ГИПЕРАКТИВНОСТЬ И НЕВНИМАТЕЛЬНОСТЬ (СДВГ)

СДВГ и лечение

Меган Миллер, магистр, Стивен П. Хиншо, PhD

Университет Калифорнии, Беркли, США

февраля 2012 г.

Введение

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) – это широко распространенное расстройство неврологического развития, наносящее вред здоровью. Оно возникает в детстве и имеет тенденцию сохраняться на протяжении всей жизни. СДВГ имеет в высокой степени наследственный характер, поражает приблизительно 5-8% молодых людей и встречается чаще у лиц мужского пола. Согласно описанию, данному в Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств – издание четвертое (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition),[1] СДВГ представляет собой набор симптомов, которые выходят за пределы возрастных норм, наносят значительный вред здоровью и проявляются в различных ситуациях. Данные симптомы распределяются на две категории: (а) невнимательность/неорганизованность и (б) гиперактивность/импульсивность. Считается, что лица, которые обнаруживают значительно выраженные симптомы невнимательности/неорганизованности, относятся к подтипу с преобладанием дефицита внимания; те, у кого определяются значительно выраженные симптомы гиперактивности/импульсивности, относятся к подтипу с преобладанием гиперактивности/импульсивности. Самая распространенная клиническая форма проявления СДВГ – это смешанный тип, при котором личность обладает значительно выраженными симптомами из обоих классов. Текущие научно-обоснованные формы

коррекционного вмешательства для СДВГ включают применение психотропных препаратов и проведение бихевиоральной терапии.[2,3,4,5]

Предмет

Крайне важно определить наиболее эффективные стратегии коррекции для СДВГ. Критически необходимо установить, какие компоненты научно-обоснованного лечения являются самыми эффективными (включая стратегии оценки для установления этого), определить, каким образом оптимально комбинировать стратегии лечения, установить лучшие методы, направленные на обобщение и поддержание достигнутых результатов лечения, а также определить факторы, способствующие достижению идеальных результатов лечения.

Проблематика

Годы исследований коррективных вмешательств определили и усовершенствовали методы научно-обоснованного лечения СДВГ, включая мероприятия по коррекции поведения и медикаментозное лечение. Тем не менее, подобные способы лечения хоть и основаны на экспериментальных данных, не излечивают расстройство и не ведут к значительным улучшениям состояния всех пациентов. В дополнение к этому, эффект от использующихся в настоящий момент программ научно-обоснованного лечения, как правило, недолговечен, а результаты их применения имеют тенденцию не обобщаться на другие ситуации.

Научный контекст

Обширные исследования факторов риска, коррелятов, долгосрочных результатов, относящихся к СДВГ, и лежащих в его основе процессов, до сих пор не в полном объеме внедряются в коррекционные программы, направленные на конкретные механизмы. Тем не менее, ряд отчетов о строго контролируемых отдельных случаях и исследований с применением двойного слепого метода подтверждают жизнеспособность бихевиоральной терапии и программ медикаментозного лечения СДВГ.

Ключевые вопросы

Ключевой вопрос исследований касается оценки эффективности коррекционных мероприятий СДВГ, состоящих из бихевиоральной терапии, медикаментозного лечения, а также смешанного лечения, включающего в себя коррекцию поведения и назначение

препаратов. Другие важные исследовательские вопросы охватывают выявление факторов, объясняющих, как и насколько хорошо работает лечение, и для какой конкретно группы лиц оно является эффективным.[6] Данные факторы могут включать пол, тип СДВГ, уровень развития, сопутствующие заболевания, родительские факторы, дозировку лекарственных препаратов, когнитивные изменения и особенности дисциплины, присущие определенной семье.[6,7,8,9,10]

Результаты последних исследований

Текущие научно-обоснованные методы лечения СДВГ включают медикаментозную терапию и поведенческое вмешательство. Медикаментозные методы лечения СДВГ обычно состоят из применения психостимуляторов, хотя зачастую одновременно с ними прописывают и другие типы препаратов с целью лечения сопутствующих расстройств. Психостимуляторы, используемые с целью лечения симптомов СДВГ, включают метилфенидат, декстроамфетамин и смешанные соли амфетамина – данные препараты улучшают передачу допамина. Атомоксетин, являясь ингибитором обратного захвата норэпинефрина, также доказал свою эффективность. И дофамин, и норэпинефрин являются нейромедиаторами (переносчиками информации в мозге), которые участвуют во многих мозговых процессах. Тогда как доказано, что эти лекарства уменьшают проявления симптомов СДВГ и корректируют функциональные нарушения в различных условиях,[4] эффект от их применения обычно сохраняется только в течение активного действия препарата в организме и мозге.

Как следствие, и с целью стимулировать активную выработку определенных навыков, обычно также рекомендуются немедикаментозные методы лечения. Бихевиоральная терапия является единственным научно-обоснованным мероприятием для коррекции СДВГ помимо введения препаратов. Бихевиоральная терапия обычно включает в себя проведение мероприятий с родителями, педагогами и самим ребенком.[2,11] Специфические компоненты бихевиоральных коррекционных мероприятий при СДВГ включают в себя прямое ситуационное воздействие (contingency management) и клиническую бихевиоральную терапию. Прямое ситуационное воздействие состоит в том, что педагоги или консультанты непосредственно поощряют нужные навыки и используют эффект последствий, проявляющихся при возникновении проблем. Более распространенные процедуры клинической бихевиоральной терапии включают (1) обучение родителей по ряду тем, включающих управление поведением (например, позитивное внимание родителей,

поощрение подобающего поведения, негативные последствия плохого поведения) и (2) обучение педагогов по темам, таким как использование подсказок и поощрений в классе. Как показывают результаты наиболее релевантных исследований, вероятность нормализации симптомов наиболее высока при сочетании медикаментозного лечения и коррекции поведения, особенно в отношении показателей функционирования.[12,13,14]

Хотя эффективность методов коррекции СДВГ уже установлена в научных исследованиях, экспериментов на основе двойного слепого метода, направленных на выявление конкретных индивидуальных факторов лечения, пока проведено очень немного. Ключевые факторы, выявленные в Исследовании мультимодального лечения детей с СДВГ (Multimodal Treatment of children with ADHD Study, MTA), включают в себя: наличие сопутствующего тревожного расстройства, социальная поддержка семей, этническая/расовая принадлежность, тяжесть СДВГ, симптоматика депрессии у родителей, коэффициент умственного развития детей, посещаемость, использование медикаментов среди населения и негативная/неэффективная родительская дисциплина.[6]

Наконец, можно считать жизнеспособными специальные формы ситуационного воздействия, усовершенствованные с упором на когнитивную сферу (например, родительские тренинги по развитию социальных навыков), а также тренинг когнитивных функций, направленный на восполнение нейрофизиологических дефицитов, обычно ассоциированных с СДВГ (например, нарушения управляющих функций, включающие проблемы планирования, поддержания организованности, торможения неадекватных реакций, постановки и достижения целей), однако данные на настоящий момент ограничены. Критически важный вопрос, касающийся существующих на данный момент научно-обоснованных мероприятий по коррекции СДВГ – включая ряд комбинированных методов лечения с применением медикаментов и поведенческих вмешательств – заключается в том, что улучшения, достигнутые в ходе лечения, зачастую не только недолговременны, но и не обобщаются на поведение в иных условиях.[3]

Неисследованные области

Крупная проблема, связанная с текущими научно-обоснованными методиками лечения СДВГ, касается генерализации результатов.[16] А именно, лица с СДВГ обнаруживают тенденцию не переносить улучшения, достигнутые в ходе лечения, в другие сферы жизни. Таким образом, будущие усилия по разработке лечения должны быть сосредоточены на

определении компонентов коррекционных мероприятий, стимулирующих долговременное поддержание результатов лечения в различных ситуациях. Еще один вопрос исследований включает разработку методов коррекции функциональных нарушений, часто сопровождающих СДВГ (например, социальные сложности, академические трудности, дефицит организационных навыков). Успешное проведение коррекционных мероприятий в этих областях может иметь стойкий долговременный эффект и способствовать достижению ускользающей цели поддержания достигнутых в ходе лечения результатов. Наконец, существует серьезный пробел в публикациях по ранним профилактическим мероприятиям. Подобные мероприятия в случае успеха могли бы изменить траекторию СДВГ с самого начала, предотвращая тем самым проблемы в будущем. Хотя данный подход используется в изучении других связанных с развитием мозга расстройств (например, расстройства аутического спектра), подобная методология довольно редко применялась в процессе изучения СДВГ.[17] Проблема «ложных тревог» в диагностике является одной из ключевых: сколько детей дошкольного возраста, находящихся в группе риска возникновения СДВГ, на самом деле будут страдать от данного расстройства?

Выводы

СДВГ – распространенное расстройство, связанное с неврологическим развитием, которое наносит ущерб здоровью и требует интенсивного коррекционного вмешательства. Значительная часть исследований посвящены выявлению научно-обоснованных корректирующих мероприятий. Существующие на данный момент варианты научно-обоснованных подходов включают коррекцию поведения и медикаментозное лечение (по большей части при помощи психостимуляторов); существуют данные о том, что наиболее эффективное снижение интенсивности симптомов происходит, когда комбинируются медикаментозное лечение и поведенческая коррекция. Хотя данные варианты лечения и подходят для снижения остроты основной симптоматики (например, невнимательность/неорганизованность, гиперактивность/импульсивность), они не показывают действенных улучшений в восполнении основного дефицита, связанного с СДВГ, а их результаты скорее кратковременны и ситуативны. Важным шагом станет стимулирование прикладных исследований, в рамках которых на основе знания биологических и контекстуальных факторов риска разрабатываются более совершенные стратегии лечения. Важные области будущих исследований включают: выявление конкретных факторов, влияющих на исход лечения; разработку коррекционных

мероприятий, результаты которых имеют долгосрочный характер, а выработанные в процессе навыки хорошо генерализуются; определение способов лечения функциональных расстройств, обычно присутствующих у лиц с СДВГ; выяснение потенциальной пользы профилактических мер.

Рекомендации для родителей, служб и административной политики

Профессиональные организации (например, Американская ассоциация детской и подростковой психиатрии и Американская академия педиатрии)[18,19] опубликовали нормативы по оценке и лечению СДВГ, но подобные профессиональные руководства не находят должного применения; кроме того, четко не оговорено, будут ли расходы на внедрение подобных стандартов возмещаться всегда или хотя бы регулярно. Семьям необходимо понимать, что им нужны соответствующие специалисты в сфере здравоохранения, которые продемонстрировали свою квалификацию в лечении СДВГ и распространенных сопутствующих заболеваний и нарушений; директивные органы должны обеспечить адекватные стандарты оценки и лечения. Более того, частота постановки диагноза и направлений на лечение СДВГ заметно варьирует на территории США[20] и по всему миру.[21] С этой вариацией могу быть связаны все факторы, имеющие отношение к директивной политике, такие как профессиональные тексты и экзамены, влияющие на дальнейшую карьеру, обучение профессионалов, выплата страховок и реклама лечения (в особенности, реклама медикаментов). В целом, осведомленность о СДВГ, сокращение уровня социального отторжения с учетом его идентификации и адекватного лечения, научно-обоснованная социальная политика, обеспечивающая бюджет для оказания социальных услуг с учетом результатов исследований, и соответствующие средства оценки результатов, достигнутых в ходе лечения, – всё это важнейшие цели в контексте обеспечения молодежи и семей оптимальными услугами.

Литература

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed., text rev. Washington, DC: Author; 2000.
2. Hinshaw, S. P., Klein, R. G., & Abikoff, H. Childhood attention-deficit hyperactivity disorder: Nonpharmacologic treatments and their combination with medication. In: Nathan, P. E. & Gorman, J. M. eds. *A guide to treatments that work* , 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2007:3-27.
3. Miller, M. & Hinshaw, S. P. Treatment for children and adolescents with ADHD. In Kendall, P. C. ed. *Child and Adolescent Therapy*, 4th Edition: Cognitive-Behavioral Procedures. New York: Guilford Press; 2011:61-91.
4. Paykina, N., & Greenhill, L. L. (2007). Pharmacological treatments for attention-deficit/ hyperactivity disorder. In Nathan. P. E. & Gorman, J. M. eds. *A guide to treatments that work*, 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2007:29-70.

5. Evans, S. W., & Hoza, B. (Eds.) *Treating attention deficit hyperactivity disorder: Assessment and intervention in developmental context*. Kingston, NJ: Civic Research Institute; 2011.
6. Hinshaw, S. P. Moderators and mediators of treatment outcome for youth with ADHD: Understanding for whom and how interventions work. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007;32(6):664-675.
7. Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Lenora, N., Abikoff, H. B., Conners, C. K. et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001;40(2):147–158.
8. MTA Cooperative Group. Moderators and mediators of treatment response for children with ADHD: The MTA Study. *Archives of General Psychiatry*. 1999a;56(12):1088-1096.
9. Owens, E. B., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Cantwell, D. P. et al. Which treatment for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003;71(3):540-552.
10. Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998;66(1):19–36.
11. Pelham, W. E., & Fabiano, G. A. Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008;37(1):184-214.
12. Conners C. K., Epstein J. N., March, J. S., Angold, A., Wells, K. C., Klaric, J. et al. Multimodal treatment of ADHD in the MTA: An alternative outcome analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001;40(2):159–167.
13. Swanson, J. M., Kraemer, H. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Conners, C. K., Abikoff, H. B. et al. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: Success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001;40(2):168–179.
14. MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1999b;56(12):1073-1086.
15. Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Wells, K.C., Kraemer, H.C., Abikoff, H.B., Arnold, L.E., et al. Family processes and treatment outcome in the MTA: Negative/ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2000;28:555-568.
16. Abikoff, H. ADHD psychosocial treatments: Generalization reconsidered. *Journal of Attention Disorders*. 2009;13(3):207-210.
17. Sonuga-Barke, E. J. S. & Halperin, J. M. Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: Potential targets for early intervention? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010;51(4):368-389.
18. American Association of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46(7):894-921.
19. American Academy of Pediatrics. ADHD: Clinical practice guidelines for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2011;128(5):1007-1022.
20. Fulton, B. D., Scheffler, R. M., Hinshaw, S. P., Levine, P., Stone, S., Brown, T. T., et al. National variation of ADHD diagnostic prevalence and medication use: Health care providers and educational policies. *Psychiatric Services*. 2009;60(8):1075-1083.
21. Hinshaw, S. P., Scheffler, R. M., Fulton, B. D., Aase, H., Banaschewski, T., Cheng, W., et al. International variation in treatment procedures for ADHD: Social contexts and recent trends. *Psychiatric Services*. 2011;62(5):459-464.