ЭНЦИКЛОПЕДИЯ
раннего детского
развития

ГИПЕРАКТИВНОСТЬ И НЕВНИМАТЕЛЬНОСТЬ (СДВГ)

Обобщение

Насколько это важно?

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)
является нейропсихиатрическим расстройством, для которого характерны атипичные в возрастном отношении, устойчивые и ухудшающие самочувствие беспокойство, импульсивность и невнимательность, которые проявляются с раннего возраста. СДВГ можно разделить на три подтипа, основываясь на типе поведения, который наиболее заметен: 1) тип с преобладанием нарушений внимания; 2) гиперактивно-импульсивный тип; и 3) комбинированный тип, зависящий от природы симптомов. Данный синдром диагностируется, когда симптомы проявляются и причиняют затруднения у ребенка в более чем одной жизненной обстановке, например, в школе, дома или вне дома. По некоторым оценкам, СДВГ поражает от 3 до 7% детей школьного возраста по всему миру, при этом у мальчиков обнаруживается более высокий уровень СДВГ, чем у девочек. СДВГ, как правило, сочетается с другими психиатрическими расстройствами или нарушениями развития (например, тревожностью, расстройством настроения, нарушениями способностей к обучению или речевыми нарушениями, расстройством поведения и нарушениями сна) в 50-66% случаев. СДВГ сохраняется во взрослом возрасте у более чем половины пораженных недугом детей. Симптомы СДВГ и сопутствующие ему расстройства мешают учебе и адекватному поведению в школе, поэтому процент детей с СДВГ, оканчивающих школу, более низкий. По мере взросления они также чаще испытывают сложности с трудоустройством. Другие негативные последствия, связанные с СДВГ, включают в себя сложности межличностных отношений и повышенную частоту случайных

травм, автомобильных аварий и подростковой беременности. В целом, СДВГ является одной из крупных проблем для здравоохранения и может приводить к заметным потерям как в жизнях отдельных людей, так и для общества.

Что нам известно?

Считается, что СДВГ вызывается взаимодействием генетических и средовых факторов. Симптомы СДВГ имеют в высокой степени наследуемый характер (76 %), но все же природа генетического влияния до сих пор остается нераскрытой. Согласно результатам опубликованных исследований, генетические факторы, приводящие к СДВГ, также связаны с другими нарушениями. Так, общие генетически влияния обнаружены в случае дислексии и симптомов невнимательности, симптомов гиперактивности-импульсивности и оппозиционных расстройств поведения, СДВГ и симптомов аутизма. Более того, предполагается, что гены, ответственные за деление клеток, клеточную адгезию и миграцию нейронов имеют отношение к наступлению СДВГ. Что касается средовых факторов риска, то здесь исследователи отметили негативное влияние курения и употребления алкоголя матерью в дородовый период, материнской депрессии, низкой массы тела новорожденного, плохих методов родительского воспитания, а также проживания в неблагополучных районах.

Дети с СДВГ испытывают больше проблем в учебе, чем их одноклассники, из-за нейрокогнитивных нарушений и поведения. СДВГ часто ассоциируется с дефицитом управляющих функций (например, планирования, организации, внимания к важным деталям и торможения импульсов). Соответственно, дети, у которых обнаружили это расстройство, с большей вероятностью будут испытывать проблемы в обучении и/или речевые затруднения. Результаты нейрофизиологических исследований позволяют предположить, что СДВГ ассоциируется с атипичной активностью лобной коры, области головного мозга, ответственной за когнитивные процессы. Тем не менее, важно отметить, что только некоторая часть детей школьного возраста с СДВГ (30%) имеет слабые управляющие функции, что позволяет не рассматривать их ни как необходимую, ни как достаточную причину расстройства.

Что можно сделать?

Диагностика

Обычно СДВГ впервые обнаруживается и лечится у детей школьного возраста. Однако наличие симптомов гиперактивности, импульсивности и невнимательности в дошкольном возрасте считается основным фактором для постановки диагноза. Прямое наблюдение за ребенком позволяет предположить диагноз, но ребенок даже с наиболее выраженными симптомами может быть спокойным и внимательным в необычной обстановке, такой как кабинет врача. Следовательно, обследование должно фокусироваться на получении всей истории поведения ребенка дома, во время игры и в школе с раннего детства и до момента обследования. Обычная клиническая беседа (интервью) дает возможность обсудить то, как родители и педагоги реагировали на затруднения ребенка, и выявить стратегии, которые сработали, и те, которые не сработали. Обследование не должно ограничиваться только симптомами СДВГ, следует также расспрашивать о сопутствующих симптомах, которые могут обнаруживаться, например, таких как тревожность, проблемы с настроением и поведением. Родители не всегда полностью осознают, насколько стрессовая обстановка может расстроить ребенка; вот почему беседа непосредственно с ребенком может быть важной частью обследования. Сопутствующие расстройства являются важной сферой лечения, и их наличие может повлиять на эффективность терапии.

Многие клиницисты признают, что шкала оценок родителя и педагога полезна в диагностическом процессе, как способ получения описания поведения ребенка, которое без труда можно сравнить с возрастными нормами. Некоторые дети с высоким уровнем непоседливости (неусидчивости), невнимательности и импульсивности имеют медицинские проблемы или задержки развития, которые должны быть выявлены в ходе обследования. Дети, испытывающие затруднения в учебе, могут проявлять симптомы в школе и во время выполнения домашнего задания, так как им трудно осваивать учебный материал. Другие дети могут проявлять симптомы дома, что лишь указывает на некие проблемы в среде, окружающей ребенка, трудности социального характера или проблемы воспитания. В кабинете доктора может быть очень сложно определить, у каких детей есть специфические проблемы с обучением. Следовательно, консультация с педагогом-психологом может быть очень полезна для получения полной картины сильных и слабых сторон ребенка.

Коррективное вмешательство

Стимулирующие медикаменты (такие как метилфенидат, Риталин™) в различных краткодействующих и пролонгированных формах играют важную роль в лечении СДВГ. Некоторое время назад стали доступны нестимулирующие медикаменты, такие как

Атомоксетин, которые играют важную роль в лечении. Эти медикаменты могут помочь большому числу больных людей улучшить их внимание, управление импульсами и снизить уровень их активности. Также эффективны интенсивные поведенческие коррективные вмешательства, которые подразумевают комбинирование обучения ребенка самоконтролю с обучением родителей стратегиям воспитания. Позитивное родительское внимание, поощрения за подобающее поведение и негативные последствия неподобающего поведения (например, запрещение ребенку играть с любимой игрушкой) – это рекомендуемые методы бихевиорального воздействия. Педагоги также могут применять аналогичные методы в своих классах. Имеющиеся доказательства свидетельствуют о том, что наилучшее коррективное вмешательство – это сочетание медикаментозной терапии, бихевиоральной коррекции и мероприятий на уровне школьной программы, направленных на поведение и обучение. Для получения оптимального эффекта эти виды лечения должны быть интенсивными и долгосрочными. Непосредственная тренировка когнитивных функций, таких как рабочая память (способность удерживать и работать с информацией в краткосрочной памяти), кажется обнадеживающей как потенциально эффективное вмешательство. У некоторых детей может улучшиться поведение при удалении определенных продуктов из их рациона питания, хотя универсальность этого эффекта не доказана. Тренировка мозговой электрической активности может улучшить внимательность и поведение некоторых детей. В связи с этим, главная проблема такого лечения заключается в обобщении положительной динамики и ее переносе в другую обстановку. Необходимо проводить дальнейшие исследования, направленные на изучение оказывающих влияние на лечение факторов (индивидуальных и контекстно-обусловленных), чтобы увеличить положительный эффект лечения детей в течение времени и в различной обстановке.