

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬ

1. История вопроса. Вопросы изучения гиперактивности у детей волновали врачей и педагогов с середины XIX века. В 1845 г. немецкий врач Генрих Хоффман первым описал чрезвычайно подвижного ребенка и дал ему прозвище «непоседа Фил». Чуть позже, в 1880 году, психолог В.Джемс подробно описал чрезмерное проявление импульсивности у обращающихся к нему детей и взрослых, а также чрезмерную склонность к раздражительности и агрессивным поступкам, названную им эксплозивностью (вспыльчивостью).

Предметом пристального изучения врачей данное заболевание стало с начала XX века. В 1902 г. в журнале Lancet появилась лекция английского врача Джорджа Стилла, который связывал гиперактивность с биологической основой, а не с плохим воспитанием, как негласно предполагалось в те времена. Вместе с тем он полагал, что у таких детей отмечается снижение «волевого торможения» из-за недостаточного «морального контроля». Он предположил, что такое поведение являлось результатом наследственной патологии или родовых травм. Кроме этого, Still первым отметил преобладание данного заболевания среди мальчиков, его частую сочетаемость с антисоциальным и криминальным поведением, со склонностью к депрессии и алкоголизму.

Сообщения о большом числе детей, ведущих себя странно, стали появляться после эпидемии энцефалита Экономо (инфекционного заболевания, поражающего головной мозг) в первой половине XX века (1915-1925 гг), что, вероятно, заставило более пристально изучить связь поведения ребенка в среде с функциями его мозга. С того времени гиперактивность у детей начали прочно связывать с повреждением мозга. В середине XX века большее распространение получил термин «гипердинамический синдром», происхождение которого связывают с отдаленными последствиями ранних органических поражений головного мозга. Так, П.Левин (1938) обследовал 279 гиперактивных детей и пришел к выводу, что тяжелые формы двигательного беспокойства обусловлены органическим поражением мозга, а в возникновении

легких форм большую роль играет нарушение взаимоотношений с родителями. Левин предположил, что если поражение лобных долей головного мозга у приматов приводит к гиперактивности и другим симптомам СДВГ, то наличие этих симптомов может указывать на лежащее в их основе нарушение функции мозга.

Это прослеживается также в работах А.Штрауса, М.Лоуфера, М.Кнобеля — о связи гиперактивности с недостаточностью работы таламических структур; С.Чеза — о травмах головного мозга как причине этих расстройств. Он и Г.Буркс (1960) ввели понятие «детский гиперактивный синдром» и «гиперактивное импульсивное расстройство».

В 1947 г. А.Штраус выдвинул концепцию минимального повреждения мозга (*minimal brain damage*), согласно которой гиперактивность у детей напоминает последствия черепно-мозговой травмы у взрослых. В дальнейшем в англо-американской литературе появляется термин «минимальная мозговая дисфункция» (*minimal brain dysfunction*) (Wender P. H., 1971). К этой категории относят детей с проблемами в обучении или поведении, расстройствами внимания, имеющих нормальный уровень интеллекта и легкие неврологические нарушения, которые не обнаруживаются при стандартном неврологическом исследовании, или с признаком незрелости и замедленного созревания тех или иных психических функций.

Для уточнения границ данной патологии в США была создана специальная комиссия, предложившая следующее определение минимальной мозговой дисфункции: данный термин должен применяться к детям со средним уровнем интеллекта, с нарушениями в обучении и/или в поведении, которые сочетаются с патологией центральной нервной системы (Clements S. D., 1966). Значительная неоднородность этой клинической группы привела позднее к ее разделению на две диагностические категории:

дети с нарушением активности и внимания;

дети со специфическими расстройствами обучаемости (*specific learning disability*).

К последним относятся: дисграфия (изолированное расстройство правописания), дислексия (изолированное расстройство чтения), дискалькулия (расстройство счета), а также смешанное расстройство школьных навыков. В 1980 г. в классификации DSM-III появились термины «синдром дефицита внимания» — Attention Deficit Disorder (ADD) и его разновидность «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» — Attention Deficit with Hyperactivity Disorder (ADD+H). В более поздней редакции той же классификации DSM-IV (R) Revised (1987) начал использоваться термин «синдром нарушения внимания с гиперактивностью» в своем нынешнем виде — Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). В 10-м пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-10) данное заболевание рассматривается в рубрике F.90 (гиперкинетические расстройства) как «нарушение активности и внимания».

В СССР данная патология называлась либо гипердинамическим синдромом, либо минимальной мозговой дисфункцией (ММД). Изучению этого расстройства посвятили себя такие известные ученые и врачи, как С.С.Мнухин, Г.Е.Сухарева, В.В.Ковалев, Н.Н.Заваденко и др.

Гиперактивность в понимании Г.Е.Сухаревой является отражением процесса, в котором немаловажную роль играют не только эндогенные, но и экзогенные факторы, не только биологические, но и социальные, не только качество вредоносного агента, но и его локализация в головном мозге.

Итак, на сегодняшний день опубликовано более 6500 работ на тему СДВГ. Вместе с тем остается много «белых пятен» как в изучении этиологии и патогенеза, так и в аспекте синдромальной и нозологической принадлежности. Считается установленным, что в основе патогенеза СДВГ лежат нарушения морфогенеза и функциогенеза: дисфункций нейротрансмиттерных систем мозга и задержка нейроразвития. Ю.С.Шевченко считает, что до сих пор не ясно, является ли СДВГ синдромом, болезнью, симптомокомплексом, или следует его обозначать двойным термином «синдром-болезнь», который применяется при обозначении патологических образований, этиология и патогенез которых не ясны.

2. Причины заболевания. Своеобразие картины СДВГ указывает на необходимость междисциплинарного изучения данного состояния. К настоящему времени, несмотря на большое количество исследований, остаются недостаточно выясненными причины и механизмы развития СДВГ. Для объяснения патогенеза СДВГ предложены многочисленные нейроморфологические, генетические, нейрофизиологические, биохимические, социально-психологические и другие концепции. Известно, что в основе развития многих случаев СДВГ лежат повреждения развивающегося мозга в периоды беременности и родов (пре- и перинатальные патологические факторы), приводящие к нарушениям морфо-функционального онтогенеза ЦНС. Другой важной причиной СДВГ является наследственная предрасположенность. Однако не проводилось исследований, направленных на уточнение относительной роли каждого из этих факторов в развитии СДВГ.

Большое значение придается гену рецептора дофамина D4 (DRD4) и «гену переносчику дофамина» (DAT1). M. Gill и G. Daly (1997) выдвинули гипотезу возникновения заболевания, в основе которой лежит взаимодействие вышеназванных генов. Эти изменения определяют снижение содержания медиатора (химического посредника, обуславливающего проведение нервных импульсов) возбуждения дофамина и снижение функционирования допаминергической нейромедиаторной системы головного мозга.

Значительную роль в происхождении СДВГ играют неблагоприятные факторы в течение беременности и родов. Шведский автор С. Gillberg (1983) отметил, что у детей пожилых первородящих матерей ряд признаков, сопровождающих нарушения внимания, в частности статико-моторная недостаточность, встречается в 5 раз чаще по сравнению с детьми молодых матерей.

В ряде работ показана актуальность алиментарного фактора — недоедание беременной и ребенка в раннем детстве (Biederman J., Faraone S. V., 1990). В некоторых работах описывают СДВГ (ММД) у детей, родившихся с низкой массой тела, и недоношенных детей (Fletcher J. M. et al., 1997; Barkley R.

А., 1998). Важную роль в генезе СДВГ играют хроническая внутриутробная гипоксия плода и гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных (Nelson K. V, Leviton A., 1991; Hill A., Volpe J. J., 1992).

При анализе анамнестических данных у детей с СДВГ Н. Н. Заваденко и соавторы в 84% случаев выявили нарушения течения беременности или родов, при этом сочетанное влияние патологических факторов во время беременности и родов прослеживалось в 56% случаев. Особенно часто встречались нарушения течения беременности, обусловившие хроническую внутриутробную гипоксию (недостаток снабжения кислородом) плода (к которой особенно чувствителен развивающийся мозг). Важное место среди причин патологии беременности занимали токсикозы и угрозы прерывания беременности.

К числу прогностически неблагоприятных для развития СДВГ факторов относятся: гипоксически-ишемическая энцефалопатия у новорожденных, недоношенность, переносимость, гидроцефалия, а также внутриутробная гипотрофия (Заваденко Н. Н., 2001; Пальчик А. Б., 2002).

R.T.Brown и соавт. (1991) обращают внимание на большой процент матерей, употреблявших алкоголь во время беременности, среди родителей детей с СДВГ по сравнению с контрольной группой.

Необходимо отметить роль материнской тревожности в генезе СДВГ. В. van der Bergh и соавторы (2004) предполагают: тревожность матерей на сроке 12—22 недель является предиктором развития СДВГ. При этом нельзя также исключить прямое повреждающее воздействие гормонов стресса на мозг плода, нарушающее его нормальное развитие, что приводит к изменениям в нейротрансмиттерных системах.

В этой связи хочется отметить результаты исследований О.В. Лапшиной и соавторов (2006), показавших повышенный уровень тревожности у матерей детей с СДВГ, причем эта тревожность не была реакцией на заболевание ребенка, а носила базальный характер.

При оценке нейрофизиологических изменений у детей с СДВГ выделяют

такое понятие, как исполнительская дисфункция (дисфункция контролирующего поведения, executive dysfunction), которая отмечается на фоне функциональной незрелости головного мозга и проявляется в недостаточной активности тормозящих структур (Barkley R., 1997; Nigg J. T. et al., 2002; Wu K. K., 2002).

R. Barkley (1998) считает, что основным механизмом развития СДВГ является нарушение тормозящего поведения. По его мнению, все остальные механизмы вторичны. Тормозящее поведение или задержка моторной реакции обеспечивают развитие следующих исполнительских функций:

- ✓ оперативная память, которая позволяет удерживать текущую информацию, сравнивая ее с прошлыми событиями и планируемыми будущими действиями (предвидение — антиципация);
- ✓ саморегуляция аффекта — способность контролировать проявление эмоций, чувств;
- ✓ внутренняя речь;
- ✓ воспроизведение — анализ и синтез поведения, креативность.

Результатом развития исполнительских функций является становление моторного контроля и целенаправленного адаптивного поведения. Само поведенческое торможение состоит из трех взаимосвязанных механизмов: торможения доминирующей реакции, торможения текущей реакции, контролем над отвлекаемостью на помехи.

Неблагоприятные психологические и социальные факторы — не прямая причина СДВГ, но они могут закреплять клинические проявления и усиливать дезадаптацию детей, страдающих этим заболеванием. Так, действие негативных внутрисемейных факторов было обнаружено в 63% случаев при обследовании детей с СДВГ (Заваденко Н.Н., 2005). У детей, генетически предрасположенных к СДВГ, конфликты в семье могут усилить остроту проявления до клинического уровня. Особенно важно, что родители ребенка с СДВГ, иногда сами страдающие этим заболеванием, зачастую отличаются стилем воспитания, характеризующимся несдержанностью и нарушенным

взаимодействием с ребенком.

Среди психологических и социальных факторов, влияющих на возникновение ММД (СДВГ), Г. А. Сулова (2001) выделяет следующие: неподготовленность родителей к семейной жизни, напряженность и частые конфликты в семье, предубежденность и нетерпимость в отношении к детям. Усиливающими неблагоприятный результирующий эффект являются такие факторы, как: низкий материальный уровень, стесненные условия проживания, злоупотребление алкоголем членами семьи, использование физических методов наказания.

Неблагоприятные социально-экономические и психологические условия могут усиливать проявления расстройств, возникших в результате наследственной патологии или повреждений головного мозга в перинатальном периоде.

3. Признаки заболевания. Возникновение симптомов заболевания относят к началу посещения детского сада (3 года), а первое ухудшение — к началу обучения в школе. Подобная закономерность объясняется неспособностью ЦНС ребенка, страдающего этим заболеванием, справляться с новыми требованиями, предъявляемыми ему в условиях увеличения психических и физических нагрузок. Максимальная выраженность проявлений синдрома совпадает с критическими периодами становления ЦНС у детей. 3 года — начало активного развития внимания, памяти, речи. Форсированное повышение нагрузок в этом возрасте может привести не только к нарушениям поведения в виде упрямства и непослушания, но и к отставанию в нервно-психическом развитии. Возраст 6-7 лет — критический период не только для становления письменной речи, но также произвольного внимания, памяти, целенаправленного поведения и других функций высшей нервной деятельности.

Поэтому если в дошкольном возрасте среди детей с СДВГ преобладают гиперактивность, двигательная расторможенность, моторная неловкость, рассеянность, повышенная утомляемость, инфантилизм, импульсивность, то у

школьников на первый план выступают трудности обучения и отклонения в поведении. В подростковом возрасте симптомы заболевания могут стать причиной развития асоциального поведения: правонарушений, алкоголизма, наркомании. Неадекватность поведения, социальная дезадаптация, различные личностные расстройства могут стать причиной неудач и во взрослой жизни.

Основные проявления. Клинические проявления заболевания определяются тремя основными симптомокомплексами: невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью.

1. Невнимательность. Говоря о СДВГ, чаще всего имеют в виду повышенную отвлекаемость и снижение концентрации внимания у таких детей.

Согласно А.Р.Лурии, внимание является фактором, обеспечивающим избирательность и направленность психических процессов. Поддерживаемое (непрерывное) внимание – способность поддерживать сосредоточенность в течение длительного времени. Избирательное внимание проявляется в способности сосредотачиваться на необходимых стимулах и не отвлекаться на помехи (посторонние стимулы). Направленность избирательного внимания позволяет правильно отвечать на специфические сигналы. Распределение избирательного внимания помогает проводить одновременно несколько операций, выполняя одно и то же задание. Кроме этого, следует упомянуть объем внимания (возможность контроля над несколькими объектами) и способность к переключению.

У детей с СДВГ отмечается недостаток непрерывного (поддерживаемого) внимания, что проявляется в невозможности длительного выполнения неинтересного задания. При этом чем-то интересным для них (компьютерные игры, просмотр мультфильмов) они могут заниматься часами. Кроме этого, наблюдается дефицит избирательного внимания, что проявляется в повышенной отвлекаемости на посторонние стимулы, особенно если эти стимулы яркие, интересные. Так, проехавший во дворе автомобиль заставляет посмотреть в окно и надолго отвлечься от выполнения домашних заданий. Зачастую также снижается переключаемость внимания. При этом, поданным Е.

Taylor (1991), объем внимания у детей с СДВГ не ниже, чем у их здоровых сверстников.

2. Гиперактивность. Под гиперактивностью у детей с СДВГ обычно понимают повышенную двигательную (моторную) активность. Родители жалуются: «Кажется, что к ребенку подключили мотор». Дети с СДВГ не могут неподвижно сидеть во время урока. Когда такой ребенок заходит в кабинет врача, возникает опасение за состояние находящейся в кабинете оргтехники: компьютера, монитора, принтера. В отличие от просто энергичных детей, активность у детей с СДВГ носит бесцельный характер. К сожалению, гиперактивность иногда приводит к появлению травм у ребенка.

3. Импульсивность. Под импульсивностью понимают невозможность контроля над своими импульсами. Выделяют когнитивную импульсивность (отражающую поспешное мышление) и поведенческую импульсивность (отражающую трудности при подавлении реакций). Импульсивные дети не могут дождаться своей очереди при игре. В учебной ситуации у таких детей наблюдается «импульсивный стиль работы»: они выкрикивают ответы на уроке, не отвечая на вопросы полностью, прерывают других учеников или учителя. Из-за импульсивности дети часто попадают в опасные ситуации из-за того, что не задумывались о последствиях. Склонность к риску становится причиной травм и несчастных случаев. Импульсивность часто сочетается с агрессивным и оппозиционным поведением.

Возрастная периодизация заболевания. На ранней стадии развития симптомы СДВГ чаще всего клинически выражаются расстройством сна, повышенным беспокойством, криком. У такого ребенка можно отметить нежелание сосать грудь и частые вскрикивания во время кормления. Кормление принимает нерегулярный характер: ребенок отвлекается, прерывая сосание, отказывается от кормления. Все это в первую очередь сказывается на психологическом состоянии матери, которая зачастую строит свое отношение к ребенку неверно. Однако эти особенности нельзя однозначно рассматривать как симптомы СДВГ, поскольку число беспокойных, возбудимых младенцев

гораздо больше числа детей, у которых развивается в дальнейшем данное заболевание.

Ребенок дошкольного возраста достаточно часто очень активен, импульсивен, невнимателен, что не всегда является проявлением патологии. Т.е. сложно отличить симптоматику нарушений от нормального поведения.

Нарушения внимания. По данным исследования Кэмпбелла, дети данной возрастной группы часто меняют направление деятельности, часто оставляя работу незавершенной, не могут играть в одиночестве, легко отвлекаются.

Гиперактивность. Как ни странно, ни один из исследователей не отмечает у данной группы детей преобладания гиперактивности по сравнению с остальными. Дети этого возраста часто болеют, неусидчивы, совершают множество, казалось бы, бесполезных действий. Ребенку трудно усидеть без действия даже в течение нескольких минут. Но, несмотря на высокую двигательную активность, развитие речи и координация точных движений часто отстают в развитии, как правило, из-за невнимательности. Отсутствие целенаправленности поведения заставляет задуматься о наличии СДВГ. В тяжелых случаях избыточная двигательная активность принимает характер расторможенности. Кроме этого, у таких детей часто встречается минимальная статико-моторная недостаточность, диспраксия — так называемая «неуклюжесть» (Тржесоглава 3., 1986). Таким образом, ребенок активен, но нескоординирован, неуклюж, что может привести к несчастному случаю. Иногда отмечаются нарушения сна.

Импульсивность. В результате исследований Кэмпбелла было установлено, что часть детей в несколько раз более импульсивны, чем сверстники. Их поведение непредсказуемо и зачастую опасно для них самих и окружающих. Ребенок может без какой-либо причины попытаться перебежать дорогу, отобрать игрушку, ударить. Все это создает ряд проблем с дисциплиной. Дети не слушаются родителей, не учатся на своих ошибках, равнодушно относятся к похвале и наказанию.

После поступления ребенка в школу проблемы возрастают. У детей

школьного возраста нарушения внимания проявляются в неспособности к концентрации внимания и иногда с возрастом им это не приобретает. Также дети не могут справиться со сложной, требующей поэтапного решения задачей. Навыки чтения и письма у детей с СДВГ ниже, чем у сверстников.

Активность у школьников, страдающих СДВГ, повышена: им сложно усидеть на месте во время еды, учебы, просмотра телевизора. Часто их гиперактивность приобретает антисоциальный характер; ребенок стремится оскорбить, ударить или толкнуть окружающих.

Считается, что с возрастом ребенок начинает более внимательно контролировать свои действия, вследствие чего функциональная импульсивность постепенно снижается. В свою очередь, импульсивность можно разделить на познавательную и общеповеденческую. Познавательная импульсивность может выражаться в плохо, неполностью или неправильно выполненной школьной работе, так как ребенок редко пользуется тщательным систематическим пошаговым подходом к делу. Она может проявиться в играх, особенно в тех, где используется определенная стратегическая составляющая, когда неправильно продуманное действие приводит к поражению. С другой стороны, общеповеденческая импульсивность более опасна. В этом случае поведение ребенка бесконтрольно, он не задумывается о последствиях, может нанести вред себе, а также ударить сверстника или украсть что-нибудь у других. По мере роста ребенка это может вылиться в антисоциальное поведение взрослого.

В 50-80% случаев клинические проявления СДВГ переходят в подростковый возраст. И.П.Брызгунов и Е.В.Касатикова отмечают второй всплеск симптомов заболевания в 14-летнем возрасте, что совпадает с периодом полового созревания.

Нарушения внимания в пубертатном периоде часто выражаются в неспособности достичь поставленной цели, сосредоточиться на специфической задаче, частой смене вида деятельности. В связи с этим происходит занижение чувства собственного достоинства подростка, возникает ощущение

безнадежности, беспомощности. Подросток бросает попытки решить более или менее сложную проблему, что может вызвать ощущение постоянной неудачи.

Моторная гиперактивность значительно снижается, но признаки неадекватного беспокойства все еще проявляются. Исследователи отмечают повышение двигательной активности в больших группах мышц — покачивание тела, ног. Можно сказать, что ребенок «перерастает проблему», однако это присуще только 30% детей. У остальных 70% симптоматику врачи и психологи продолжают диагностировать. Гиперактивность подростков просто приобретает другую форму — ребенок может реализовать себя в спорте, танцах и т.п., то есть предпочитает находиться в движении. Таким образом, гиперактивность, сохраняясь, становится более социально приемлемой.

В подростковом возрасте на первое место выходит импульсивность, иногда сочетающаяся с агрессивностью (Zuddas A. et al., 2000). Эмоциональное развитие подростков с СДВГ, как правило, запаздывает, что проявляется неуравновешенностью, вспыльчивостью, заниженной самооценкой. В этом периоде нарастают семейные и школьные трудности. Подросток может сорвать урок, угнать автомобиль, спровоцировать драку; может пристраститься к алкоголю, наркотикам. Это вызвано заниженным чувством собственного достоинства, возникающем вследствие неудач в учебе, саркастического отношения к нему родителей, педагогов и сверстников.

Многие авторы отмечают у детей и подростков с СДВГ наличие тревожно-депрессивных расстройств (Shervette R. E. et al., 1993; Pliszka S. R., 1998). В этом возрасте наиболее выраженными становятся проявления оппозиционных расстройств. Необходимо отметить то, что подростки, страдающие СДВГ, входят в группу риска по развитию аддиктивных расстройств: алкоголизма и наркоманий (Gerra G. et al., 1998; Modigh K. et al., 1998). J. H. Satterfield и A. Schell (1997) отмечают, что подростки с СДВГ в 4 раза чаще попадают под арест, чем их здоровые сверстники. У девочек-подростков СДВГ чаще встречаются незапланированные беременности.

R. Barkley (1998) называет следующие факторы, способствующие

развитию асоциального поведения у подростков с СДВГ: выраженные симптомы в детском возрасте, СДВГ у родителей, низкий социально-экономический статус семьи, низкий интеллектуальный уровень родителей.

Согласно оценкам зарубежных исследователей, 30% подростков изживают СДВГ; 40% продолжают страдать невнимательностью и импульсивностью; у 30% возникают дополнительные нарушения.

В 30-70% случаев симптомы СДВГ в той или иной степени переходят и во взрослый возраст (Уэндер П., Шейдер Р., 1998). Во взрослом состоянии нарушения внимания чаще всего проявляются во время профессиональной деятельности человека. Он не способен долго концентрировать внимание на поставленной задаче, работает с частыми прерывами, отвлекается.

Моторная гиперактивность у взрослых встречается значительно реже, чем в более раннем возрасте. Примерно у 40% этот симптом у взрослых не проявляется. Люди, у которых данная симптоматика осталась, стремятся к работе с физической активностью. В свободное время предпочитают заниматься спортом или прогуливаться пешком.

Импульсивность во взрослом состоянии может проявляться как социальная, так и познавательная. Социальная импульсивность проявляется в частой смене жительства, семьи или работы (может после ссоры с коллегами уволиться, никого не предупредив), часто попадают в ДТП. Познавательная импульсивность выражена в дезорганизованности и невозможности рационально выполнить поставленную задачу. У этой категории лиц больше, чем в популяции, представлены депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства (вегето-сосудистая дистония). Взрослые с СДВГ чаще страдают поведенческими расстройствами или аддиктивными расстройствами, чем их здоровые сверстники. Вероятность криминального поведения в зрелости возрастает в тех случаях, когда СДВГ сочетается с расстройствами поведения. Прямая связь между СДВГ и совершением преступлений отсутствует.

Несмотря на то, что у взрослых с СДВГ не зафиксировано каких-либо когнитивных недостатков, они характеризуются менее выдающимися

академическими достижениями и более низким уровнем образования. Так, известно, что пациенты с СДВГ реже получают высшее образование. Как можно ожидать, они занимают более низкие профессиональные должности. Однако уровень безработицы среди них значимо не отличается от уровня безработицы в контрольной группе.

Сопутствующие расстройства. Одним из наиболее частых сопутствующих СДВГ расстройств являются тики. По данным E. R. Knell, D. E. Comings (1993), около 50% детей с СДВГ страдают тиками.

Тиковый гиперкинез, тик (от французского *tic* — судорожное подергивание), представляет собой внезапное отрывистое, повторяющееся движение, охватывающее различные мышечные группы. Тик напоминает нормальное координированное движение, варьирует по интенсивности и отличается отсутствием ритмичности, может временно подавляться усилием воли и благодаря однотипности рисунка относительно легко имитируется. Интенсивность тиков колеблется от еле заметных подергиваний до непрерывного потока гиперкинезов (тикозного статуса).

Тики могут быть двигательными (моторные) и голосовыми (вокальные). Также выделяют простые и сложные тики. Если простые двигательные тики затрагивают только одну мышечную группу, то сложные двигательные тики напоминают целенаправленное движение. Простые вокальные тики проявляются выкрикиванием бессмысленных звуков, в то время как сложные вокальные тики могут походить на слова.

Другим симптомом, который часто встречается при СДВГ, являются *головные боли*. Так, у пациентов из наблюдаемой нами группы головные боли отмечались в 52% случаев. Если учитывать, что число детей с головными болями в популяции, по литературным данным, составляет 10—33% детей, то можно сделать вывод о частом сочетании СДВГ и данной патологии. Наиболее часто встречаются головные боли напряжения (ГБН). Известно, что в генезе головных болей напряжения важную роль играют эмоциональные нарушения, хронический стресс. Клинически головные боли напряжения отличаются

своеобразием ощущений: монотонная, тупая, сдавливающая, стягивающая, ноющая боль. Боли не имеют четкой локализации, чаще диффузные, двусторонние с максимальной выраженностью в затылочной или теменной областях. Иногда пациенты описывают жалобы на наличие тяжести, скованности в виде «каска» или «обруча» вокруг головы. Такое состояние традиционно обозначают, как «каска неврастеника». Данные боли регистрируются от 1 до 3 дней в неделю и возникают чаще в вечернее время, после занятий в школе.

Расстройство поведения (РП) (conduct disorder) характеризуется наличием очень агрессивных и антисоциальных поступков. При этом могут иметь место четыре типа проблем поведения: агрессия по отношению к другим, уничтожение имущества, воровство, другие серьезные нарушения правил. Проявления РП отмечаются у 2—6% детей в США (Хиншоу М., 2002). В детском возрасте РП в 3—4 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек. Кроме этого, данная патология у мальчиков возникает раньше и отличается большей устойчивостью. В подростковом возрасте различия становятся меньше выраженными.

Сочетание *тревожных расстройств* с СДВГ наблюдается примерно в 25% случаев. Другие авторы отмечают, что тревожные расстройства при СДВГ встречаются в 50% случаев. Результаты исследований, проведенных нашей сотрудницей О.В.Лапшиной (2006), также показали, что 53% детей с СДВГ характеризуются признаками тревожных расстройств. Наиболее часто отмечались генерализованные тревожные расстройства и тревожно-фобические расстройства детского возраста, главным образом «школьные фобии» или фобии детского дошкольного учреждения (пункт F.93.1 по МКБ-10).

Дети с этой патологией жалуются на разнообразные *страхи*, испытывают *трудности при межличностных контактах*. У детей с СДВГ и так возникают проблемы в общении с родителями, учителями, сверстниками. Эти затруднения могут привести к формированию заниженной самооценки, ощущению «собственной неполноценности», которые усугубляются при наличии

коморбидных тревожных расстройств.

Кроме этого, в 16-26 % случаев у школьников с СДВГ встречаются различные *депрессивные расстройства*. До настоящего времени остается спорным вопрос о коморбидности между СДВГ и биполярными расстройствами.

Очень часто у детей с СДВГ встречаются *нарушения обучаемости*. Нарушения чтения и письма в МКБ-10 относятся к нарушениям развития учебных навыков (F.81). Наиболее часто говорят о дислексии и дисграфии. Дислексия (F.81.1) — частичное специфическое нарушение процесса чтения, проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера. Дисграфия (F.81.2) — нарушение становления процессов письма и одна из форм недоразвития письменной речи, также проявляющаяся в повторяющихся ошибках стойкого характера. Данные нарушения чаще выявляются в 6—8-летнем возрасте и тесно связаны с биологическим созреванием головного мозга. Такие расстройства характеризуются постоянным течением без ремиссий и рецидивов. Это означает наличие дефицита в обучении навыкам чтения и письма, но не утрату уже приобретенных навыков.

Для обозначения данных расстройств также используется термин «недостаточная (или затрудненная) обучаемость» (*learning disability*). Необходимо отметить, что в эту группу не включаются дети, обучаемость которых нарушена из-за умственной отсталости; дефектов зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата; эмоциональных нарушений; культурных или социально-экономических ограничений.

Проведенные нами исследования показали, что в 26% случаев у детей с СДВГ старше 5 лет отмечался *энурез*, что выше, чем в популяции, где энурез, по литературным данным, встречается в возрасте 5 лет — в 15-20% случаев, в 7-летнем возрасте — у 7-12% детей. Под энурезом (неорганический энурез, согласно МКБ-10 — E98.0) в настоящее время понимают непроизвольное мочеиспускание, чаще всего во сне (ночном или дневном). Принято считать, что данная проблема приобретает клиническое значение с 5-летнего возраста.

Случаи дневного энуреза относительно редки и заставляют задуматься о патологии мочевыделительной системы.

В 4% случаев у детей из наблюдаемой группы отмечался *энкопрез* (недержание кала). При этом всегда данный симптом носил вторичный характер и появлялся на фоне хронической психотравмирующей ситуации.

И. П. Брызгунов и Е. В. Касатикова (2002) свидетельствуют, что гиперактивные дети характеризуются *нарушениями сна*: сноговорением, беспокойством во сне, ночными кошмарами, жалобами на недостаточный сон при большей продолжительности сна у детей с СДВГ по сравнению со здоровыми сверстниками.

В литературе упоминается высокая частота различных *речевых нарушений* у детей с СДВГ (ММД). В.М.Трошин считает, что можно говорить о задержке формирования не только речевой сенсомоторики (дизлалия, дизартрия), но также программирования и контроля. Заикание при обследовании у больных из наблюдаемой нами группы выявлено в 11 % случаев. М.И.Лохов и соавторы (2003) отмечали частое сочетание гиперактивности и заикания.

Разновидности СДВГ. Согласно DSM-IV, выделяют СДВГ с преобладанием гиперактивности, СДВГ с преобладанием невнимательности и комбинированный тип заболевания. Последний тип является наиболее распространенным.

Г.В.Монина, Л.С.Чутко, Е.К.Лютова-Робертс, учитывая наличие тех или иных коморбидных расстройств, выделили две функциональные формы СДВГ. Простая форма характеризуется симптомами асинхронии развития: невнимательность, гиперактивность, дислексия, дисграфия, первичная форма энуреза. Осложненная форма — тем, что к симптомам асинхронии развития присоединяются вторичные симптомы: тики, головные боли, вторичная форма энуреза, энкопрез, заикание, расстройство социального поведения, фобические расстройства, парасомнии. Дети с осложненной формой СДВГ отличаются более высоким уровнем гиперактивности и импульсивности.

Классификация СДВГ (Л. С. Чутко)

Типы СДВГ:

С преобладанием невнимательности.

С преобладанием гиперактивности и импульсивности.

Комбинированный тип.

Формы СДВГ:

Простая форма.

Осложненная форма: цереброастенический вариант; неврозоподобный вариант; сочетанный вариант.

Степень тяжести:

Умеренная.

Выраженная.

Дети с цереброастеническим вариантом отличаются несколько большей степенью невнимательности, чем дети с неврозоподобным вариантом. Дети с неврозоподобным вариантом отличаются достоверно большей гиперактивностью и импульсивностью, чем дети с цереброастеническим вариантом СДВГ.

4. Диагностика СДВГ.

Диагностика СДВГ проводится в критериях DSM-IV. Для постановки диагноза достаточно соответствия диагностическим критериям. Данные опросников для родителей, результаты психологических и нейрофизиологических исследований носят лишь дополнительный характер.

Диагностические критерии DSM-IV (1994)

Особенности поведения:

появляются до 7 лет;

обнаруживаются по меньшей мере в двух сферах деятельности (в школе, дома, в труде, в играх);

не обусловлены психотическими, тревожными, аффективными, диссоциативными расстройствами или психопатиями;

вызывают значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию.

Невнимательность (из перечисленных ниже признаков минимум 6 должны сохраняться не менее 6 месяцев):

- неспособность выполнить задание без ошибок, вызванных невозможностью сосредоточиться на деталях;
- неспособность вслушиваться в обращенную к ним речь;
- неспособность доводить выполняемую работу до конца;
- неспособность организовать свою деятельность;
- избегание нелюбимой работы, требующей усидчивости;
- потеря предметов, необходимых для выполнения заданий (письменные принадлежности, книги и т. д.);
- забывчивость в повседневной деятельности;
- отвлекаемость на посторонние стимулы.

Гиперактивность и импульсивность (из перечисленных ниже признаков минимум 4 должны сохраняться не менее 6 месяцев):

1. Гиперактивность

Ребенок:

- суетлив, не может сидеть спокойно;
- вскакивает с места без разрешения;
- бесцельно бегает, ерзает, карабкается в неадекватных для этого ситуациях;
- не может играть в тихие игры, отдыхать.

2. Импульсивность

Ребенок:

- выкрикивает ответ, не дослушав вопрос;
- не может дождаться своей очереди.

Однако, следуя основному принципу работы с гиперактивными детьми, психологи, как правило, могут провести предварительную диагностику, которая дает право предположить, что ребенок принадлежит к данной

категории.

Главным инструментом, который использует психолог, является метод наблюдения (систематического, фиксированного), результаты которого можно соотнести с основными симптомами, описанными в МКБ-10 и с диагностическими критериями DSM-IV (1994).

Благодаря направленному наблюдению психолог сможет отметить особенности поведения и развития ребенка с СДВГ, избежать ошибочного приписывания данного синдрома импульсивным, одаренным, тревожным детям, у которых могут наблюдаться отдельные схожие признаки (несдержанность, суетливость, невнимательность и др.).

Кроме метода наблюдения помощь психологу может оказать и анализ продуктов деятельности ребенка: рисунки, поделки, рабочие тетради. Импульсивность, неумение заниматься одним делом длительное время, управлять своим поведением, свойственные детям с СДВГ, не могут не отразиться в их произведениях. Как правило, гиперактивным детям трудно соблюдать чистоту в тетрадях, вмещать длинные записи в небольшой отрезок, отведенный для записи ответов в рабочих тетрадях, отпечатанных типографским способом. Рисунки редко бывают симметричными. Люди и животные на рисунках не статичны, они полны движения. При раскрашивании рисунка наблюдается небрежность, штриховка выходит за края изображения. Нажим, как правило, неравномерный, а детали рисунка — размашистые. Зачастую гиперактивные дети стремятся заполнить все пространство листа, заезжая при этом за границы листа.

Объект диагностики	Направление диагностики	Методика, Автор	Источник
Дети	Постановка диагноза	Диагностические критерии по классификации DSM - IV	Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. – М., 2005
		Модификация метода Пьерона-Рузера	Ануфриев А.Ф., Костромина С.Н. Как преодолеть трудности в обучении детей. – М., 1999
	Внимание	Тест Тулуз-Пьерона	Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. – М., 2008
		«Найди и вычеркни» (адаптация Е.В. Доценко)	Психодиагностика детей в дошкольных учреждениях (методики, тесты, опросники). Сост. Е.В. Доценко. – Волгоград, 2007.
		«Домик» (Н.И. Гуткина)	Психодиагностика детей в дошкольных учреждениях (методики, тесты, опросники). Сост. Е.В. Доценко. – Волгоград, 2007.
		«Проставь значки»	Психодиагностика детей в дошкольных учреждениях (методики, тесты, опросники). Сост. Е.В. Доценко. – Волгоград, 2007.
		«Запомни и расставь точки»	Психодиагностика детей в дошкольных учреждениях (методики, тесты, опросники). Сост. Е.В. Доценко. – Волгоград, 2007.
		Методика «ДА и НЕТ» (Е.Е. Кравцова)	Психодиагностика детей в дошкольных учреждениях (методики, тесты, опросники). Сост. Е.В. Доценко. – Волгоград, 2007.
	Память	«10 слов» (А.Р. Лурия)	Бобченко Т.Г., Пронина Е.В. Организация производственной практики в дошкольном образовательном учреждении. – Владимир, 2008.
		Мышление	«Лабиринт»
	«Раздели на группы» (А.Я Иванова, адаптация Е.В. Доценко)		Психодиагностика детей в дошкольных учреждениях (методики, тесты, опросники). Сост. Е.В. Доценко. – Волгоград, 2007.
	«Исключение лишнего» (предметный вариант)		Психодиагностика детей в дошкольных учреждениях (методики, тесты, опросники). Сост. Е.В. Доценко. – Волгоград, 2007.

		«Обведи контур» (исследование наглядно-действенного мышления)	Психодиагностика детей в дошкольных учреждениях (методики, тесты, опросники). Сост. Е.В. Доценко. – Волгоград, 2007.
	Эмоциональная сфера	Рисуночные тесты: «Рисунок семьи», «Несуществующее животное»	Венгер А.П. Психологические рисуночные тесты. – М., 2003.
	Самооценка	Методика «Лесенка» (В.Г. Щур)	Широкова Г.А. Практикум для детского психолога. - Ростов-на-Дону, 2006. Бобченко Т.Г., Пронина Е.В. Организация производственной практики в дошкольном образовательном учреждении. – Владимир, 2008.
	Координация движений	Проба на реципрокную координацию (А.Р.Лурия)	Глозман Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте. – СПб., 2008.
		Исследование моторики и координации движений и детей. (Н.Н.Заваденко)	Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. – М., 2005.
	Самоконтроль и произвольность	Тест самоконтроля и произвольности	Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. – М., 2008
Родители		Анкета для родителей (Заваденко Н.Н., 2005)	Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. – М., 2005.
		Анкета для родителей	Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок. – М., 2001
Педагоги		Анкета для педагогов	Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок. – М., 2001
		Выявление синдрома дефицита внимания	Шарапановская Е.В. Воспитание и обучение детей с ММД и ПШОП. – М., 2005

Диагностические критерии СДВГ по классификации DSM - IV

К основным диагностическим критериям СДВГ по современным классификациям МКБ-10 и DSM – IV (АПА, 1994) относятся следующие признаки.

Несоответствующие нормальным возрастным характеристикам и свидетельствующие о недостаточных адаптационных возможностях:

Нарушения внимания

Гиперактивность и импульсивность

Первые симптомы постоянно сохраняются на протяжении как минимум 6 месяцев в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптации ребенка.

Недостаточная адаптация проявляется в различных ситуациях и видах окружающей обстановки (дома и в школе), несмотря на соответствие уровня интеллектуального развития нормальным возрастным показателям.

Для постановки диагноза необходимо наличие следующих симптомов, приведенных в разделах I и II:

I. Шести или более из перечисленных симптомов невнимательности, которые сохраняются у ребенка на протяжении как минимум 6 месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам

Невнимательность

1. Ребенок часто неспособен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности.

2. Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр.

3. Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.

4. Часто оказывается не в состоянии придерживаться предлагаемых инструкций и справиться до конца с выполнением уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте (что никак не связано с негативным или протестным поведением, неспособностью понять задание).

5. Часто испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности.

6. Обычно избегает, высказывает недовольство и сопротивляется вовлечению в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения (например, школьных заданий, домашней работы).

7. Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки,

школьные принадлежности, карандаши, книги, рабочие инструменты).

8. Легко отвлекается на посторонние стимулы.

9. Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.

II. Шесть или более из перечисленных симптомов гиперактивности и импульсивности, которые сохраняются на протяжении по меньшей мере 6 месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам

Гиперактивность

1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, ребенок крутится, вертится.

2. Часто встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.

3. Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегают, крутится, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо.

4. Обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.

5. Часто находится в постоянном движении и ведет себя так, "как будто к нему прикрепили мотор".

6. Часто бывает болтливым.

Импульсивность

7. Часто отвечает на вопросы не задумываясь, не выслушав их до конца.

8. Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.

9. Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).