет» и «нельзя».

- Говорите сдержанно, спокойно, мягко.

- Давайте ребенку только одно задание на определенный отрезок времени, чтобы он мог его завершить. Для подкрепления устных инструкций используйте зрительную стимуляцию.

- Поощряйте ребенка за все виды деятельности, требующие концентрации внимания (например, работа с кубиками, раскрашивание, чтение).

- Поддерживайте дома четкий распорядок дня. Время приема пищи, выполнение домашних заданий

и сна ежедневно должно соответствовать этому распорядку.

- Избегайте по возможности скоплений людей. Пребывание в крупных магазинах, на рынках, в ресторанах и т. д. оказывает на ребенка чрезмерное стимулирующее действие.

- Во время игр ограничивайте ребенка лишь одним партнером. Избегайте беспокойных, шумных приятелей.

- Оберегайте ребенка от утомления, приводящего к снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности.

- Давайте ребенку возможности расходовать избыточную энергию. Полезна ежедневная физическая активность на свежем воздухе: длительные прогулки, бег, спортивные занятия.

- Помните о том, что присущая детям с данной патологией гиперактивность хотя и неизбежна, но может удерживаться под разумным контролем с помощью перечисленных мер.

Фармакотерапия

Программа медикаментозного лечения СДВГ заключается в последовательном назначении комплексов препаратов различных фармакологических групп. Следует подчеркнуть, что большинство препаратов для лечения СДВГ, применяемых на Западе, либо полностью запрещены в России (амфетамин, декстроамфетамин, метилфенидат), либо не одобрены для применения при СДВГ и не применяются в детской практике (клонидин, гуанфацин, бупропион, имипрамин). В России терапия СДВГ традиционно включает препараты гамма-аминомасляной кислоты, ноотропные и нейрометаболические препараты, а также некоторые транквилизаторы, атипичные нейролептики, антидепрессанты и ингибитор обратного захвата серотонина атомоксетин. К сожалению, вопрос об эффективности медикаментозных методов коррекции СДВГ остается дискуссионным. Очевидно, лекарственная терапия синдрома для достижения стойкого и длительного результата должна сочетаться с методами педагогической коррекции и психотерапией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрущенко Н.В. Монтессори-педагогика и Монтессори-терапия. СПб.: Речь, 2010. 316 с. [Andruschenko N.V. Montessori education and Montessori therapy. Saint Petersburg: Rech, 2010. 316 p. (In Russ.)].
2. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок. М.: Издательство Института психиатрии, 2001. [Bryazgunov I.P., Kasatikova E.V. Fidgety child. Moscow: Publishing

- House of Psychiatry Institute, 2001. (In Russ.)].

3. Горбачевская Н.Л., Заваденко Н.Н., Сорокин А.Б., Григорьева Н.В. Нейрофизиологическое исследование синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Сибирский вестник психиатрии и наркологии 2003;(1):47–51. [Gorbachevskaya N.L., Zavadenko N.N., Sorokin A.V., Grigoryeva N.V. Neurophysiological research

- of attention deficit hyperactivity disorder. Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii = Siberian Bulletin of Psychiatry and Addiction Medicine 2003;(1):47–51. (In Russ.)].
4. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: Академия, 2005. 256 с. [Zavadenko N.N. Hyperactivity and attention deficit in childhood. Moscow: Academy, 2005. 256 p. (In Russ.)].

5. Кучма В.Р., Платонова А.Г. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей России: распространенность, факторы риска и профилактика. М.: Рарог, 1997. [Kuchma V.P., Platonova A.G. Attention deficit hyperactivity disorder in Russian children: prevalence, risk factors and prevention. Moscow: Rarog, 1997. (In Russ.)].
6. Тугой И.А. Психологические методы в образовании с Effecton Studio. Липецк: ЛЭГИ, 2006. [Tugoy I.A. Psychological methods in education with effecton studio. Lipetsk: LEGI, 2006. (In Russ.)].
7. Barkley R.A., Fischer M., Smallish L., Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006;45(2):192–202.
8. Biederman J., Faraone S.V. Attention deficit hyperactivity disorder. Lancet 2005;366(9481):237–48.
9. Furman L. What is attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? J Child Neurol 2005;20(12):994–1002.
10. Ruchkin V. et al. Attention-deficit/hyperactivity symptoms and associated psychopathology in a community sample of Russian adolescents. New Haven: CT, 2006.
11. Swanson J.M., Sergeant J.A., Taylor E. et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. Lancet 1998;351(9100):429–33.
12. Thapar A., O'Donovan M., Owen M.J. The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. Hum Mol Genet 2005;14 Spec No 2: R275–82.
13. Weiss M., Tannock R., Kratochvil Ch. et al. A randomized, placebo-controlled study of once-daily atomoxetine in the school setting in children with ADHD. J Am Acad Child Adol Psychiatry 2005;44(7):647–55.
14. Zametkin A.J., Ernst M. Problems in the management of attention-deficit-hyperactivity disorder. N Engl J Med 1999;340(1):40–6.