

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Белорусская медицинская академия
последипломного образования
Кафедра психиатрии и наркологии

Е.Р. Евсегнеева

**Расстройство с дефицитом внимания и
гиперактивностью - особенности клиники,
диагностики и лечения**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2013

УДК 616.89-008-036/1-07-08(075.9)

ББК 56.я 73

Е 25

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
УМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол №6 от 17.09 2013 г.

Авторы:

доцент кафедры психиатрии и наркологии к.м.н. Е.Р. Евсегнеева

Рецензенты:

кафедра общей и клинической психологии

доцент каф. психиатрии и медицинской психологии БГМУ к.м.н. Пятницкая И.В.

Евсегнеева Е.Р.

Е 25

Расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью -
особенности клиники, диагностики и лечения: учеб-метод. пособие
/Е.Р. Евсегнеева. -: Минск: БелМАПО, 2013.-22 с.

ISBN 978-985-499-680-6

В учебно-методическом пособии представлена информация о распространенности расстройства с дефицитом внимания и гиперактивностью, способах его диагностики согласно современным классификациям, описаны особенности возрастной динамики. Приведены инструменты описания и оценки расстройства. Отдельное внимание уделяется медикаментозному лечению РДВГ согласно современным международным стандартам.

Предназначено для психиатров, психотерапевтов, а так же врачей общей практики.

УДК 616.89-008-036/1-07-08(075.9)

ББК 56.я 73

ISBN 978-985-499-680-6

© Евсегнеева Е.Р., 2013

© Оформление БелМАПО, 2013

Оглавление

Эпидемиология.....	5
Диагностические критерии МКБ-10 и DSM-IV-TR – общность и различия подхода.....	6
Недостатки существующих классификаций	7
Обследование при постановке диагноза и назначение лечения	8
Инструменты оценки и описания	8
Особенности организации когнитивной сферы, сопутствующие проблемы.....	9
Возрастная динамика при РДВГ.....	11
Лечение.....	12
Литература.....	16
Приложение 1.....	18

Термин расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ) описывает детей, у которых наблюдаются постоянные и несоответствующие их возрасту симптомы невнимательности, гиперактивности и импульсивности [6,8]. Сам термин относительно нов, но дети с чрезмерно активным и несдержанным поведением известны достаточно давно. В 1845 году Генрих Гофман (Heinrich Hoffmann), немецкий невропатолог, изложил в книге для детского чтения один из первых известных случаев гиперактивности. В его поэме описано импульсивное поведение за столом ребенка с «говорящим» именем Фиджети Фил*, который «Сидеть не любил. / Он и вертелся, / Он и крутился, / На стуле качался, / И стул повалился». Падая со стула, Фил кричит и цепляется за скатерть: «Дружно посыпались на пол они: / Вилки, стаканы, тарелки, ножи» (Hoffmann, 1845) [7].

РДВГ не имеет определенных физических признаков, которые можно обнаружить при инструментальных и лабораторных исследованиях. Он может быть идентифицирован только по характерным паттернам поведения, которые очень схожи у разных детей. На сегодня обнаружено немало объяснений причин возникновения расстройства, но ни одна из них не является исчерпывающей [1,7,9,11,13,20].

Поступки детей с РДВГ с обычной точки зрения лишены логики и противоречивы. Их безрассудство и дезорганизованность — постоянный источник стресса для самого ребенка, его близких, учителей и одноклассников. Почему он не может сидеть спокойно? Почему она ничего не доводит до конца? Почему он совершает столько ошибок из-за невнимательности? Но в определенное время или в некоторых ситуациях дети с РДВГ выглядят совершенно нормальными. Эта непоследовательность заставляет других подумать о том, что ребенок может контролировать свое поведение, если приложит больше усилий или если взрослые ограничат ребенка более жесткими рамками. Однако ни сверхусилия, ни ужесточение правил поведения обычно не помогают, потому что большинство детей с РДВГ уже пытались пойти по этому пути. Они хотели вести себя хорошо, но недостаточный самоконтроль постоянно мешал им. В результате они испытывают страдание, стыд и грусть, когда их обвиняют в невнимательности или присваивают клички. Часто они просто не понимают, что произошло что-то не так, или что они могли бы действовать иначе.

Данное расстройство весьма широко распространено, значительно влияет на судьбы людей и вместе с тем хорошо изучено, в отношении него разработаны эффективные схемы лечения и коррекции.

Эпидемиология

РДВГ занимает второе место по распространенности в популяции среди всех психических и поведенческих расстройств детского и подросткового возраста, уступая лишь расстройствам поведения. При использовании диагностических критериев МКБ-10 общепопуляционная распространенность составляет 1-3%, при использовании более подробных

критериев DSM-IV-TR – 2 - 5% [1,7,18,19,20]. Чаще всего расстройство диагностируется в дошкольном и младшем школьном возрасте, значительно чаще среди мальчиков (3:1 в эпидемиологических выборках, 6:1 в клинических). По общим оценкам, у детей в возрасте 6-12 лет РДВГ обнаруживается у 2-3% девочек и у 6-9% мальчиков. К подростковому возрасту общая частота распространенности РДВГ и у мальчиков, и у девочек снижается, но мальчики продолжают преобладать в том же соотношении 2:1 или 3:1 [1, 20]. Возможно, такая диспропорция связана и с тем, что именно у девочек дефицит внимания не всегда сопровождается гиперактивностью и деструктивными формами поведения, характерными для мальчиков, и с тем, что сами диагностические критерии, как они представлены в DSM и МКБ, разработаны и протестированы в основном на мальчиках и многие из симптомов (например, чрезмерная подвижность или преждевременный ответ в классе) в общем более присущи мальчикам, чем девочкам.

В ряде исследований так же обнаружена связь расстройства с низким социо-экономическим статусом, депривацией и воспитанием в учреждениях.

Диагностические критерии МКБ-10 и DSM-IV-TR – общность и различия подхода

В Таблице 1 приведены диагностические критерии РДВГ согласно Руководству DSM-IV-TR. Диагностические критерии Гиперкинетического расстройства МКБ-10 (F 90.0 – F 90.9) доступны и известны читателю. Сходность подхода обеих классификаций заключается в признании *устойчивости* в различных ситуациях, недостаточно даже тяжелой гиперактивности и дефицита внимания в одной обстановке. Так же необходимо отметить, что даже тяжелая гиперактивность может не проявляться во время короткого визита к врачу в незнакомой обстановке или во время такой высокостимулирующей деятельности, как компьютерные игры. *Хроническое течение* (хотя бы 6 месяцев) и *раннее начало* (до 7 лет) так же необходимы для постановки диагноза в обеих классификациях. И в МКБ-10 и в DSM-IV расстройства аутистического спектра имеют превосходство над гиперактивными расстройствами, диагноз РДВГ так же не ставят когда беспокойство и плохая концентрация обусловлены расстройством настроения, тревожным расстройством или шизофренией.

Таблица 1 Диагностические критерии РДВГ согласно Руководству DSM-IV-TR

Или (1), или (2)

(1) Шесть (или более) из следующих симптомов **невнимательности**, сохраняющихся в течение, по меньшей мере, 6 месяцев; степень проявления симптомов нарушает адаптацию или не соответствует уровню развития:

Невнимательность

(а) Часто не может сосредоточить пристальное внимание на деталях или совершает ошибки по невнимательности в школьных заданиях, на работе и в

другой деятельности

(b) Часто не может удерживать внимание во время работы или в игре

(c) Часто не слушает то, что ему говорят

(d) Часто не следует инструкциям или не может закончить школьное или рабочее задание или не может выполнить до конца повседневные домашние обязанности (не по причине оппозиционного поведения или непонимания инструкций)

(e) Часто обнаруживает трудности с организацией труда и деятельности

(f) Часто избегает, не любит или неохотно выполняет задания, которые требуют постоянного напряжения умственных усилий (например школьные или домашние задания)

(g) Часто теряет вещи, необходимые для работы и другой деятельности (например — игрушки, школьные принадлежности, карандаши, книги или инструменты)

(h) Часто отвлекается на внешние раздражители

(i) Часто забывчив в повседневной деятельности

(2) Шесть (или более) из следующих симптомов **гиперактивности-импульсивности**, сохраняющихся в течение, по меньшей мере, 6 месяцев; степень проявления симптомов нарушает адаптацию или не соответствует уровню развития:

Гиперактивность

(a) Часто ерзает или двигает руками и ногами, когда сидит

(b) Часто встает с места в классе или в других ситуациях, когда предполагается непрерывное сидение

(c) Часто бежит или залезает куда-нибудь в неподходящей ситуации (у подростков и взрослых может быть ограничено субъективным ощущением беспокойства)

(d) Часто не может играть или проводить досуг тихо

(e) Часто совершает свои действия «на ходу» или «как заведенный»

(f) Часто слишком много говорит

Импульсивность

(g) Часто начинает отвечать, не дослушав вопроса

(h) Часто не может дождаться очереди

(i) Часто прерывает других или мешает им (например, вмешивается в разговоры или игры)

Так же, Руководство DSM выделяет три подтипа РДВГ:

Преимущественно невнимательный тип объединяет детей с преобладанием симптомов невнимательности — прогностически наиболее благоприятный, требует назначения более низких доз психостимуляторов, чаще встречается у девочек.

Преимущественно гиперактивный-импульсивный тип объединяет детей с преобладанием симптомов гиперактивности-импульсивности.

Смешанный тип объединяет детей с симптомами как невнимательности,

так и гиперактивности-импульсивности.

Различия рассматриваемых классификаций состоят в следующем — для диагностики РДВГ по DSM необходимо наличие 6 из 9 стандартных симптомов невнимательности и 6 из 9 симптомов гиперактивности, имеющих в этой систематике; для гиперкинетических расстройств МКБ необходимо 6 из 9 стандартных симптомов невнимательности, 3 из 5 симптомов гиперактивности и хотя бы 1 из 4 симптомов импульсивности, имеющих в данной систематике

МКБ-10 содержит внутри раздела F 90 такую категорию как Гиперкинетическое расстройство поведения (F 90.1), DSM же при наличии сопутствующих поведенческих нарушений требует использования второго диагноза из раздела Conduct Disorder и Oppositional Defiant Disorder, не вполне соответствующим Расстройствам поведения (F91) МКБ. Таким образом, одна из рубрик Гиперкинетического расстройства — нарушение активности и внимания (F 90.0)-может рассматриваться в качестве наиболее близкой по своим клиническим проявлениям и критериям диагностики к РДВГ.

Недостатки существующих классификаций

Онтогенетическая индифферентность. Руководство DSM и МКБ-10 не принимают в расчет несоответствия симптомов уровню развития и используют одни и те же симптомы для всех возрастов, несмотря на то, что некоторые из них (например, бегание и лазание) более присущи младшим детям. Помимо этого некоторые симптомы, необходимые для постановки диагноза, нельзя связать с возрастом или уровнем взросления, хотя многие из них со временем значительно ослабевают.

Категоричный взгляд на РДВГ. Согласно Руководству DSM и МКБ-10, РДВГ — это расстройство, которое либо есть у ребенка, либо его нет. Однако необходимые для постановки диагноза симптомы и тяжесть их проявления — параметры количественные, и дети, обнаруживающие недостаточные симптомы, не сильно отличаются от тех, кому ставится диагноз РДВГ. На самом деле, с течением времени многие дети могут перемещаться как в категорию расстройства, так и выходить из нее (вследствие изменений в их поведении). Несмотря на это говорить о категориях все же удобно, даже когда заболевание имеет непостоянную природу. Например, нет предельной верхней границы для артериального давления, но большинство из нас согласится с тем, что у людей с высоким артериальным давлением риск серьезных негативных последствий выше, чем у других.

Возникновение симптомов до 7 лет не обязательно. В ряде исследований было выявлено, что между детьми, у которых РДВГ возникает до и после 7 лет, мало различий и примерно у половины преимущественно невнимательных детей до 7 лет не было проявлений расстройства. Другие исследования показали, что клинический исход у детей со смешанным подтипом РДВГ хуже, чем у детей с преимущественно невнимательным

подтипом. Эти данные свидетельствуют о допустимости применения диагностического критерия «возникновение симптомов в возрасте до 7 лет» по отношению к смешанному, но не по отношению к невнимательному подтипу РДВГ.

Срок продолжительности проявления симптомов в течение 6 месяцев может быть недостаточным для младших детей. У многих дошкольников симптомы наблюдаются в течение 6 месяцев, а затем исчезают.

Эти ограничения указывают на тот факт, что критерии и DSM и МКБ разработаны для конкретной цели — для классификации и диагностики. Они позволяют нам сформировать наши представления о РДВГ, но и сами формируются результатами новых исследований, а иногда и выходят за их рамки.

Обследование при постановке диагноза и назначение лечения

Информация из разных источников (особенно школа) – РДВГ требует стойкого паттерна определенного поведения, однако иногда дети, им страдающие, выглядят абсолютно нормально. Например, в незнакомой ситуации или при такой высокостимулирующей активности, как игра в видеоигры. Неспособность ребенка управлять собой наиболее ярко проявляется в ситуациях, требующих повышенного самоконтроля (за приемом пищи, на уроках). Так же различным людям, оценивающим поведение ребенка, свойственны свои искажения (детско-родительские отношения, предвзятость учителей). Все это делает крайне важным сбор информации из всех возможных источников.

Рост, вес, АД, ЧСС, неврологические знаки, тики – Проявления тиков могут быть весьма разнообразны и напоминать клинику РДВГ. Помимо этого нередко коморбидные РДВГ тики накладывают существенные ограничения на выбор средства для психофармакотерапии. Такие физикальные показатели как рост, вес, ЧСС и АД так же могут меняться под воздействием приема психостимуляторов и необходимо обнаружить слабые места организма еще до начала медикаментозного лечения.

Гормональные проблемы – нарушения обмена гормонов щитовидной железы могут давать сходную с РДВГ клиническую картину.

Зрение и слух – ребенок может быть невнимателен и игнорировать инструкции в том числе и потому, что не получает их в полном объеме.

Психологическое обследование (когнитивный стиль, трудности в обучении) – знание этих особенностей – неперенное условие успешной реабилитационной программы [1,4,14,15] .

Инструменты оценки и описания

Поскольку критерии РДВГ в DSM и гиперкинетических расстройств в МКБ стандартизированы, но не ранжированы по степени выраженности, возникают сложности при оценке тяжести расстройства и дифференциации с субклиническими проявлениями, в связи с чем диагностика расстройства становится достаточно субъективной. В определенной степени это положение коррегируется использованием оценочных шкал, незаменимых

так же в исследованиях, посвященным фармакотерапии.

Наиболее известными оценочными шкалами для РДВГ являются Strengths and Weakness of ADHD-symptoms and Normal Behaviour [21], шкалы Conners Rating Scales, Revised (CRS-R) (версии для учителя, родителя, самоотчет) [12], Vanderbilt Scale (версии для учителя и родителя), последние два валидизированы для использования в нашей стране [2]. Существует так же российская оригинальная Шкала Оценки – критерии МКБ-10. Сухотина Н.К. с соавт.(2008) (версии для родителей и учителей) [4], приведенная в Приложении 1.

Особенности организации когнитивной сферы, сопутствующие проблемы

Особенности внимания при РДВГ

Объем (способность удержать некое количество информации определенное время) и избирательность (способность не отвлекаться на посторонние раздражители) внимания не страдают. Непрерывность внимания низкая – то есть такие дети отвлекаются больше других на *очень яркие и привлекательные стимулы и на постороннюю информацию, присутствующую в задании*. Например, вместо того, чтобы делать задание на мониторе компьютера, ребенок поглощен игрой с его клавиатурой. Таким образом, главная проблема внимания при РДВГ — недостаток непрерывности внимания.

Гиперактивность

Деятельность чрезмерно энергична, интенсивна, неадекватна и бесцельна, в отличие от просто энергичных детей, дети с РДВГ не стремятся довести до конца свои действия.

Импульсивность

Когнитивная импульсивность — симптомы, отражающие поспешное мышление и предполагающие необходимость присмотра. Например, сделать домашнее задание, но забыть взять его в школу. *Поведенческая импульсивность* — с трудом могут подавить свои реакции, когда ситуация вызывает.

Сопутствующие проблемы при РДВГ

Когнитивный дефицит – дефицит исполнительского функционирования, то есть функций, позволяющих поддерживать установку, необходимую для достижения целей. Исполнительское функционирование включается в себя когнитивные процессы, связанные с определением последовательности действий, планированием, способностью прогнозировать результат, гибкость мышления и использование организационных стратегий, а так же речевые и моторные процессы, связанные с использованием вербальной коммуникации, подавлением реакций и осмысленном применении норм поведения. Дети с РДВГ постоянно обнаруживают недостаточность одной или нескольких руководящих функций, особенно тех, которые связаны с торможением реакций.

Отношения со сверстниками - Дети и подростки с РДВГ редко достигают компромисса, им не удаются совместные действия и кооперация. Они могут быть надоедливы, упрямы, социально нечувствительны и не приспособлены к взаимодействию. Такие дети всегда привлекают общее внимание, ведут себя очень шумно, обнаруживают быструю реакцию и социально активны. Однако их активность неадекватна социальному контексту, что часто рождает непонимание других детей и вызывает самые негативные последствия. Похоже, что у этих детей возникают проблемы, даже когда они стремятся быть полезными, и хотя их поведение выглядит бессмысленным, оно часто бывает непреднамеренным. Их самооценки бывают завышенными, и они могут не понимать причин негативной реакции окружающих. Неудивительно, что детей с РДВГ не любят и отвергают сверстники, они имеют мало друзей и часто чувствуют себя неудачниками. Их неумение регулировать эмоции и возникающие вспышки агрессивности, приводят к конфликтам и обеспечивают плохую репутацию. Но даже неагрессивные дети с РДВГ испытывают одиночество и неприязненное отношение со стороны сверстников.

Проблемы в семье - Семьи детей с РДВГ испытывают много трудностей, включая внутренние взаимоотношения, характеризующиеся общей негативностью, непослушанием детей, излишней строгостью родителей, конфликтами между братьями и сестрами. Родители могут переживать сильный дистресс и связанные с этим проблемы, наиболее общими из которых являются депрессии у матерей и асоциальное поведение отцов (например, злоупотребление алкоголем и наркотиками) [10]. Еще более осложнять ситуацию в семье может то, что сами родители иногда имеют РДВГ и сопутствующие расстройства. Ранние конфликты позволяют построить прогноз о том, что ребенок будет неуступчивым в играх со сверстниками, воровать из дома, не выполнять свои обязанности в школе. Интересно, что матери склонны взаимодействовать с ребенком, у которого проявляется РДВГ, так же, как и с другими своими детьми. При опросе братья и сестры детей с РДВГ утверждали, что они чувствовали себя обиженными своим братом/сестрой, а родители обращали на это мало внимания или совсем не замечали. Важно отметить, что во многих случаях частые семейные конфликты, супружеские ссоры и появление психологических проблем у родителей обусловлены в большей степени не самим синдромом, а сопутствующими поведенческими расстройствами, возникающими у ребенка.

IQ чуть ниже, чем у сверстников, но в пределах нормы - Большинство детей с РДВГ имеют нормальный уровень развития интеллекта, а многие даже достаточно высокий. Их трудности заключаются не в недостатке интеллекта, а в применении когнитивных навыков в ситуациях повседневной жизни. В результате они никогда не используют свой потенциал в полной мере. При тестировании IQ они набирают примерно на 7-10 очков меньше, чем дети из контрольной группы и их собственные братья и сестры (у

большинства из них IQ все же находится в диапазоне «средний» или «выше среднего»). Так как тесты на IQ включают в себя субтесты (например, вычисления в уме), выполнение которых вызывает у детей с РДВГ специфические затруднения, их более низкие результаты вполне закономерны. Кроме этого, низкие показатели IQ могут быть прямым следствием симптомов РДВГ, определяющих поведение во время тестирования. Например, эти дети особенно плохо выполняют тесты, требующие непрерывного внимания.

Расстройства школьных навыков - дети с РДВГ обнаруживают недостатки академических навыков уже в дошкольном возрасте. Многие дети с РДВГ испытывают серьезные трудности в школе, вне зависимости от того, есть у них специфические расстройства обучения или нет. Они могут не справляться со школьными заданиями и тестами и получать плохие оценки. Впоследствии, они могут быть отчислены из высшего учебного заведения или не завершить высшее образование. У многих детей с РДВГ присутствуют и специфические расстройства научения, которые вызывают проблемы, связанные с речью, чтением и счетом. Также отмечаются трудности, связанные с техникой письма и плохой двигательной координацией.

Речевые особенности (расстройства развития речи)- От 30 до 60% детей с РДВГ обнаруживают речевые расстройства. Помимо более частого появления формальных речевых расстройств, у них так же часто возникают трудности с использованием речи в повседневных ситуациях. Для них характерна чрезмерная говорливость и громкость, они часто перескакивают с одной мысли на другую, не умеют выслушивать собеседника, перебивают других, ввязываются в разговор или затевают его в неподходящих ситуациях. Дети с РДВГ не только путано излагают свои мысли, но и используют меньше местоимений и союзов, так что собеседник с трудом может уловить смысл их высказываний. В своем разговоре они могут использовать непонятные связи с предыдущим или незнакомым слушателю контекстом, и тот может лишь предположить, о чем ведется речь, или вообще ничего не понять.

Нарушения сна, тики - У детей с РДВГ достаточно распространены нарушения сна. Нежелание ложиться спать и меньшее общее время сна, по-видимому, самые серьезные из проблем со сном. Более того, у этих детей значительно чаще нарушения сна могут быть связаны с приемом стимулирующих лекарств и сопутствующими психическими расстройствами. У детей с РДВГ выше частота тиков. Тем не менее, тики встречаются не часто, а их присутствие, скорее всего, не оказывает значительного влияния на психосоциальное функционирование ребенка.

Проблемы со здоровьем - дети с РДВГ гораздо чаще госпитализируются как в экстренном, так и в плановом порядке. Так, средняя стоимость медицинского обслуживания девятилетнего ребенка с РДВГ превышает обычную более чем вдвое [7,16,17]. Учитывая импульсивность, сложности с

подавлением моторики, неумение планировать и продумывать, не удивительно, что детей с РДВГ считаются склонными к риску. В результате несчастных случаев они более чем в 2 раза чаще, по сравнению с другими детьми, получают переломы костей, рваные раны, тяжелые ушибы, отравления или черепно-мозговые травмы. Импульсивность и необдуманное поведение детей с РДВГ также повышает риск травм с последующим посттравматическим стрессовым расстройством. В более старшем возрасте люди с РДВГ часто попадают в дорожно-транспортные происшествия. РДВГ — существенный фактор риска раннего начала курения, злоупотребления психоактивными веществами и рискованного сексуального поведения, такого как промискуитет или игнорирование средств защиты. Эти наблюдения говорят об эволюции паттернов гиперактивного-импульсивного поведения ребенка в паттерны безответственного и рискованного поведения взрослого. Нет сомнений, что пожизненная предрасположенность к риску и тяга к опасным ситуациям в сочетании с пониженной склонностью к здоровому образу жизни (физкультуре, правильному питанию, безопасному сексу, умеренному употреблению табака, алкоголя и кофеина) определяют прогноз меньшей продолжительности жизни у лиц, страдающих РДВГ.

Возрастная динамика при РДВГ

Складывается впечатление, что РДВГ может быть врожденным (некоторые матери отмечали, что уже в утробе их ребенок был так активен, что, толкаясь ножками, причинял им сильную боль). Однако невозможно описать, как проявляется это расстройство в младенчестве, поскольку не разработаны точные методы диагностики РДВГ до трехлетнего возраста. Как правило, родители детей с РДВГ сообщают о том, что в младенчестве у их ребенка был трудный темперамент. Они говорят, что он был крайне активный, непредсказуемый, чрезмерно или недостаточно чувствительный к стимулам, раздражительный, отмечаются также нарушения сна и питания.

РДВГ обнаруживают у детей в возрасте 3-4 лет, когда с нарастающей интенсивностью начинают проявляться симптомы гиперактивности-импульсивности на фоне первого опыта социализации в детском саду и необходимости следовать правилам в коллективе. Такие дети совершают необдуманные и непредсказуемые поступки, беспорядочно перескакивают от одного занятия к другому, стремятся достичь моментального результата, быстро теряют интерес к привлекавшему их внимание стимулу, бурно и неадекватно реагируют на обычные повседневные события. Родителям очень сложно справиться с гиперактивными непослушными детьми, поведение которых может быть к тому же еще агрессивным и вызывающим. Дети с РДВГ причиняют много беспокойств в детском саду. Они бесцельно слоняются по группе, без умолку болтают и мешают занятиям других детей. Чаще всего их трудности сохраняются и в начальной школе.

Симптомы невнимательности обнаруживаются у детей в возрасте от 5 до 7 лет, становясь особенно заметными, когда ребенок идет в школу. Урок, требующий настойчивости и непрерывного, целенаправленного внимания,

становится тяжелым испытанием для таких детей. Неудивительно, что именно на этот возраст приходится пик первичных обращений в психиатрическую службу по поводу РДВГ. Симптомы невнимательности продолжают проявляться и в средних классах, приводя к низкой успеваемости, отвлекаемости, плохой организованности, проблемам при переходе из класса в класс и трудностям в социальном взаимодействии с учителями и сверстниками. В начальной школе могут сформироваться паттерны оппозиционно-вызывающего поведения, которое часто сопровождается агрессивностью и лживостью, что особенно вероятно в ситуации, когда ребенка наказывают, осуждают и отвергают. Ребенок, страдающий РДВГ, с первых классов и до самого окончания школы испытывает серьезные проблемы, связанные с проявлением самостоятельности, личной ответственностью, выполнением заданий, оказанием доверия, достижением личной независимости, установлением социальных отношений и успеваемостью.

Когда дети с РДВГ достигают подросткового возраста, проблемы, связанные с этим расстройством, зачастую не исчезают, а усугубляются. Хотя гиперактивность-импульсивность в этом возрасте ощутимо затихает, ее уровень остается выше, чем у сверстников, не имеющих РДВГ. Заболевание продолжается в подростковом возрасте, по меньшей мере, у 50% клинически зарегистрированных младших школьников. Детские симптомы гиперактивности-импульсивности (в большей степени, чем невнимательности) в сочетании со сформировавшимся в социуме отношением вызывают самые неблагоприятные последствия в подростковом возрасте – невозможность получить образование и поддерживать стабильные взаимоотношения, правонарушения, рискованное поведение, злоупотребление психоактивными веществами.

К наступлению взрослости многие проявления РДВГ сглаживаются и люди обучаются их успешно скрывать и контролировать. Однако взрослые, обнаруживающие РДВГ, беспокойны, легко теряют интерес к тому, что еще недавно привлекало их, постоянно ищут что-то новое и возбуждающее. У них могут возникать трудности на работе, проблемы, связанные с социальным взаимодействием, для них характерны депрессии и низкая самооценка, они могут проявлять агрессивность и обнаруживать расстройства личности. Многим людям, имеющим РДВГ, так никогда и не ставится диагноз, особенно если расстройство не сопровождается сопутствующими поведенческими проблемами. В результате им может казаться, что у них что-то не в порядке, но они не знают — что. Хотя многие из таких людей яркие творческие личности, они часто страдают от того, что не смогли в полной мере реализовать свои способности.

Таким образом, РДВГ является широко распространенным расстройством, способным оказать весьма негативное влияние на судьбу самого ребенка, его окружение и работу ряда служб, с которыми он взаимодействует. Поэтому диагностика и эффективное лечение расстройства

представляются крайне необходимыми.

Лечение

РДВГ затрагивает многие сферы функционирования и поэтому требует многосторонней программы лечения. Эффективное вмешательство подразумевает сочетание психологической интервенции, медикаментозного лечения и изменения в учебных программах. Хотя нет универсального средства лечения, при РДВГ используются различные терапевтические методы, помогающие совладать с симптомами расстройства и с сопутствующими проблемами. В таблице 2 представлен обзор этих методов. Начальная терапия сочетает прием психостимуляторов, тренинг родительской компетентности (ТРК) и педагогическую коррекцию. Дополнительные методы лечения включают семейное консультирование, индивидуальное консультирование ребенка и использование группы поддержки, а также тренинг социальных навыков и когнитивно-поведенческий тренинг самоконтроля [7].

Таблица 2. Лечение детей с РДВГ

	Цель лечения
Начальное лечение	
Стимуляторы	Устранение симптомов РДВГ, проявляющихся в школе и дома
Тренинг родительской компетентности	Устранение деструктивных форм поведения дома, преодоление конфликта между родителем и ребенком, обучение социально-приемлемым формам поведения и навыкам саморегуляции
Педагогическая коррекция	Устранение деструктивных форм поведения в классе, повышение успеваемости, обучение социально-приемлемым формам поведения и навыкам саморегуляции
Дополнительное лечение	
Семейное консультирование	Устранение индивидуальных и семейных стрессов, связанных с РДВГ, включая расстройства настроения и супружеские ссоры
Группы поддержки	Знакомство с родителями других детей, имеющих РДВГ, обмен информацией и опытом разрешения общих проблем, получение эмоциональной поддержки
Тренинг социальных навыков	Обучение стратегиям преодоления конфликтов во взаимоотношениях и налаживания позитивных взаимодействий с взрослыми и ровесниками
Когнитивно-поведенческий тренинг самоконтроля	Умение оценивать проблемные ситуации и приобретение навыков управления когнитивными и поведенческими реакциями в этих ситуациях, обучение стратегиям самоподкрепления и преодоления симптомов РДВГ
Индивидуальное консультирование	Установление доверительных отношений, при которых ребенок может обсудить свои собственные дела и чувства

В основе любой программы лечения детей с РДВГ должно лежать несколько ключевых положений:

- Наиболее эффективно интенсивное, продолжительное вмешательство с

использованием нескольких сочетающихся методов.

- Лечение должно быть хорошо организовано и проходить в упорядоченной, структурированной обстановке, которая компенсирует ребенку его недостаток организационных навыков.
- Лечение должно быть направлено на устранение тех форм поведения, которые возникают в естественных жизненных ситуациях, например в классе или дома.
- Эффективное вмешательство должно соответствовать уровню развития ребенка, учитывать его индивидуальные сильные стороны, а также нужды ребенка и его семьи.

В данном учебно-методическом пособии мы уделим внимание более подробному описанию адекватного медикаментозного лечения (что ново для практикующего врача в РБ) и тренингу родительской компетентности (пожалуй, единственный доступный в нашей стране способ коррекции).

Медикаментозное лечение

Психостимуляторы используются для лечения РДВГ после случайного открытия их эффективности в 1930-х годах [1,7,8,9,16,17]. Стимуляторы — наиболее изученный в детской популяции класс психотропных средств и наиболее эффективное средство для устранения симптомов РДВГ и сопутствующих расстройств. Для лечения детей применяются два наиболее эффективных стимулятора — декстроамфетамин и метилфенидат. Отношение контролирующих агентств (FDA, ЕМА) к их назначению детям даже более лояльное, чем к назначению современных антидепрессантов и нейролептиков [1,7,8, 17, 20]. Эти препараты изменяют активность лобно-базальной области, воздействуя на нейротрансмиттеры, которые имеют большое значение для работы этого отдела мозга (допамин, норэпинефрин, эпинефрин и серотонин). Примерно у 80% детей с РДВГ стимуляторы значительно улучшают непрерывное внимание, контроль импульсивности и повышают эффективность целенаправленных действий, снижая отвлекаемость и устраняя шумное и деструктивное поведение. Адекватное их назначение детям не приводит к развитию зависимости и синдрома отмены, а так же к развитию эйфоризирующего эффекта (созревание заинтересованных структур ЦНС к середине пубертата). Кроме этого, стимуляторы могут улучшать социальные взаимодействия ребенка с родителями, учителями и ровесниками, а иногда — физическую координацию при письме и в занятиях спортом. Стимуляторы помогают детям с РДВГ контролировать проявления неуступчивого, деструктивного или агрессивного поведения [1,7,8, 17, 20].

Стимулирующие препараты, если их использовать грамотно и в соответствии с предписаниями, обычно относительно безопасны. У некоторых детей могут отмечаться побочные эффекты в виде потери веса, снижения аппетита, нарушения сна (корректируется назначением основной дозы на утренние часы). К более редким нарушениям относится незначительная задержка роста в младшем подростковом возрасте, самопроизвольно проходящая к середине пубертата, повышение порога

судорожной готовности. Тем не менее, потенциальные побочные эффекты можно выявить (при правильном наблюдении) и часто ликвидировать путем снижения дозы. За 80 лет активного использования психостимуляторов в клинической практике у детей было зафиксировано 25 случаев внезапной смерти, чаще всего по причинам недиагностированных проблем с сердечно-сосудистой системой. Тики являются противопоказанием для назначения традиционных психостимуляторов. Некоторые дети могут сообщать, что при приеме лекарств им становится «весело», они чувствуют себя «по-другому», испытывают скуку или легкую печаль, но эти ощущения не имеют ярко выраженной окраски и обычно связаны с передозировкой. Большинство детей, принимавших препараты (в особенности метилфенидат), воспринимали лечение как полезное и даже обнаруживали повышение самооценки. Однако некоторые также отмечали негативные ощущения от приема лекарств, иногда связанные с побочными эффектами, но чаще — со смущением или с мыслями о том, что они не могут быть нормальными без таблеток. Родители, учителя и специалисты должны помочь детям чувствовать себя комфортно при ежедневном приеме лекарств. Могут помочь сравнения медикаментов с очками, подтяжками или лекарствами от аллергии. Детей может тревожить мысль о том, что только прием лекарств позволяет им быть более внимательными. После того как ребенок начал принимать медикаменты, может наступить быстрое улучшение [1,7,8, 17, 20].

Много полемики возникало вокруг того факта, что психостимуляторы эффективны только пока их принимаешь. Их использование можно сравнить с приемом жаропонижающего при простуде или инсулина при сахарном диабете. Тем не менее, их прием оправдан, поскольку с возрастом обычно наблюдается самопроизвольное улучшение симптомов, а отсутствие почти неизбежно присоединяющихся по мере взросления расстройств поведения вследствие отвержения социума является хорошим гарантом успешности во взрослой жизни. Современная медицинская этика считает обоснованным прием медикаментов, если они улучшают качество жизни.

Согласно современным западным протоколам лечения РДВГ рекомендации по медикаментозному лечению РДВГ выглядят следующим образом

Препараты 1 линии

Метилфенидат (международное непатентованное название) — *Риталин, Концерта, Метадат, Фокалин* (брендовые названия)

Декстроамфетамин — *Декседрин, Декстростат*

Соли амфетамина — *Аддерал*

Все эти препараты одобрены FDA для лечения РДВГ у детей

Препараты 2 линии

Атомoksetин (антидепрессант, селективный ингибитор обратного захвата норадреналина) — *Стратерра* (одобрен FDA для лечения РДВГ, но возрастает риск суицидальности)

Бупропион (антидепрессант, селективный ингибитор обратного захвата

норадреналина и дофамина) – *Велбутрин* и Венлафаксин – *Эффексор* (не одобрены FDA, существенно повышают риск суицидальности)

Препараты 3 линии

Трициклические антидепрессанты – имипрамин, нортриптилин, дезимпрамин (опасны в связи с доказанным ростом суицидальности и неблагоприятными побочными эффектами)

Клонидин – препарат 1 линии при сочетании РДВГ с тиками

Далее – если вышеуказанное неэффективно

Атипичные нейрорептики – рисперидон, оланзапин, кветиапин, zipрасидон

Типичные нейрорептики – галоперидол, хлорпромазин

Пемолин (атипичный психостимулятор) – был одобрен FDA для лечения РДВГ, но гепатотоксичен и в 2005 году изъят с рынка)

К сожалению, в Республике Беларусь психостимуляторы не зарегистрированы и не используются в клинической практике. Отечественный «Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами» препаратами первой линии при РДВГ называет многочисленные ноотропы, второй – нейрорептики и нормотимики [5]. Близкий подход демонстрируют и российские стандарты оказания помощи (исключение составляет лишь атомоксетин, несколько лет зарегистрированный как препарат для лечения РДВГ в РФ) [3].

Тренинг родительской компетентности

Быть родителем гиперактивного ребенка, который неорганизован, раздражителен, не слушает вас или не следует указаниям, тяжело и утомительно. Обычные воспитательные приемы (убеждение, угрозы и порицания) часто не действуют. Таким образом, родители могут чувствовать себя бессильными и не знать, что им делать. Теряя над собою контроль, они могут кричать на ребенка, осмеивать или бить его, хотя и понимают, что такие действия ни к чему хорошему не приведут. Неразрешенные проблемы усугубляются, усиливая свое негативное воздействие на всех членов семьи. Тренинг родительской компетентности позволяет родителям приобрести следующие необходимые им навыки:

- Преодоление непослушания и устранение вызывающего поведения ребенка.
- Адаптация к эмоциональным трудностям, вызванным воспитанием ребенка с РДВГ.
- Контроль над ситуацией, исключая экспансию существующих проблем.
- Защита других членов семьи от воздействия неблагоприятных факторов.

Родителям в первую очередь рассказывают о специфике РДВГ, чтобы они понимали биологическую основу этого расстройства. Это помогает убедить родителей в том, что они не являются виновниками возникших проблем. Кроме этого, родителей знакомят с общими принципами

воспитания ребенка с РДВГ, учат их постоянно использовать свое влияние на ребенка, планировать и добиваться последовательности в своих действиях, не персонифицировать проблемы ребенка и уметь прощать его.

Затем родителей обучают техникам, позволяющим изменять поведение ребенка. Они узнают, как идентифицировать те формы поведения, которые они хотят поощрить или предотвратить, как использовать поощрения и наказания для достижения определенных целей, как установить дома жетонную систему. Их учат умению замечать то, что ребенок делает хорошо, и умению хвалить ребенка за его достоинства и достигнутые успехи. Кроме этого, родители обучаются использовать систему штрафов (пенальти) за деструктивное поведение (таких как потеря привилегий или тайм-аут) и справляться с непослушанием в общественных местах. Родители также могут научиться использовать программы поощрения, основанные на системе школа—дом, при которых учителя оценивают их детей в карте ежедневной записи. Эти карты служат для того, чтобы дома родители использовали поощрения или наказания (обычно жетоны), учитывающие поведение ребенка в классе. И, наконец, родители учатся, как справляться с плохим поведением в дальнейшем, и посещают группы поддержки.

Родителям рассказывают о том, как ежедневно заниматься с ребенком так, чтобы эти занятия приносили совместное удовольствие. Они учатся так организовывать его деятельность, чтобы успех ребенка был максимален, а неудачи — минимальны. Например, если ребенку сложно выполнить задание, необходимо разбить его на несколько меньших частей и радоваться завершению каждой части. Родителей обучают также снижать собственную раздражительность путем релаксации, медитации или физических упражнений. Пониженная раздражительность и агрессия позволяют родителям реагировать на поведение ребенка более спокойно.

Многие исследования подтверждают эффективность тренинга родительской компетенции, который позволяет справляться с проявлениями оппозиционного и вызывающего поведения ребенка, однако преимущества этого метода и долгосрочность его воздействия еще не изучены [1,10].

Таким образом, РДВГ является широко распространенным расстройством детского возраста, нередко продолжающимся и во взрослом состоянии, значительно влияющим на судьбы людей и требующим для минимизации последствий адекватного всестороннего вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия /2-е изд. Пер. с англ. – М.: Изд-во «Триада-Х», 2008. – 405 с.
2. Емельянцева Т.А., Кириллюк В.С., Наливко И.И. Диагностика гиперкинетических расстройств у детей(пособие для врачей-психиатров). Инструкция по применению.// Минск, 2011.- 24с.
3. Сухотина Н.К. О разработке протокола ведения больных «Гиперкинетические расстройства у детей и подростков» /Журнал неврологии и психиатрии.-2009.-№ 4. –С.43-49.
4. Сухотина Н.К., Егорова Т.И. Оценочные шкалы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью/Социальная и клиническая психиатрия.-2008. -№18(4).-С.15-21.
5. Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами/ Минск .-2010.- 440 с.
6. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10/ М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003.– 407 с.
7. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка/ Пер. с англ. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 522 с.
8. Оксфордское руководство по психиатрии. М. Гельдер, Д.Гэт, Р.Мейо/ Киев: «Сфера».-1997.- 435 с.
9. Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии: Пер с англ. /Под ред. К.С.Робсона./М.:Медицина, 1999.- 488 с.
10. Соммерз-Фланаган Д., Соммерз – Фланаган Р. Клиническое интервьюирование, 3-е изд./ М.,2006. – 672 с.
11. American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. /Pruitt DB, ed. Your adolescent: emotional, behavioral, and cognitive development from early adolescence through the teen years/New York (NY): Harper Collins Publication.- 1999.- pp.195-219.
12. Conners C.K., Sitarenios G., Paker J.D, Epstein J.N. Revision and restandartization of the Conners Teacher Rating Scale (CTRS-R): factor structure, reliability and crieterion validity/ J Adnorm Child Psychol1998/ Vol 26, p 279-291.
13. Clinical Child Psychiatry, Second Edition. Edited by W.M. Klykylo and J.L. Kay/ John Wiley & Sons Ltd, 2005. - 573 p.

14. Early detection and management of mental disorders/ edited by Mario May et all /Wiley, 2005. - 306 p.
15. Harsh K., Jeryl D. Kersher. Child and adolescent psychiatry for pediatrics and primary care. /Cambridge, Hogrefe, 2009. – 182 p.
16. Mental health: New understanding, new hope/ Geneva: World Health Organization,2001.
17. Pediatric psychopharmacology : principles and practice / edited by Andre's Martin et all, OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2003. - 791 p.
18. Roberts E.R. Prevalence of psychopathology among children and adolescents/ Roberts E.R. et all //American Journal of Psychiatry.-1998.- Vol.155.- pp.715-725.
19. Rutter M. Isle of Wight studies 1964-1974// Psychological Medicine.- 1976.-Vol.6 - pp. 313-332.
20. Stubbe D. Child and adolescent psychiatry: A practical guide/ Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins,2007. – 283 p.
21. Swanson J.M. et al. Strength and Weakness of ADHD-symptoms and Normal Behaviour 2001/ (цит. По Н.Н.Заваденко). Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М: ACADEMA 2005, стр 246-247.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

ШКАЛА ОЦЕНКИ СДВГ (КРИТЕРИИ МКБ)10

Версия для родителей детей в возрасте от 6 до 13 лет

Фамилия, имя ребенка _____

Возраст _____

Кем заполнено _____

Дата обследования _____

№ п/п	Симптом	Никогда или очень редко	Иногда	Часто	Очень часто
1	Неспособен удерживать внимание на деталях из-за чего допускает ошибки при выполнении школьных заданий и других видах деятельности				
2	Проявляет бесцельную двигательную активность: бегает, прыгает, пытается куда-то залезть часто в неприемлемых ситуациях				
3	Теряет свои вещи				
4	Не может тихо спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге				
5	Способен концентрировать внимание только на вещах, представляющих интерес				
6	При необходимости сидеть на одном месте крутится, вертится, беспокойно двигает руками или ногами				
7	Обычно не заканчивает начатое дело до конца				
8	Болтлив, часто говорит взахлеб, болтовней надоедает окружающим				
9	Легко отвлекается на посторонние раздражители				
10	Предпочитает подвижные игры, во время которых неадекватно шумен (кричит, топает ногами, хлопает в ладоши и т.п.)				
11	Избегает (выражает недовольство) при выполнении заданий, требующих длительного сохранения внимания				
12	На вопросы отвечает, не задумываясь, часто не выслушав их до конца				
13	Неспособен придерживаться инструкций и выполнить до конца задание без организующей помощи взрослых				
14	Неспособен ждать, дожидаться своей очереди в различных групповых ситуациях				
15	Временами не слушает обращенную к нему речь, кажется, что он не слышит				
16	Вмешивается в разговоры старших или игры других детей, перебивает, мешает				
17	Забывчив в повседневной деятельности, без злого умысла нарушает одни и те же правила, требования распорядка дня				
18	Нетерпелив, возникшее желание немедленно реализует или настаивает на выполнении другими				

Версия для учителей и воспитателей детей в возрасте от 6 до 13 лет

Фамилия, имя ребенка _____

Возраст _____

Кем заполнено _____

Дата обследования _____

№ п/п	Симптом	Никогда или очень редко	Иногда	Часто	Очень часто
1	С трудом сохраняет внимание во время занятий, легко отвлекается на посторонние раздражители				
2	Предпочитает подвижные игры, во время которых неадекватно шумен (кричит, топает ногами, хлопает в ладоши)				
3	Теряет или забывает принести предметы, необходимые для школьных занятий				
4	Обнаруживает стойкий характер чрезмерной двигательной активности, особенно заметный во время перемен и в группе продленного дня : бегают, прыгает, пытается куда-то залезть и тп				
5	Обычно избегает заданий, требующих длительного сохранения внимания				
6	Во время уроков или развивающих занятий встает со своего места, ходит по учебной комнате				
7	Обычно не заканчивает начатое дело до конца				
8	Неспособен дожидаться своей очереди в играх или во время развивающих занятий				
9	Неспособен придерживаться инструкций и без организующей помощи педагога справиться до конца с выполнением школьной работы				
10	Сидя за партой, крутится, вертится, часто беспокойно двигает руками и ногами				
11	Забывчив в повседневной деятельности, без злого умысла нарушает одни и те же правила, требования распорядка дня				
12	На вопросы отвечает не задумавшись, часто не выслушав их до конца				
13	Временами не слушает обращенную к нему речь, кажется, что он не слышит				
14	Во время урока разговаривает с детьми, выкрикивает ответы, когда его не спрашивают, подает реплики с места				
15	Неспособен удерживать внимание на деталях из-за чего допускает ошибки при выполнении школьных заданий и при других видах деятельности				
16	Вмешивается в разговоры старших или игры других детей, перебивает, мешает				
17	Теряет интерес к деятельности (игре) как только сталкивается с трудностями				
18	Нетерпелив, возникшее желание немедленно реализует или настаивает на выполнении другими				

Учебное издание

Евсегнеева Екатерина Романовна

**Расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью -
особенности клиники, диагностики и лечения**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Е.Р. Евсегнеева

Подписано в печать 17. 09. 2013. Формат 60x84/16. Бумага потребительская.

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,37. Уч.- изд. л. 1,05. Тираж 100 экз. Заказ 256.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

ЛВ № 23 от 27.01.2004. 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.

