

Сорокин Д.О., студент III курса, направление «Клиническая психология»
Тверь ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет»
Научный руководитель - кандидат психологических наук, доцент кафедры
«Психология труда и клиническая психология»
Гудименко Юлия Юрьевна.

© Сорокин Д.О., 2023

ДЕТИ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Аннотация: в статье представлен обзор материалов в отношении синдрома дефицита внимания и гиперактивности, который является частым нейropsychологическим расстройством, встречающимся у 7–28% детей младшего школьного возраста. Представлены основные клинические симптомы, этиология и патогенез СДВГ. Рассматриваются вопросы последствий несвоевременной диагностики, отсутствия лечения и психологической коррекции данного синдрома.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания, гиперактивность, нарушение психического развития у детей, минимальная дисфункция мозга, патогенез, диагностика, лечение.

В последние годы в медицинской и психологической практике все чаще встречаются дети с диагнозом «синдром дефицита внимания и гиперактивности» (далее СДВГ). СДВГ – это расстройство внимания с гиперактивностью или гиперактивное расстройство с дефицитом внимания – расстройство поведения и психического развития, начинающееся в детском возрасте. Проявляется такими симптомами, как трудности концентрации внимания, гиперактивность и плохо управляемая импульсивность. В МКБ-10 СДВГ относится к гиперкинетическим расстройствам – группе эмоциональных расстройств и расстройств поведения, начинающихся обычно в детском возрасте, а в МКБ-11 относится к нейроонтогенетическим расстройствам [4, с. 17-18; 10]. С неврологической точки зрения СДВГ рассматривается как стойкий и хронический синдром, для которого не найдено способа излечения. Считается, что некоторые дети, а именно 30 %, «перерастают» этот синдром либо приспосабливаются к нему во взрослой жизни.

СДВГ при несвоевременной диагностике и отсутствии коррекции данное состояние может привести к внутрисемейным проблемам, формированию асоциального поведения, что во многом определяет актуальность изучения СДВГ [3, с 46].

К основным клиническим проявлениям СДВГ относят дефицит внимания, гиперактивность и импульсивность, а также симптомы статико-локомоторной недостаточности.

Недавние исследования показали отсутствие влияния гендерного фактора на заболеваемость. Считается, что высокая частота симптомов

СДВГ у мальчиков может быть обусловлена преобладанием у них гиперактивной формы СДВГ и более поздним пубертатом [9, с.5].

В рамках медико-биологической концепции подчёркивается роль пре-, пери- и ранней постнатальной патологии, ведущей к морфологическим изменениям мозга и последующему развитию функциональных расстройств, к которым относится СДВГ [1, с.33]. Сторонники нейropsychологической концепции рассматривают проявления СДВГ с позиций недостаточной сформированности ряда высших психических функций, в частности «управляющих функций», вследствие функциональных и органических изменений головного мозга. Дизонтогенетическая концепция определяет СДВГ как вариант сложного асинхронного развития, возникший вследствие диффузного поражения мозга и приводящий к неспецифическим формам реагирования, ассоциированным с психомоторным уровнем реактивности [11, с. 93].

Исходя из положений концепции макросоциального влияния, СДВГ является общей реакцией части детской популяции на определённые социальные, общекультуральные изменения, происходящие в обществе. Социально-психологическая концепция рассматривает формирование СДВГ в контексте внутрисемейных отношений, выделяя психосоциальные факторы риска в качестве основных при развитии синдрома [11, с. 93].

Учёные США, Голландии, Колумбии и Германии выдвинули предположение, что на 80% возникновение СДВГ зависит от генетических факторов. Это расстройство часто носит семейно-наследуемый характер, многочисленные близнецовые исследования демонстрируют высокую степень наследуемости СДВГ, а также свидетельствуют о превалирующем влиянии генов на этиологическую картину заболевания, неврологическо-поведенческое расстройство развития, начинающееся в детском возрасте [13, с. 62].

Влияние средовых факторов (таких как общее ухудшение экологической ситуации, инфекции матери во время беременности и действие лекарств, алкоголя, наркотиков, курения в этот период, неблагоприятный перинатальный анамнез и т.д.) также имеет большое значение, но научные исследования последних лет позволяют предположить, что в большинстве случаев они взаимодействуют с генетическими факторами; хотя исключительные внешние условия, такие как ранняя выраженная депривация или исключительные генетические факторы риска могут в некоторых случаях оказывать значительное влияние на риск развития заболевания [13, с. 64].

Пренатальные и перинатальные патологические факторы составляют основу «раннего органического поражения ЦНС». Вторая половина беременности, роды и первые 20 недель неонатального периода характеризуются наиболее активным созреванием головного мозга. Этот же период является критическим, вследствие того, что структуры ЦНС становятся наиболее чувствительными к воздействию повреждающих

факторов, таких как гипоксия, ишемия, инфекции, интоксикации. При сравнительном анализе данных анамнеза у детей с СДВГ чаще, чем у их здоровых сверстников, отмечались заболевания матери во время беременности, в том числе токсикозы и эклампсия, возраст матери старше 30 лет, переносная беременность, затяжные роды, недоношенность плода, морфофункциональная незрелость и ишемически гипоксическая энцефалопатия, заболевания ребёнка на первом году жизни. В то же время установлено, что отдалённые исходы пре- и перинатальных патологических воздействий в значительной степени опосредуются социально-психологическими факторами. Наличие в анамнезе факторов раннего органического повреждения ЦНС удаётся выявить не у всех пациентов с СДВГ. Важная роль в развитии данного синдрома принадлежит наследственным факторам. Это подтверждается высокой степенью конкордантности по СДВГ у монозиготных близнецов (от 76 до 100%), более высокой частотой гиперактивности среди родственников гиперактивных детей [9, с. 5-6].

Согласно руководству по диагностике и статистике психических расстройств (DSM-V), возраст дебюта СДВГ увеличен до 12 лет [7, с. 48]. Для установления диагноза СДВГ у детей необходимо наличие не менее 6 симптомов нарушения внимания и/или гиперактивности/импульсивности, стабильно сохраняющихся на протяжении полугода. Следует подчеркнуть, что в течение 6 месяцев симптоматика должна присутствовать как минимум в двух сферах деятельности ребёнка, например, в школе и дома, и вызывать психологический дискомфорт и дезадаптацию. Для подтверждения диагноза у пациентов старше 17 лет достаточно 5 симптомов СДВГ [7, с. 50]. Симптомы должны наблюдаться в разных ситуациях и обстановке.

Согласно Е.Л. Григоренко, Т.М. Марютиной синдром дефицита внимания с гиперактивностью представляет собой хроническое расстройство поведения в детском возрасте, среди клинических проявлений которого называются двигательное беспокойство, импульсивность, невозможность сконцентрироваться [14, с. 76]. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью представляет собой наиболее распространённую форму хронических нейроповеденческих расстройств детского возраста по Н.Н. Заваденко [5, с.56].

При нейропсихологическом исследовании у детей с СДВГ были выявлены низкие показатели концентрации и устойчивости внимания, повышенная тормозимость следов интерферирующими воздействиями; резкие перепады в скорости выполнения тестов, нарастание числа ошибок, что свидетельствует о повышенной утомляемости и истощаемости нервных процессов, недостаточном контроле. Развитие наглядно-образного мышления у гиперактивных детей было ниже нормы, а в уровне развития словесно-логического и теоретического мышления достоверных различий с контрольной группой не обнаружено. При оценке эмоциональной сферы было показано, что для детей с СДВГ характерны повышенный уровень

тревожности и агрессии, реактивность и эмоциональная неустойчивость. При исследовании произвольных движений у детей с СДВГ не отмечено значительного отставания в развитии реципрокной координации рук, динамического и пространственного праксиса. У детей с СДВГ чаще встречались нарушения тонкой моторики [9, с. 6-7].

СДВГ в общей систематике нарушений психического развития у детей принимается как относительно новая (по обозначению), распространённая, используемая при описании поведенческих особенностей форма отклонений. Центральным для постановки заключения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью считается расстройство внимания. Среди сопутствующих проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью часто называется неспособность к обучению, тревожность, делинквентное поведение [11, с.93]. Симптомокомплекс СДВГ включает трудности в обучении и межличностных отношениях, обычно сочетается с поведенческими и тревожными расстройствами, задержкой в формировании языка и речи, а также школьных навыков. Нарушения внимания отчётливо проявляются с началом школьного обучения. Важно учитывать, что, оказавшись в новой обстановке, при встрече с незнакомыми людьми, ребёнок с СДВГ обычно не проявляет свойственной ему гиперактивности, она на какое-то время исчезает, «тормозится» на фоне волнения. Гиперактивность не всегда обязательный симптом. У части пациентов, особенно девочек, она может быть незначительно выраженной, что затрудняет диагностику и коррекцию. Клинически дети с СДВГ часто характеризуются как быстро реагирующие на ситуации, не дожидаясь указаний и инструкций, позволяющих выполнять задание, а также неадекватно оценивающие требования задания [8, с.28].

Нарастание симптомов СДВГ нередко бывает приурочено к началу посещения детского сада или школы, что связано с увеличением нагрузок на ребёнка. Установлено, что в подростковом возрасте выраженные симптомы СДВГ продолжают сохраняться не менее чем у 50–80% пациентов с СДВГ. При этом гиперактивность у подростков значительно уменьшается или исчезает, тогда как импульсивность и нарушения внимания не ослабевают. Такие подростки склонны к употреблению психоактивных препаратов, совершению правонарушений. В дальнейшем примерно в 50% случаев симптомы сохраняются у взрослых. Таким образом, течение СДВГ может принимать длительный, многолетний характер [2, с. 58].

Патогенетические механизмы СДВГ рассматриваются с позиций дефицита (незрелости) функций лобных и префронтальных отделов мозга и недостаточной сформированности управляющих функций (далее УФ). Развитие УФ и созревание префронтальной области мозга – длительные процессы, продолжающиеся не только в детском, но и в подростковом возрасте. УФ включают круг способностей, которые служат задаче

поддержания необходимой последовательности усилий по решению проблемы или достижению цели. Пациенты с СДВГ обычно демонстрируют низкие результаты при нейропсихологическом исследовании регуляции и контроля когнитивных процессов, которые обеспечиваются префронтальной корой, в том числе рабочей памяти, поддерживаемого внимания, торможения реакций. У пациентов с СДВГ по сравнению со здоровыми испытуемыми при этом обнаруживаются изменённые паттерны активации, особенно на уровне правой префронтальной области, базальных ганглиев (стриатума и бледного шара), передне-поясной коры, мозжечка. Обобщённые данные применения функциональной МРТ свидетельствуют о сниженной активации лобной коры (передне-поясной, дорсолатеральной префронтальной, нижней префронтальной и орбитофронтальной) и связанных с ней структур (ряда подкорковых узлов, таламуса, теменной коры) [2, с. 47].

Предполагается также, что патогенез СДВГ связан с нарушением активирующей системы ретикулярной формации, которая способствует координации обучения и памяти, обработке поступающей информации и спонтанному поддержанию внимания. Невозможность адекватной обработки информации приводит к тому, что разные зрительные, звуковые, эмоциональные стимулы становятся для ребёнка избыточными, вызывая беспокойство, раздражение и агрессивность.

Для диагностики СДВГ симптомы гиперактивности/импульсивности и/или невнимательности должны вызывать как минимум умеренные психологические, социальные, образовательные и/или профессиональные нарушения, основанные на опросе и наблюдениях пациентов в разных условиях. Эти проявления должны быть распространёнными, происходящими в двух или более важных ситуациях, включая социальные, семейные, образовательные и/или профессиональные. Для точной диагностики необходимо включать оценку потребностей человека, сопутствующих условий (социальных, семейных и образовательных или профессиональных) и физического здоровья. Для детей и молодых людей необходимо также проводить оценку психического здоровья их родителей или опекунов [12, с. 6].

В настоящее время выделяют три варианта течения СДВГ в зависимости от клинических проявлений: комбинированная форма, сочетающая в себе дефицит внимания и гиперактивность; СДВГ с преобладанием нарушения внимания; СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности [9, с.5-6].

Исходя из того, что симптомы СДВГ могут изменяться с возрастом и сохраняться на протяжении многих лет, а в некоторых случаях — в течение всей жизни, дополнительно к основным выделяют резидуальный (то есть не полностью прошедший) вариант СДВГ [6, с.4; 7, с.51].

Лечение СДВГ должно быть комплексным и включать методы коррекции поведения, психотерапии, нейропсихологической коррекции.

Необходимо подчеркнуть, что в процесс лечения врач должен стремиться вовлечь не только самого ребёнка, но и его родителей, членов семьи, учителей. Коррекция СДВГ должна включать комплекс методик, т.е. быть «мультимодальной». Основные направления: коррекция двигательной активности, психолого-педагогическая коррекция, семейная психотерапия, поведенческая терапия, релаксационные методики, лечение сопутствующей патологии. К медикаментозной терапии прибегают только в случае неэффективности вышеуказанных методик.

Медикаментозная терапия назначается по индивидуальным показаниям в случаях, когда нарушения поведения и когнитивных функций не могут быть преодолены немедикаментозными методами. Детям до 5 лет необходимо тщательно оценить риск применения препаратов для коррекции СДВГ.

Таким образом, для успешной диагностики и лечения СДВГ необходимы комплексный подход и вовлеченность различных групп специалистов.

Список литературы:

1. Бадалян Л.О. Синдромы дефицита внимания у детей // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – СПб.: Питер, 2010. – № 3. – 95 с.
2. Баранов А.А., Белоусов Ю.Б., Бочков Н.П. и др. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: этиология, патогенез, клиника, течение, прогноз, терапия, организация помощи (экспертный доклад). – М.: Программа «Внимание» «Чаритиз Эйд Фаундейшн» в РФ, 2007. – 64 с.
3. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. – М.: Медпрактика, 2002. – 128 с.
4. Всемирная организация здравоохранения. F90-F98 Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте // Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Класс V: Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (адаптированный для использования в Российской Федерации). – Ростов-на-Дону: Феникс, 1999. – 334 с.
5. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. – М.: АCADEMIA, 2005. – 256 с.
6. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: диагностика и лечение. // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т.14, №1. – С. 2–6.
7. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: современные принципы диагностики и лечения. [Электронный ресурс] // Вопросы современной педиатрии: Электронный научный журнал. – 2014. – № 4. – с. 48-53. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-defitsita-vnimaniva-i-giperaktivnosti>

[sovremennye-printipy-dagnostiki-i-lecheniya/viewer](https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-printipy-dagnostiki-i-lecheniya/viewer) (дата обращения 11.04.2023)

8. Заваденко Н.Н. Факторы риска для формирования дефицита внимания и гиперактивности у детей. – М.: Экмо-Пресс, 2009. – 104 с.

9. Зиновьева О.Е., Роговина Е.Г., Тыринова Е.А. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. [Электронный ресурс] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика: Электронный научный журнал. – 2014. – № 1. – с. 4-8. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-defitsita-vnimaniva-s-giperaktivnostyu-u-detey/viewer> (дата обращения 12.04.2023)

10. Международная классификация болезней 11-го просмотра (МКБ-11) [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://mkb11.online/> (дата обращения 12.04.2023)

11. Набойченко Е.С. Синдром дефицита внимания и гиперактивности в общей систематике нарушений психического развития у детей. [Электронный ресурс] // Педагогическое Образование в России: Электронный научный журнал. – 2016. – № 10. – с. 92-96. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-defitsita-vnimaniva-i-giperaktivnosti-v-obschey-sistematike-narusheniy-psihicheskogo-razvitiya-u-detey-1> (дата обращения 12.04.2023)

12. Пивоварова А.М. Современные аспекты клиники, диагностики и лечения синдрома дефицита внимания и гиперактивности [Электронный ресурс] // Практика педиатра. – 2019. – № 4. – Режим доступа: https://medi.ru/pp/arhiv/zhurnal_praktika_pediatra_arhiv_za_2019_god/4_2019_novabr-dekabr/16556/ (дата обращения 11.04.2023)

13. Пизова Н.В. Что такое синдром дефицита внимания и гиперактивности? [Электронный ресурс] // Медицинский совет: Электронный научный журнал. – 2013. – № 1. – с. 60-64. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/cto-takoe-sindrom-defitsita-vnimaniva-i-giperaktivnosti/viewer> (дата обращения 11.04.2023)

14. Токарь О.В., Зимаревой Т.Т. Психолого-педагогическое сопровождение гиперактивных дошкольников. – М.: Флинта, 2009. – 152 с.

Sorokin D.O., III -year student, a third-year student of the direction «Clinical psychology»Tver, Tver State University

Scientific supervisor - Head of the OOP 37.05.01 Clinical Psychology, Associate Professor of the Department «Labor Psychology and Clinical Psychology» Gudimenko J.J.

CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Abstract: the article presents a review of materials on attention deficit hyperactivity disorder, which is a frequent neuropsychological disorder occurring in 7-28% of primary school

children. The main clinical symptoms, etiology and pathogenesis of ADHD are presented. The issues of consequences of untimely diagnosis, lack of treatment and psychological correction of this syndrome are considered.

Keywords: attention deficit disorder, hyperactivity disorder, mental development disorder in children, minimal brain dysfunction, pathogenesis, diagnostics, treatment.

Статья принята в редакцию: 21.05.2023.

Статья подписана в печать: 19.07.2023.