

О.И. РОМАНЧУК

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ



Олег Романчук

**Синдром дефицита внимания
и гиперактивности у детей**

«Теревинф»

УДК 159.922.7
ББК 88.8

Романчук О. И.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей /
О. И. Романчук — «Теревинф»,

ISBN 978-5-98563-411-2

Книга посвящена одному из наиболее распространенных поведенческих расстройств детства – синдрому дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). В ней представлены как современные научные знания (этиология, патогенез, клиническая картина), так и практический опыт помощи детям с этим расстройством. Рассматриваются вопросы диагностики и терапии (организация помощи в семье, в школе, медикаментозная терапия). Книга опровергает распространенные мифы об СДВГ и предлагает целостную модель помощи детям и их семьям. Предназначена для широкого круга специалистов – педагогов, психологов, врачей и в целом всех, кто интересуется проблематикой психического здоровья детей, воспитанием и обучением детей с особыми потребностями.

УДК 159.922.7

ББК 88.8

ISBN 978-5-98563-411-2

© Романчук О. И.
© Теревинф

Содержание

Введение	5
Часть I	9
Что такое СДВГ?	9
СДВГ – обзор проблемы	14
Причины СДВГ	19
Патогенез и симптоматика СДВГ	23
Нарушение импульс-контроля	25
Нарушение прогнозирования, планирования и самоорганизации поведения	27
Нарушение контроля внимания и анализа информации	30
Нарушение контроля эмоций	32
Нарушение контроля над двигательной активностью, процессами возбуждения/ торможения	33
Разные лица СДВГ	35
Ситуативная вариабельность симптомов	35
Классификация подтипов	36
Степени тяжести	37
Вторичные проблемы и сопутствующие расстройства	38
Гендерные особенности	39
Возрастная динамика СДВГ	42
Конец ознакомительного фрагмента.	45

Олег Романчук

Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. Практическое руководство

*Будущее нашего общества зависит от того, какое внимание мы
уделяем проблеме психического здоровья наших детей сегодня...
Ахмед Окаша, президент Всемирной ассоциации психиатрии*

Введение

Каждый ребенок приходит в этот мир особенным. Мы не можем повлиять на то, каким именно он родится – мы можем только сотрудничать с природой, чтобы позволить этому ребенку развиваться согласно его потенциалу и его внутренней тайне. И в этом, наверное, сложнейшая задача для родителей и всех взрослых, которые отвечают за воспитание ребенка, – распознать в нем особые задатки, таланты, его внутреннюю программу развития и поддержать ребенка на его пути в Жизнь. Это задача не из легких – ведь каждый ребенок неповторим и, как кто-то метко пошутил, в отличие от бытовой техники, дети приходят в семьи без инструкции по эксплуатации. Впрочем, даже если бы и были такие инструкции, можно ли воспитать, вырастить ребенка «по книге», могут ли чьи-либо рецепты заменить интуитивное ощущение ребенка в ежедневной неповторимости жизни и отношений?

Особенно нелегка эта задача по отношению к детям, о которых пойдет речь в этой книге, – эти дети во многом «другие» и имеют свои особые потребности. Эти дети часто создают трудности и испытания для родителей, учителей и всех, кто живет рядом с ними. Вспоминаю одну маму, педагога по образованию, которая призналась в своих трудностях в воспитании гиперактивного сына: «Я справляюсь в школе с классами, где есть по тридцать шесть детей. Но с сыном вся моя педагогика и психология не срабатывает. Он – особенный».

Этих детей называют по-разному – гиперактивными, импульсивными, расторможенными; можно привести еще целый спектр медицинских диагнозов, которые им ставили на протяжении всех этапов развития детской психиатрии. Сейчас эксперты остановились на термине «синдром дефицита внимания и гиперактивности» (в русскоязычном пространстве утвердилась аббревиатура СДВГ, в англоязычном – Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD), также синонимом является гиперкинетическое расстройство. Но в конце концов в ярлыках ли суть? Не является ли более важным понимание этих детей – их общих особенностей и неповторимой индивидуальности, стремления к росту и самореализации, но одновременно и осознание той угрозы и опасностей, которые могут помешать их полноценному развитию. Мы нуждаемся в таком понимании, чтобы помочь детям на их пути... Но, наверное, прежде всего нам необходимо верить в них, верить в то, что они, как и каждый ребенок, приносят с собой в этот мир нечто уникально важное и ценное, что своей жизнью они, как и каждый человек, призваны сделать мир лучше и счастливее... А для того, чтобы исполнить свою миссию, они нуждаются в любви и мудром воспитании, поддержке и помощи со стороны взрослых.

Вероятно, все мы хотя бы частично знакомы с этими детьми благодаря известному персонажу детского мультфильма Пете Пяточкину¹. В нем присутствуют типичные признаки этого

¹ Петя Пяточкин – персонаж мультфильма «Как Петя Пяточкин слоников считал» (Киевнаучфильм, 1985), «образец» поведенческих особенностей детей с СДВГ. Мультфильм можно посмотреть в Интернете. – Прим. ред.

расстройства – он гиперактивный, пребывает в непрерывном движении и, по словам воспитательницы, «в этом мальчике, как в пушистом зайчике, спрятана необычайная прыгучая пружина». Именно из-за этой чрезмерной активности Петя создает постоянные проблемы вокруг себя: он сбивает ведро соседке, родители должны постоянно его контролировать, чтобы он куда-нибудь не сбежал, в детсаду он все переворачивает и не поддается контролю и управлению. В Пете присутствует также и импульсивность, типичная для детей с СДВГ, – увидев на противоположной стороне улицы собачку, он, не думая, не оглядываясь, не считаясь с опасностью и нарушая правила, перебегает улицу. А еще очевидны проблемы с вниманием – увлеченный игрой, мальчик просто не слышит воспитательницу... Мультфильм с блестящей точностью указывает на то, что может помочь Пете – мудрый педагогический подход, основанный на любви, терпении, понимании. Однако, к сожалению, в жизни изменения наступают не так быстро, как в мультфильме, и становятся следствием длительного, последовательного воспитания...

В мультфильме Петя Пяточкин является положительным персонажем и вызывает симпатию. И это правда: дети с СДВГ имеют много положительных черт – они, как и Петя, часто искренни, непосредственны, доброжелательны, энергичны; однако в их поведении есть и много такого, что создает проблемы для них самих и вызывает отрицательную реакцию окружающих: отвержение, осуждение, непонимание. Именно поэтому полноценное развитие таких детей, их будущая самореализация стоят под угрозой. И цель этой книги – помочь понять этих детей и опыт семей, в которых они воспитываются, – чтобы поддержать и помочь, чтобы в конце концов эти дети могли найти себя в этом мире и чтобы их жизнь *состоялась* в глубочайшем смысле этого слова...

Лучше всего будет начать эту книгу с нескольких историй реальных детей, которые участвовали в программе центра «Джерело» для детей с поведенческими расстройствами. Эти истории – приглашение войти в мир детей с СДВГ – мир, чем-то и похожий во всех этих историях, но вместе с тем и неповторимый...

Саша – мечтатель. Его фантазия летит со скоростью света. Мама рассказывает, что сын постоянно что-то придумывает – и сразу старается воплотить свои фантазии в жизнь: от игры в Тарзана до построения космического корабля. Но, к сожалению, много важных дел, прежде всего школьные домашние задания, Саша не заканчивает, оставляет на полпути – там, где работа малоинтересная, мальчику часто не хватает настойчивости. Впрочем, и сам Саша, а не только его фантазия летит на высочайших скоростях – с раннего детства он в постоянном движении: прыгает, бежит, не может усидеть на одном месте, все переворачивает. В школе это создает настоящие проблемы: на уроках копошится, вертится, может подняться с места без разрешения, залезть под парту. Вдобавок, на уроке часто рассеян, невнимателен, может разговаривать сам с собой вслух, петь. Это потешает детей, но отнюдь не учителей: из двух школ родителей попросили забрать Сашу за постоянные срывы уроков...

История **Игоря** во многом похожа: у него тоже гиперактивность и нарушения внимания, и тоже школьные проблемы – за пять лет обучения мальчик сменил пять школ. Везде за «срывы уроков», «драки» и «хулиганство». Из последней школы Игоря исключали согласно коллективной петиции родителей одноклассников. Особенная проблема Игоря – он не контролирует свои чувства: с ранних лет, как только что-то было не так, – истерики, приступы «злости»; едва в школе его кто-то «зацепит» – взрывается, словно вулкан, либо на уроке, либо на глазах у директора... «Но в душе он незлой, – говорит мама. – Он так же будет неудержимо добр, если его что-то растрогает. Он может из сочувствия и сострадания отдать все свои карманные деньги старенькой бабушке, которая протягивает руку. Я недавно плакала – он так искренне меня утешал...» У Игоря также много трудностей в отношениях с родителями: «К нему по

тридцать раз нужно обращаться, чтобы послушался и сделал то, что просишь; и вообще, все делает по настроению, из-за этого мы часто конфликтуем...»

Сейчас Игорь занимается дома по индивидуальной учебной программе, пока родители ищут новую школу. У него нет друзей во дворе. Там над ним любят подшучивать и «провоцировать», зная его вспыльчивый характер. Чаще всего он сидит дома один. Любит готовить. На занятиях психотерапевтической группы для детей рассказывает, что, когда вырастет, станет либо боксером («я побью тех, кто обзывает меня психопатом»), либо поваром («открою свою пиццерию»). А когда серия групповых встреч закончилась и дети символически показывали жестом, что хотят подарить друг другу на прощание, Игорь показал жестом особенный дар – свое сердце...

Юля любит рисовать. Она рисует свои книги и придумывает истории. Почти все они о девочке и ее друзьях – лесных животных. Рисование настолько захватывает девочку, что она может долго быть сосредоточенной и тихой. А на уроках девочка преимущественно рассеянна и невнимательна. Ее успеваемость в школе очень непостоянна. Учительница часто жалуется, что Юля на уроках «не работает», «витают где-то в облаках». «То же с домашним заданием, – говорит мама. – Мне нужно сидеть над ней и постоянно напоминать: сосредоточься, будь внимательной. И я знаю, что она может, она просто не хочет. Юля, словно малый ребенок, – хочет делать лишь то, что ей нравится, и не понимает слова «надо». Я безмерно устала от того, что каждый день должна по четыре часа делать с дочкой домашние задания – у меня такое впечатление, что это я учусь в школе...»

Двигательная гиперактивность у Юли выражена незначительно, вместе с тем она «гиперговорливая» – говорит действительно очень много, в общении и с детьми, и со взрослыми очень непосредственна и искренна. Юлина потребность говорить значительно затрудняет ее способность слушать – девочка перебивает, хочет сказать свое и не дает высказаться другим. Возможно, именно из-за этого у нее мало друзей. «Со мной не хотят дружить, – сознается Юля. – Они смеются надо мной и говорят, что я больная на голову...»

Улыбка **Андрея** способна обезоружить каждого. Он будто двойник Пети Пяточкина – добрый, искренний, открытый и «невинно непослушный». Так же, как и Петя, Андрей в беспрерывном движении – мечтает стать гонщиком. Не во снах, а в реальности он хочет поехать в Африку, где, кроме слоников, хотел бы увидеть и всех других зверей и принять участие в авторалли по Сахаре. Доброта Андрея безгранична – по словам мамы, «он отдаст последнюю рубашку», а его любимое дело – помогать людям. Наибольшая трудность Андрея – плохая самоорганизация: он все теряет, забывает, не успевает. «Я словно его личный ассистент по организации времени, – улыбается мама. – Постоянно должна все напоминать, проверять, контролировать». От его «дезорганизованного и хаотичного» стиля жизни, кажется, больше всех страдает старший брат, который однажды признался маме, что, когда вырастет, хотел бы жить отдельно от Андрея...

У мальчика также проблемы в школе с поведением на уроках и не только. Его дневник исписан замечаниями. Впрочем, классный руководитель говорит об Андрее не без симпатии: «Он очень неорганизованный, шумный, с ним все время случаются какие-то происшествия. Но вместе с тем добрый и отзывчивый. Когда я сказала Андрею, как я устала делать ему замечания, он искренне сознался: «Дарья Алексеевна, вы поймите, я честно вам говорю, я хочу быть послушным, очень хочу, но что-то мне не дает...»

Захар тоже гиперактивный и импульсивный. И у него тоже много проблем «в мире людей». И тоже нет друзей, постоянные замечания за поведение, давление на маму с требованием забрать ребенка из «престижной» школы. Захар любит динозавров и ботанику. И он, в

отличие от большинства гиперактивных мальчишек, которые типично хотят стать гонщиками, хочет стать ботаником. «С растениями легче, чем с людьми», – тихо вздыхает он. А еще рисует отца с крыльями. Я спрашиваю, почему с крыльями. Ответает: «Потому что папа сейчас далеко и я хочу, чтобы он как можно скорее прилетел к нам...»

А вот дома у Захара больших проблем нет. «Да, он слишком активный, да, мне нужно его контролировать и помогать с уроками больше, чем дочке, но в целом он очень добрый, помогает мне по дому, хотя иногда и надо с ним поостороже. Мы с ним друзья. Он моя опора, потому что муж сейчас далеко на заработках. И меня мой сын вполне устраивает, хотя я и понимаю, что он может не всегда устраивать других...»

Родители **Ростика** пришли на консультацию в отчаянии. «У нас в семье постоянные крики. Наш Ростик неуправляемый. Он делает что хочет. Он безответственный. Эгоист. Он нас обманывает. Выносил из дома деньги, чтобы покупать друзьям чипсы. Он нас не уважает. Грубит. Не хочет учиться. Он постоянно все ломает и уничтожает». В рассказе родителей ощущаются большое напряжение и усталость, и даже отчаяние... «Он у нас один, вы понимаете, мы уже к стольким специалистам обращались, и нам никто не может ни объяснить, что с ним, ни посоветовать, как помочь. Возможно, мы плохие родители, делаем что-то не так?» Через некоторое время на одной из консультаций мама признается: «Я просто не выдерживаю. Я люблю его, но его поведение превращает меня в зверя. Мне уже в который раз ночью снится сон, что я его убиваю. Мне страшно...»

А Ростик будто клоун – даже на консультации он все превращает в шутку. Его улыбка, мимика, жесты исполнены артистизма и театрального совершенства опытного артиста цирка. И неудивительно – ведь в школе все время «репетиции и выступления». Это, кажется, единственный способ, который мальчик нашел для того, чтобы привлечь к себе внимание одноклассников и занять свое место в коллективе. Однако его несерьезность – это то, что на поверхности. В разговоре наедине он сказал: «Я – хроническое разочарование для всех. Я какой-то не такой, у меня какие-то мозги дурные». И дал удивительный ответ на тестовый вопрос о трех мечтах: «Не разливать молоко. Не злить маму. Не злить папу». А когда вырастет, хочет стать, как папа, – таксистом-гонщиком...

А **Тарас** не хочет вырастать, чтобы кем-то стать. «Я хочу превратиться в ледяную сосульку. Чтобы растаять – и чтобы никто не смог меня найти...»

Эта книга написана с мечтой о том, что Тарас, Саша, Юля и многие другие дети не захотят превращаться в сосульку, а будут счастливо расти и со временем станут хорошими людьми. Что их добрые мечты будут осуществляться, а их таланты – раскрываться и реализовываться. Что они смогут за жизнь нарисовать не один счастливый рисунок, найти друзей и в конце концов свое место в этом мире. Так как они не только дети, которые создают особые трудности, они также дети с особыми способностями и многими положительными чертами. Без их радости и любви к жизни, неисчерпаемого энтузиазма и непосредственности этот мир будет тусклее и беднее, в нем не будет хватать чего-то очень хорошего... Но без соответствующей поддержки их положительные качества могут не раскрыться, а жизнь – не состояться. Эти дети нуждаются в понимании и помощи. Нуждаются они. Нуждаются также и их родители. И именно об этом книга – как понять этих детей и как помочь им на их пути в Жизнь...

Часть I

Природа СДВГ

Первый и самый важный шаг в помощи детям с СДВГ – понимание природы этого расстройства.
Samuel Goldstein

Что такое СДВГ?

СДВГ – это полиморфный клинический синдром, главным проявлением которого является нарушение способности ребенка контролировать и регулировать свое поведение, что выливается в двигательную гиперактивность, нарушения внимания и импульсивность. На слове «полиморфный» хочется сделать особое ударение, поскольку в действительности нет двух одинаковых детей с СДВГ, у этого синдрома много лиц и широкий спектр возможных проявлений.

Это психиатрическое расстройство – его причиной, вопреки распространенным мифам, являются особенности строения и функционирования головного мозга, а не плохое воспитание, аллергия и т. п. Настоящая причина состоит либо в генетических факторах (в преобладающей части случаев), либо в перинатальном поражении центральной нервной системы. Именно поэтому СДВГ – это расстройство развития, а не просто «невинные» особенности темперамента ребенка, и его проявления присутствуют с раннего детства, они «встроены» в темперамент, а не приобретаются со временем и не носят временный характер. В этом СДВГ отличается от «эпизодических» психиатрических расстройств, например, таких как депрессии, посттравматическое стрессовое расстройство и других. О расстройстве мы говорим потому, что такие черты как гиперактивность, импульсивность и нарушения внимания *выражены несоответственно возрасту*, и эти черты приводят к *серьезным нарушениям функционирования* ребенка в основных сферах жизни.

Этот пункт нуждается в дополнительных объяснениях, поскольку такие черты, как двигательная активность, невнимательность, импульсивность являются нормальными (особенно в дошкольном и младшем школьном возрасте). У детей с так называемым активным темпераментом эти черты выражены сильнее. Однако если они в целом не создают для детей и их окружения больших проблем – ни в семье, ни в школе, ни в среде ровесников, и не приводят к нарушениям поведения, учебы, социального развития, то *об СДВГ речь не идет*. СДВГ – крайнее проявление спектра «активного» темперамента, при котором гиперактивность, импульсивность и нарушения внимания выражены настолько сильно, что значительно затрудняют обучение, социальную адаптацию и в целом психологическое развитие ребенка. Это специфическая характеристика СДВГ, поскольку, в отличие от многих других расстройств, сопровождающихся аномальными проявлениями (например галлюцинации при шизофрении), СДВГ является скорее спектральным расстройством, чрезмерным проявлением особенностей, характерных и для нормального поведения. Это создает определенные трудности в диагностике, особенно при легких формах СДВГ, ведь граница между нормой и патологией очень условна... В этом СДВГ можно сравнить с другими спектральными медицинскими расстройствами, в частности, с ожирением – границы между нормальным весом, избыточным весом и ожирением как болезнью довольно условны; впрочем, реальность ожирения как болезни невозможно недооценить или отвергнуть.

Эта особенность СДВГ дает и определенную возможность дестигматизации таких детей, позволяет представлять родителям и детям эту проблему не как психиатрический диагноз-ярлык, указывающий на их «дефективность» и «анормальность» (в украинском обществе, как и в обществах большинства постсоветских стран, стигматизация лиц с психиатрическими расстройствами, к сожалению, очень распространена), а скорее как расстройство, являющееся продолжением спектра активного темперамента, при этом, конечно, не преуменьшая ни реальности нарушения и связанных с ним проблем, ни важности своевременного и эффективного вмешательства.

СДВГ – нарушение развития, и его можно сравнить с другими нарушениями развития, например с умственной отсталостью. При умственной отсталости уровень интеллектуального развития ребенка ниже, чем у ровесников, и это приводит к трудностям, связанным с социальной адаптацией, самостоятельностью и т. п. Взрослея, такой ребенок приобретает новые знания, его интеллектуальный уровень повышается, но все равно остается ниже, чем у ровесников. При СДВГ нарушается контроль, способность головного мозга к организации и самоконтролю поведения. Соответственно, с возрастом у детей с СДВГ эта способность также улучшается, однако остается ниже, чем у ровесников. Согласно данным последних исследований (их подробный анализ представлен в главе об этиологии расстройства), у детей с СДВГ наблюдается замедленное созревание функций лобной коры. Исследования показали, что их мозг развивается в соответствии с теми же особенностями и закономерностями, что и у ровесников, но созревание функций лобной коры происходит медленнее. При более легких формах СДВГ (а их около 30–40 % от общего количества) к подростковому возрасту эти дети догоняют своих ровесников, в остальных же случаях дети с СДВГ будут иметь признаки нарушенного самоконтроля и в зрелом возрасте.

Спектральность СДВГ стала причиной наличия разных представлений в детской психиатрии относительно тех границ спектра, которые можно называть собственно расстройством. Существуют две наиболее распространенные диагностические классификации – DSM-IV и МКБ-10, которые несколько по-разному подходят к диагностике СДВГ. Границы DSM-IV шире и включают также и те более легкие формы расстройства, где присутствуют лишь симптомы нарушения внимания или же только гиперактивности – импульсивности. Соответственно, в этой системе выделяется три подвида СДВГ: комбинированная форма, форма с доминирующим нарушением внимания и с доминирующей гиперактивностью – импульсивностью.

Критерии МКБ-10 более узкие, строгие (в этой системе как синоним СДВГ употребляется термин «гиперкинетическое расстройство») и охватывают только те более тяжелые формы расстройства, которые соответствуют комбинированной форме СДВГ по DSM-IV.

Неудивительно, что в клинической практике система DSM-IV используется чаще, ведь она позволяет идентифицировать и более легкие формы СДВГ и правильно выбирать методы коррекции, поскольку эти условно «легкие» формы тем не менее могут сопровождаться серьезными вторичными проблемами и приводить к значительным нарушениям функционирования ребенка в основных сферах жизни.

Впрочем, вопрос существования подтипов СДВГ, их этиопатогенетического и прогностического различий находится сегодня в фокусе научных исследований, и в ближайшее время это, возможно, приведет к новому пониманию природы расстройства и его полиморфности, а также к изменениям в системе классификации.

Сейчас же важно осознать, что суть диагностических ярлыков не в том, чтобы «навешивать» их на детей, переставая при этом видеть индивидуальность в ее неповторимости, а в том, чтобы иметь возможность понимать особенности конкретного ребенка и знать, как ему помочь в преодолении трудностей.

Диагностические критерии СДВГ/гиперкинетических расстройств по международной классификации болезней (МКБ-10, ВОЗ, 1999)

/F90/ Гиперкинетические расстройства

Расстройства, относящиеся к этой группе, характеризуются ранним началом; сочетанием чрезмерно активного, слабо поддающегося регуляции поведения с выраженной невнимательностью и отсутствием у ребенка настойчивости в выполнении задач, причем эти характеристики поведения отличаются постоянством в различных ситуациях и с течением времени.

Считается, что конституциональные аномалии играют ключевую роль в генезе этих расстройств, однако их специфическая этиология до настоящего времени остается неизвестной. В последние годы для обозначения этих синдромов предлагалось использовать диагностический термин «синдром дефицита внимания». Он так и не был внедрен, поскольку подразумевал наличие знаний о психологических процессах, которыми мы пока не обладаем. Этот термин предполагал и включение в его сферу тревожных, чем-то озабоченных, «мечтательных» или апатичных детей, также отличающихся сниженным вниманием, возникшим в связи с совершенно другими проблемами (нарушениями). Тем не менее совершенно ясно, что с точки зрения поведения проблемы расстройства внимания составляют центральную особенность гиперкинетических расстройств.

Гиперкинетические расстройства всегда начинаются на ранних этапах развития (обычно в течение первых пяти лет жизни). Их основными характеристиками являются отсутствие настойчивости в занятиях, требующих использования когнитивных функций, и тенденция переходить от одного вида деятельности к другому, не завершая начатых дел. Наряду с этим типична дезорганизованная, почти не управляемая, чрезмерная активность. Эти проблемы обычно продолжаются на протяжении всех школьных лет, а иногда и во взрослом возрасте, однако у многих лиц, страдающих этими расстройствами, наблюдается улучшение состояния, касающееся как поведения, так и внимания.

Перечисленные нарушения могут сочетаться со многими другими отклонениями. Гиперактивные дети зачастую проявляют безрассудство и импульсивность, подверженность несчастным случаям и травмам. Нередко они навлекают на себя неприятности и наказания – скорее из-за необдуманного нарушения правил, чем вследствие сознательного пренебрежения ими или намеренного непослушания. Во взаимоотношениях со взрослыми этим детям нередко свойственна социальная расторможенность, излишняя развязность в общении, им недостает естественной осторожности и сдержанности. У своих сверстников они обычно не пользуются популярностью, их недолюбливают, что может в конце концов привести к социальной изоляции. Среди этих детей распространены когнитивные нарушения, непропорционально часто встречаются специфические задержки моторного и речевого развития.

<...>

Частота гиперкинетических расстройств у мальчиков в несколько раз превышает их частоту у девочек. Нередко этим расстройствам сопутствуют затруднения при чтении (и/или другие трудности в учебе).

Диагностические критерии

Основными симптомами являются нарушение внимания и чрезмерная активность. Для установления диагноза необходимо наличие обоих симптомов, и они должны проявляться более чем в одной ситуации (например дома, в классе, в клинике).

Нарушение внимания выражается в том, что ребенок прерывает выполнение заданий на середине и не доводит до конца начатые дела, постоянно переходит от одного занятия к другому, и выглядит это так, будто он теряет интерес к предыдущему делу, отвлекаясь на следующее (хотя результаты лабораторных исследований не всегда показывают значительную степень сенсорной или перцептивной отвлекаемости). Такой дефицит настойчивости и внимания следует принимать во внимание при диагностике, только если он является чрезмерным для ребенка данного возраста и с соответствующим коэффициентом интеллектуального развития.

Чрезмерная активность подразумевает избыточную подвижность и непоседливость, особенно в ситуациях, требующих относительного покоя. В зависимости от ситуации ребенок может бегать и прыгать, вскакивать с места, когда следует сидеть, чересчур много разговаривать и шуметь, или беспокойно двигать руками и ногами, вертеться и ерзать на стуле. Стандартом для диагностики должна являться гиперактивность ребенка в сравнении с тем, что ожидается в ситуации и с другими детьми того же возраста и уровня интеллектуального развития. Эта особенность поведения становится очень заметной в структурированных, организованных ситуациях, требующих высокого уровня самоконтроля поведения.

Сопутствующие симптомы недостаточны и даже необязательны для установления диагноза, но помогают в его подтверждении. Расторможенность в социальных отношениях, безрассудство в ситуациях, угрожающих опасностью, и импульсивное нарушение социальных правил (проявляющееся, например, в том, что ребенок вмешивается в дела других людей или мешает им, «выпаливает» ответ, когда вопрос еще не задан до конца, не может подождать своей очереди), – все эти особенности характерны для детей с данным расстройством.

<...>

Характерные проблемы с поведением должны отличаться ранним началом (до 6 лет) и стойкостью во времени. Вместе с тем до поступления в школу гиперактивность трудно распознать из-за широкого диапазона вариантов нормы: только наиболее выраженные ее формы приводят к установлению данного диагноза детям дошкольного возраста.

Выводы

- Основными проявлениями СДВГ являются гиперактивность, нарушения внимания и импульсивность.
- При СДВГ эти симптомы выражены несоответственно возрасту и приводят к значительным нарушениям функционирования ребенка в основных сферах жизни.
- СДВГ является спектральным расстройством и представляет собой крайние степени континуума «активного» темперамента и нормальных особенностей поведения детей.
- С целью точной диагностики и дифференцирования СДВГ и нормального поведения применяются диагностические системы с четко очерченными критериями.

- Две основные диагностические системы DSM-IV и МКБ-10 несколько по-разному охватывают спектр этого расстройства: первая более широко, а вторая включает лишь более тяжелые формы этого расстройства.

СДВГ – обзор проблемы

В 2004 году Всемирная ассоциация детской и подростковой психиатрии и смежных профессий (IACAPAP) признала СДВГ «проблемой № 1» в сфере охраны психического здоровья детей и подростков. Это может казаться странным, ведь если для нас дети с СДВГ – это всего лишь милый в своей «непослушности» Петя Пяточкин из известного мультфильма, которому достаточно один раз осознать последствия своих поступков, и его поведение исправится, то трудно постичь, почему проблемы «Пяточкиных» приобретают такой вес. Научные исследования последних десятилетий, как и накопленный клинический опыт, заставили отойти от многих предыдущих представлений об СДВГ – в частности, как о расстройстве исключительно детского возраста, которое в целом не создает никаких серьезных проблем, так что еще и неизвестно, нужно ли его классифицировать как расстройство. Возможно, именно из таких представлений происходили распространенные советы родителям ждать, пока «ребенок перерастет» и «оставить его в покое – просто мальчишка нуждается в движении». Факты, достоверность которых уже никто не ставит под сомнение, поскольку они подтверждены не одним исследованием и не в одной стране, заставляют переосмыслить важность проблемы СДВГ и действовать.

Для начала – статистические данные относительно эпидемиологии расстройства. Согласно им, СДВГ является одним из наиболее распространенных поведенческих расстройств у детей. По широким критериям DSM-IV распространенность СДВГ составляет по данным разных исследований от 3 до 20 % (обзор в *Goldstein, Goldstein*, 1998. С. 67–71), официальный показатель в самой DSM-IV – 3–5 %. То есть по меньшей мере каждый тридцатый ребенок имеет СДВГ, а это реально значит, что в каждом классе общеобразовательной школы есть по крайней мере один такой ученик. Даже по более строгим критериям МКБ-10 распространенность расстройства по данным разных исследований не ниже чем 1,5 % (*Taylor, Doepfner, Sergeant et al.*, 2004). По официальным данным 2002 года Центра контроля и предупреждения заболеваний в США у 7 % детей в возрасте от 6 до 11 лет был диагностирован СДВГ – итого 1623 миллиона детей! Поэтому неудивительно, что в США, например, СДВГ является главной причиной обращений к детским психиатрам. Причем статистические данные относительно распространенности СДВГ в разных странах различаются мало – отклонения составляют в пределах 1–2 % (*Barkley*, 1996. С. 61–66). Однако, к сожалению, вопреки такой распространенности, это расстройство часто диагностируется несвоевременно, неверно или же вообще не выявляется – соответственно большая часть детей не получает своевременной и надлежащей помощи. В частности Taylor (*Taylor, Doepfner, Sergeant et al.*, 2004. С. 9) отмечает, что во многих европейских странах показатель СДВГ в официальных отчетах близок к нулю, что реально говорит о ненадлежащем диагностировании этого расстройства.

СДВГ не является расстройством исключительно детского возраста – ведь у большинства детей оно не проходит (хотя проявления несколько изменяются), и допускается, что 2–3 % взрослых имеют СДВГ (*Barkley*, 1996). То есть реально, согласно данным исследований, большая часть детей с СДВГ не избавится от него и в подростковом (70–80 %) и в зрелом возрасте (50–65 %) (*Barkley*, 1996. С. 114–125). Таким образом, СДВГ может проявляться в течение всей жизни, – в какой-то мере мы можем приравнять его к другим пожизненным расстройствам развития, например, ДЦП или умственной отсталости, с той лишь разницей, что ограничения ребенка с СДВГ менее видимы. Хотя эти дети имеют реальные, биологически обусловленные трудности в управлении и организации собственного поведения на протяжении всей жизни, как правило, это не принимается во внимание. Окружающие объясняют проблемное поведение злым умыслом ребенка или ненадлежащим воспитанием в семье.

Пожизненный характер этого расстройства и те ограничения, которые оно обуславливает, могут приводить (при отсутствии должного понимания, поддержки и компетентной помощи) к серьезным вторичным последствиям. Одной из главных причин признания СДВГ основной проблемой детской психиатрии является то, что его, к сожалению, очень часто неверно диагностируют и неверно лечат во всем мире. А без надлежащей помощи в неблагоприятной среде СДВГ может содействовать развитию у ребенка негативной самооценки, нарушать социальную адаптацию, вызывать вторичные психиатрические заболевания (Sandberg, 2002; Weiss, Hechtman, Weiss, 1999; Barkley, 1996; Goldstein, 1998).

Наличие у ребенка СДВГ значительно повышает риск возникновения вторичных проблем, таких как:

- ✓ проблемы с успеваемостью и поведением в школе;
- ✓ повышенный риск возникновения антисоциального поведения и криминальных действий, принадлежность к антисоциальным группировкам – как в детстве, так и в подростковом и зрелом возрасте;
- ✓ проблемы в межличностных отношениях, социальная изоляция – как в детстве, так и в зрелом возрасте;
- ✓ проблемы с психическим здоровьем – значительно повышен риск многих психических расстройств у детей и взрослых с СДВГ, в частности таких как злоупотребление/зависимость от психоактивных веществ, тревожные расстройства, расстройства настроения, личности и др.
- ✓ склонность к рискованному поведению – как следствие, люди с СДВГ, в частности в подростковом и зрелом возрасте, гораздо чаще становятся «продюсерами» и жертвами несчастных случаев, дорожно-транспортных происшествий, у них повышен риск незапланированной подростковой беременности, заражения венерическими заболеваниями и т. п.

Это, разумеется, лишь краткий обзор возможных трудностей. В дальнейшем прогноз развития ребенка с СДВГ будет проанализирован подробнее.

Понятно, что цена этих вторичных расстройств для ребенка, его семьи и общества в целом очень высока. Следует отметить, что большинство проблем не является приговором для ребенка и поддается терапии; более того – их можно предупредить при условии оказания своевременной, компетентной помощи. И такая помощь есть, ведь СДВГ – одно из наиболее исследованных поведенческих расстройств, которому посвящены тысячи научных статей, десятки монографий, многочисленные конференции, симпозиумы и т. д.

На основе большого количества исследований и накопленного клинического опыта разработаны современные научно обоснованные методы терапии, в случае их грамотного применения можно значительно уменьшить выраженность симптомов расстройства и предупредить вторичные осложнения – и таким образом улучшить прогноз жизни семьи, ребенка и общества.

При наличии соответствующей поддержки дети с СДВГ могут иметь счастливое, полноценное будущее. Внедрение программ помощи таким детям на общественном, государственном уровне является чрезвычайно важным делом, ведь это может действительно уменьшить множество общественных проблем и улучшить психическое здоровье общества в целом.

Важность проблемы СДВГ связана также и со многими *спекуляциями* и *мифами* вокруг этого расстройства, которые могут значительно осложнить своевременное выявление и оказание эффективной помощи. «Циркулирование» этих мифов и многих противоречивых псевдонаучных спекуляций как в сети Интернет, так и в общественном сознании приводит в недоумение родителей и специалистов и часто толкает к применению псевдонаучных методов лечения, на которые безрезультатно тратятся время, энергия и финансовые ресурсы семьи.

Одним из наиболее распространенных мифов является **полное отрицание СДВГ** как реальной проблемы. Часто родителям приходится слышать, в том числе и от специалистов, что в действительности нет «ничего страшного, с возрастом пройдет», или же «это на самом деле никакой не диагноз, вы прикрываетесь им, проблема кроется в воспитании». На самом деле в большинстве случаев ребенок СДВГ не перерастает, и легким он не является, учитывая постепенное накопление вторичных проблем. Пассивное ожидание приводит лишь к потере ценного времени, ведь чем раньше производится вмешательство, тем оно эффективнее. Происхождение этого мифа может быть частично связано со смешением понятий активного темперамента и СДВГ. Как упоминалось выше и о чем будет подробнее говориться далее, дети с активным темпераментом не в такой мере гиперактивны, невнимательны и импульсивны, чтобы это приводило к значительным нарушениям в основных сферах жизни – обычно они хорошо адаптированы и в школе, и в семье, и в среде ровесников. Основной же характеристикой детей с СДВГ является чрезмерное и не соответствующее возрасту выражение гиперактивности, невнимательности и импульсивности, что приводит к дезадаптации с вторичными нарушениями обучения, социальных отношений и т. д.

Другой миф: родители неправильно воспитывают ребенка — необходима большая строгость, а порой совет звучит еще определеннее – «кнут и пряник». Так, применение родителями неадекватных дисциплинарных методов (как авторитарных, чрезмерно жестких, так и весьма мягких и непоследовательных) может усиливать проблемное поведение детей с СДВГ и содействовать возникновению вторичных проблем – в частности оппозиционного и антисоциального поведения; но само по себе родительское воспитание не является причиной СДВГ, его природа биологическая. А физическое насилие как дисциплинарный метод вообще противопоказано в отношении этих, да и всех остальных детей. Вредной является и исходная обвинительная позиция по отношению к родителям, ведь она никоим образом не поддержит их в общем со специалистами поиске решения проблемы, а лишь усугубит недоверие к последним и добавит родителям и без того часто присутствующее чувство вины.

Обвинение может быть направлено и на самого ребенка. Например, нередко можно услышать: «Из него ничего не получится, он по характеру злой, ленивый, безответственный и эгоистичный, он таков по натуре, его не изменишь; у него в генах заложено, что из него вырастет бандит и т. п.» И тогда родителям остается разве что опустить руки или обвинять друг друга, в кого он такой уродился, что, естественно, не приводит к улучшению состояния ребенка. В этом случае просто необходимо объяснять, что, хотя причины расстройства биологические и их не изменишь, прогноз развития ребенка, его будущее в первую очередь зависит от психосоциальных факторов, а прежде всего – от самих родителей.

Следующий миф касается **методов лечения**. В нашей стране, к сожалению, медицина еще только переходит на научно обоснованные протоколы терапии, базирующейся на наличии доказательств эффективности тех или других методов. А потому и лечение СДВГ часто проводится в соответствии со стандартами 50-летней давности: успокоительные лекарства (которые в действительности в меньших дозах скорее растормаживают детей с СДВГ или же в больших – подавляют когнитивные функции), ноотропные и нейрометаболические препараты (эффективность которых при СДВГ не доказана), не говоря уже о разных «парамедицинских» и псевдонаучных методах. Кроме того, у нас крайне мало специалистов, которые компетентно применяют поведенческую терапию и обучают ей родителей и учителей ребенка – а именно это остается основным действенным психосоциальным методом помощи детям с СДВГ.

Мифичность расстройства связана и с исторически обусловленным **большим количеством названий, которые имело это расстройство**: постэнцефалитное расстройство поведения, минимальная мозговая дисфункция, синдром психомоторной расторможенности, расстройство дефицита внимания, гиперкинетическое расстройство, СДВГ и т. д. Сегодня ведется дискуссия о том, что термин «СДВГ» также не до конца верно отображает суть расстройства,

главной проблемой которого является не столько сама гиперактивность или невнимательность, сколько биологически обусловленное расстройство развития самоконтроля, и, возможно, с накоплением нового понимания природы СДВГ будет принято и новое название расстройства. Такое большое количество названий, разумеется, запутывает иногда и родителей, и специалистов. А если учесть, что наука порой движется вперед значительно быстрее, чем социальное сознание, то сопротивление новым подходам к диагностике, терминологии и стратегиям терапии может иметь свои корни не в информационной изоляции, а скорее в определенном ментальном консерватизме.

Еще один миф заключается в том, что это **расстройство затрагивает исключительно мальчиков**. Следует отметить, что, хотя среди детей, родители которых обращаются за помощью, соотношение мальчиков и девочек действительно значительно выше в пользу первых – в среднем от 9:1 до 6:1, данные исследований в общей популяции школьников показывают, что разрыв в распространенности этого расстройства у мальчиков и девочек на самом деле значительно меньше – примерно 3:1 (подробный обзор данных исследований на эту тему представлен у *Barkley*, 1996, С. 65–66). Причиной такого различия между клиническими и неклиническими выборками считают несколько отличающуюся презентацию СДВГ у мальчиков и девочек и значительно большую выраженность вторичных поведенческих проблем – прежде всего в форме агрессивного поведения – у мальчиков. Вместе с тем у девочек более выражены так называемые интернализованные вторичные осложнения в форме заниженной самооценки, депрессии, тревожных расстройств. Таким образом, у девочек СДВГ значительно чаще, чем у мальчиков, не выявляется и не подвергается своевременному лечению, поскольку проявляется у них в другой, зачастую ошибочно кажущейся более легкой, форме. Об этом подробнее говорится далее.

Наиболее распространенные мифы об СДВГ

- ✓ СДВГ – это в действительности не расстройство, а искусственно созданная проблема, которая не требует никаких терапевтических вмешательств.
- ✓ СДВГ является следствием плохого воспитания, виной родителей.
- ✓ СДВГ является проявлением врожденного «злого» (ленивого, эгоистического и т. п.) характера ребенка, который невозможно изменить.
- ✓ Дети с СДВГ вырастут «психопатами» и преступниками.
- ✓ СДВГ – исключительно детское расстройство и ребенок его «перерастает».
- ✓ СДВГ встречается в основном у мальчиков.

Выявить СДВГ нелегко в силу множества факторов. Трудности своевременного выявления связаны прежде всего с полиморфностью этого расстройства – оно имеет много лиц и масок, его клиническая презентация очень многообразна. СДВГ – расстройство с высоким показателем коморбидности, то есть наличия сопутствующих психиатрических расстройств. По данным исследований, по меньшей мере у 70 % детей с СДВГ присутствует как минимум еще одно сопутствующее психиатрическое расстройство (*Pliszka*, 1998; *Gillberg, Gillberg, Rasmussen et al.*, 2004). Часто именно это расстройство выдвигается на первый план, маскируя саму симптоматику СДВГ. Таким образом, СДВГ является определенным клиническим вызовом для специалистов и требует высокого уровня компетенции для грамотной диагностики и терапии.

Следует также отметить, что это расстройство существенно влияет на жизнь семьи. По данным исследований уровень стресса, который переживает семья, где растет ребенок с СДВГ, значительно выше, чем в контрольной группе, и приближается к таковому при других формах нарушений развития ребенка, как, например, аутизме, умственной отсталости и др. (*Breen*,

Barkley, 1988; *Mash, Johnston*, 1983). У родителей детей с СДВГ риск развития депрессии выше, часто занижена самооценка себя как родителей, возникают супружеские конфликты на почве вопросов дисциплины и воспитания детей (*Lahey, Piacentini, McBurnett et al.*, 1988; *Biederman, Munir, Knee et al.*, 1986). Семья ребенка с СДВГ нуждается в поддержке и помощи, и возможность воплощения терапевтических вмешательств, а также прогноз жизни ребенка зависят прежде всего от семейных факторов и эффективности партнерства между родителями и специалистами.

Таким образом, гиперактивное расстройство с дефицитом внимания, видимо, не зря признано одной из основных проблем в сфере охраны психического здоровья детей и подростков.

Выводы

- СДВГ признан в 2004 году Всемирной ассоциацией детской и подростковой психиатрии и смежных профессий «проблемой № 1» в сфере охраны психического здоровья детей и подростков.
- СДВГ является одним из наиболее распространенных психических расстройств у детей, по данным разных исследований, оно наблюдается приблизительно у 3–5 % детей школьного возраста.
- СДВГ – хроническое расстройство, и у 70–80 % детей с СДВГ его симптомы будут присутствовать и в зрелом возрасте.
- При несвоевременной и неадекватной помощи СДВГ может приводить к серьезным вторичным осложнениям: школьной дезадаптации, нарушениям психологического развития, значительным поведенческим и социальным проблемам – как в детстве, так и в зрелом возрасте.
- СДВГ является одним из наиболее полно исследованных психических расстройств, разработаны эффективные стратегии и методы его терапии. При надлежащей помощи и поддержке дети с СДВГ могут иметь счастливое, полноценное будущее.
- Тем не менее очень часто СДВГ не диагностируется, и большая часть детей с этим расстройством не получает соответствующей помощи.
- Вокруг СДВГ существует множество мифов и псевдонаучных спекуляций, которые осложняют своевременное выявление и эффективную терапию.

Причины СДВГ

СДВГ является неоднозначным расстройством и этиологически. Если несколько десятилетий назад причиной СДВГ в основном считали фактор органического поражения центральной нервной системы и говорили о минимальной мозговой дисфункции, то сегодня, с развитием молекулярной генетики, появляется все больше доказательств в пользу того, что в большинстве случаев СДВГ является расстройством генетической природы и связан, в частности, с генами, которые отвечают за регулирование обмена и активности двух нейротрансмиттеров – дофамина и норадреналина.

Рассмотрим последовательно разные гипотезы возникновения СДВГ и аргументы, подтверждающие или опровергающие их.

Одной из первых в историческом контексте была выдвинута *гипотеза* о том, что **СДВГ является следствием поражения ЦНС в раннем возрасте**, в частности интра- и перинатальной гипоксии, воспалительных процессов, метаболических нарушений (например фенилкетонурии), действия токсичных веществ (отравление свинцом, следствия химиотерапии в раннем возрасте и др.). В вопросе о локализации нарушений предполагается, что речь идет в первую очередь о поражении лобной коры и подкорки (базальных ганглиев в частности). Доказательствами дисфункции лобной коры как этиологического фактора служат данные о наличии минимальных органических структурных дефектов, которые выявляются у части детей с СДВГ при компьютерной томографии (КТ) и ядерно-магнитной резонансной томографии (яМРТ), а также результаты инструментальных исследований, обнаруживающие пониженную активность (данные позитронно-эмиссионной томографии – ПЭТ) и морфофункциональную незрелость с признаками корково-подкорковой дисфункции (данные электроэнцефалографии – ЭЭГ). Также следует отметить сходство симптомов СДВГ с синдромом поражения лобной доли у взрослых и у приматов. Доказательством теории об органическом поражении ЦНС как основной причине СДВГ служит и то, что у части детей с СДВГ в анамнезе присутствует фактор перинатального гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы; частота расстройства значительно выше у детей, которые родились недоношенными и с низкой для гестационного возраста массой тела (причем чем больше степень недоношенности, тем выше риск), а также у детей, которые перенесли энцефалит, менингит, черепно-мозговую травму в раннем детстве. (Детальный анализ данных исследований относительно этиологии расстройства представлен у **Goldstein, Goldstein, 1998. С. 199–226**). Употребление матерью алкоголя/никотина во время беременности также приводит к повышению риска СДВГ у ребенка.

Однако, хотя эти признаки и выявляются у детей с СДВГ чаще чем у других, современные исследования говорят о том, что они не являются специфическими для этого расстройства и в значительной части случаев СДВГ отсутствуют вообще. В частности, в обзоре исследований, посвященных этой теме, Barkley делает вывод, что, вероятно, лишь у незначительной части детей фактор органического поражения центральной нервной системы является причиной СДВГ (1996. С. 95—105). Таким образом, гипотеза о поражении ЦНС в раннем возрасте как основной причине СДВГ не является достаточной для объяснения, что заставило исследователей выдвигать другие теории относительно причин расстройства.

Данные исследований структуры и функционирования центральной нервной системы у детей с СДВГ (согласно обзору Barkley, 2006)

✓ Данные МРТ: уменьшенный объем лобных полушарий (преимущественно справа), базальных ганглиев и червя мозжечка.

✓ Функциональная МРТ: отличия от типичной активности в лобных полушариях, базальных ганглиях, мозжечке.

✓ Нейропсихологические исследования: дефицит функций лобных долей мозга – функции поведенческого торможения, контроля внимания, особенно при наличии отвлекающих стимулов, исполнительных функций (интернализация языка, вербальная и невербальная рабочая память, эмоциональная и мотивационная саморегуляция, планирование и временная организация поведения, координации двигательной активности).

✓ Данные ЭЭГ: увеличение тета-активности и уменьшение бета-активности, в частности в лобных долях.

✓ Исследование церебрального кровотока (SPECT): уменьшенный поток в префронтальных зонах и путях от лобной коры к базальным ганглиям, лимбической системе и мозжечке. Под действием психостимуляторов кровотока в этих областях нормализуется.

✓ Данные ПЭТ: уменьшенный метаболизм глюкозы, в частности в лобных отделах коры.

Следующей *гипотезой*, получившей научное подтверждение, стало предположение о том, что СДВГ связано с *нарушением обмена нейротрансмиттеров* – дофамина и норадреналина, которые задействованы в передаче нервных импульсов, в частности играют главную роль в системе *лобная кора – подкорковые образования (базальные ганглии) – лимбическая система*. Основным доказательством этого был факт высокой клинической эффективности медикаментов, которые действуют на дофаминергическую и норадреналинергическую системы. В частности, психостимуляторы – лекарства, действующие специфически на эти нейротрансмиттерные системы, приводят к выраженному уменьшению симптомов СДВГ у 70–90 % детей с этим расстройством. Задействованность этих двух нейротрансмиттерных систем доказана и опытами на животных, показавшими, что искусственное блокирование рецепторов дофамина в лобной коре во время раннего развития ЦНС приводит к СДВГ-подобному синдрому. Последним доказательством стало выделение специфических генов, которые обнаруживаются у детей с СДВГ, и подтверждение того факта, что эти гены, собственно, и отвечают за обмен вышеупомянутых нейротрансмиттеров (Asherson, 2004).

Впрочем, еще до бурного развития молекулярной генетики на протяжении последних десятилетий существовали весомые доказательства *генетической и наследственной природы СДВГ*. Исследования родственников детей с СДВГ (Biederman, Faraone, Mick et al., 1986) показали, что у родителей и родных братьев/сестер этих детей частота расстройства составляет около 25–35 % (то есть в 5–7 раз чаще, чем в среднем в популяции). Индекс конкордантности у близнецов составляет, по данным разных исследований, от 51 до 80 %, тогда как у двойняшек – около 33 % (обзор исследований в Asherson, 2004). Повышена частота СДВГ и у родственников второй степени². Сравнительные исследования детей с СДВГ, которые были усыновлены, также показали, что у их биологических родителей, в отличие от приемных, был повышен показатель распространенности СДВГ.

Последними доказательствами генетической природы расстройства, которую на данный момент считают основной в большинстве случаев СДВГ, стало выявление конкретных генов, которые значительно чаще обнаруживаются у детей с этим расстройством. Это прежде всего гены, которые отвечают за систему дофамина и норадреналина (в частности ген дофамин-транспорта-зы /DAT 1 – 10 аллель/, ген D4 дофаминового рецептора /DRD4 – 7 аллель/, гены адренорецепторов /ADRA2A и ADRA2C/, гены моноаминооксидазы А и катехолметил-

² В медицине родственниками второй степени родства считаются дед, бабушка, тети, дяди, двоюродные братья и сестры. – Прим. ред.

трансферазы. Впрочем, как и для большинства современных психиатрических расстройств с генетической природой, СДВГ является полигенным расстройством: то есть его порождает, вероятнее всего, комбинация генов, а не один ген, и потому у разных детей с СДВГ могут быть разные комбинации генов из тех, которые считаются ответственными за наличие этого расстройства. Это объясняет клинически полиморфную картину расстройства, существование разных степеней тяжести и подтипов СДВГ, а также высокую частоту наличия коморбидных расстройств, значительная часть которых, вероятно, также имеет генетическую природу.

Следует отметить, что существует ряд гипотез относительно причин СДВГ, которые не нашли научного подтверждения. К ним относятся теории, связывающие СДВГ с воздействием инвазии гельминтов на ЦНС, с влиянием диеты, богатой углеводами и пищевыми добавками, с вестибулярной и гормональной дисфункцией, патологическими формами воспитания в семье и т. д.

Важно также вспомнить, что присутствие СДВГ у ребенка статистически связано с определенными характеристиками семьи ребенка, но это, вероятно, не этиологические факторы, а следствия или сопутствующие проблемы. Например, отмечаются такие факторы, как низкий социально-экономический уровень семьи; отсутствие высшего образования у матери; отсутствие отца; недостаточный медицинский уход во время беременности и пр. (*Barkley*, 1996. С. 109).

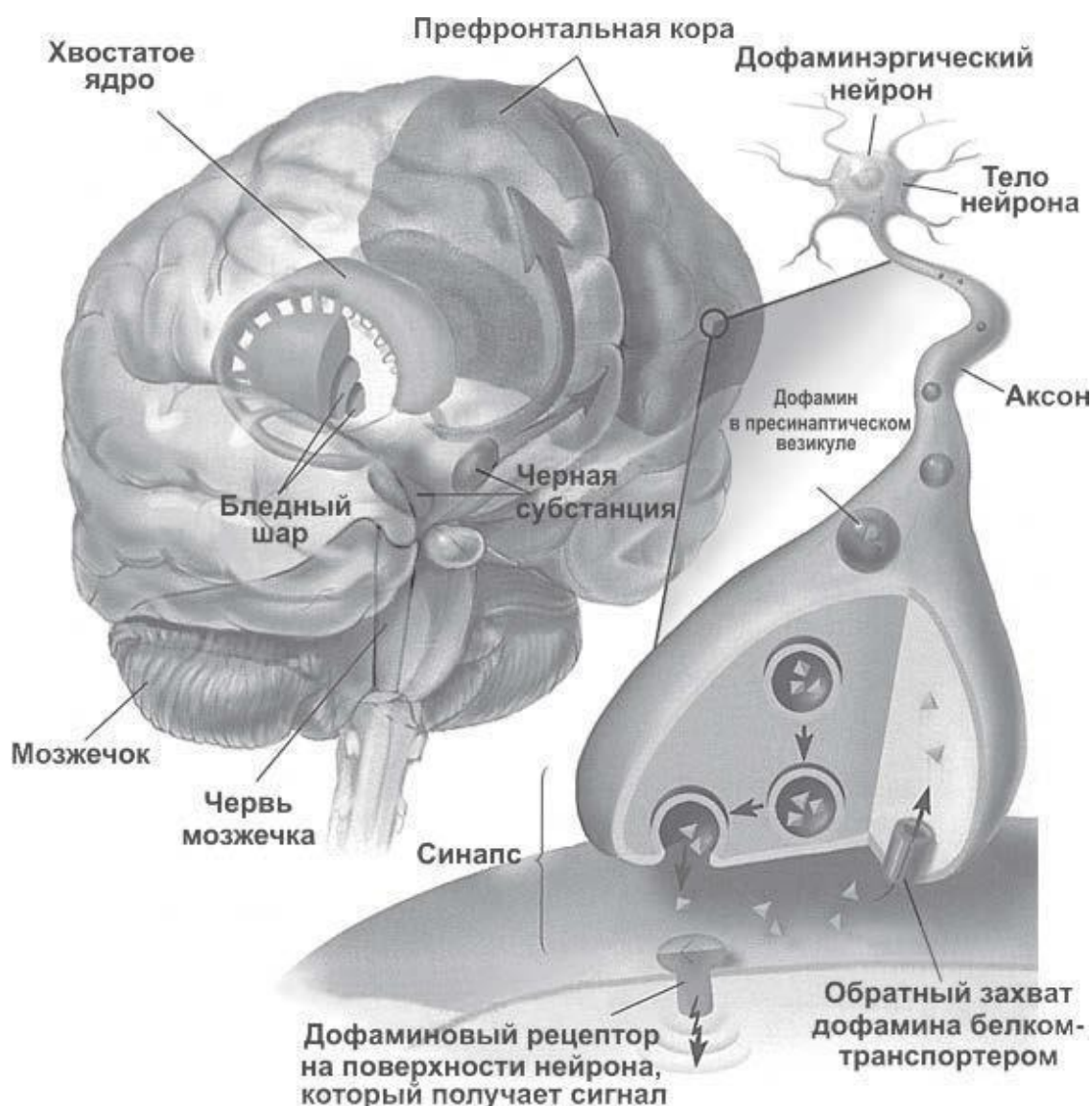


Рис. 1. Нарушение функции лобной коры и ее регулирующего влияния на базальные ганглии, мозжечок и лимбическую систему вследствие дефекта механизма транспортировки дофамина на синаптическом уровне (справа).

Таким образом, на сегодня можно утверждать, что СДВГ является этиологически полиморфным расстройством, причиной которого являются по меньшей мере два фактора – генетический и органическое поражение ЦНС или же их комбинации. Причем генетический фактор, вероятно, является основным в подавляющем большинстве случаев, хотя сама генетическая форма СДВГ обуславливается различными комбинациями генов, а значит также полиморфна. Однако при этом общая клиническая картина СДВГ обусловлена конечным следствием действия этиологических факторов – нарушением функции лобной коры и ее регулирующего влияния на базальные ганглии и лимбическую систему.

Несмотря на то, что причины СДВГ – биологические, основные модулирующие факторы, влияющие на проявления СДВГ, на психологическое развитие ребенка в целом, и вероятность вторичных осложнений, – психосоциальные – и они могут играть как защитную, ресурсную роль, так, к сожалению, и психотравмирующую. К этим факторам относятся в первую очередь характеристики семьи ребенка, качество его отношений с родными, характеристики педагогов, социальной среды ровесников, школы (*Barkley, 1996*). Большую роль играет также наличие эффективных программ помощи детям с СДВГ и их доступность. СДВГ, как и любое расстройство, является биопсихосоциальным расстройством по своей природе, и именно взаимодействие биологических факторов, индивидуальных психологических характеристик ребенка и его социальной среды определяет динамику развития ребенка и его прогноз. Поэтому для достижения желаемого результата – положительной самоактуализации ребенка с СДВГ – помощь детям с СДВГ должна быть комплексной и направленной на все факторы.

Выводы

- СДВГ является этиологически полиморфным расстройством.
- Органическое поражение центральной нервной системы и генетически обусловленные нарушения функций нейротрансмиттерных систем дофамина и норадреналина являются на сегодня единственными гипотезами, которые нашли научное подтверждение.
- В подавляющем большинстве случаев СДВГ генетические факторы играют основную этиологическую роль.
- Конечным следствием действия этиологических факторов являются нарушения функции лобной коры и ее регулирующего влияния на базальные ганглии и лимбическую систему – в этом патогенетическая суть расстройства.
- Этиологический полиморфизм определяет клинический полиморфизм СДВГ с разными степенями тяжести, подтипами и возможными коморбидными расстройствами.
- СДВГ является биопсихосоциальным расстройством, при котором главные этиологические факторы – биологические, а основные прогностические – психосоциальные.

Патогенез и симптоматика СДВГ

Как упоминалось в предыдущей главе, СДВГ предопределяется биологически детерминированной недостаточной зрелостью функций лобной коры полушарий головного мозга. Именно такая концепция СДВГ как расстройства самоконтроля разработана Barkley и представлена в его монографии «СДВГ и природа самоконтроля» (Barkley, 1997 а), а также в более позднем руководстве «СДВГ: пособие по диагностике и терапии» (Barkley, 2006).

Функции лобной коры состоят в первую очередь в общем контроле, регуляции, программировании и организации поведения человека (так называемые исполнительные функции). Лобная кора – своего рода «центральный командный пункт», который на основе анализа и синтеза информации принимает решение и дает руководство к действию (Fuster, 1997). При рождении функции лобных долей у ребенка еще не сформированы. По мере возрастного, биологического созревания головного мозга и приобретения опыта они совершенствуются, что проявляется в развитии способностей человека руководить своим поведением, чувствами, желаниями; анализировать сложные ситуации, принимая продуманные решения; ставить цели, выстраивать и воплощать план их достижения.

Если мы посмотрим на поведение маленького ребенка, то увидим, что он действует под влиянием обстоятельств, «импульсивно», не осмысливая правил и последствий своих действий. Если маленький ребенок чего-то хочет – он немедленно стремится это получить и соответственно действует. Если ему в существующей ситуации что-то неприятно – он изо всех сил старается этого избежать. Поведение, таким образом, практически полностью определяется тем, что есть «здесь и сейчас» и, соответственно, приятными или негативными свойствами этого опыта. Именно поэтому поведение маленьких детей столь непостоянно, можно сказать, что не они определяют свое поведение, а оно является реакцией на то, что происходит в окружающей среде. Именно поэтому их поведением относительно легко управлять при условии, что у вас есть чем их заинтересовать, на что переключить внимание, вы можете «заговорить» их, перенаправить на что-то новое и интересное.

Однако постепенно с возрастом, обретением опыта и биологическим созреванием коры головного мозга поведение ребенка меняется, все больше развивается способность сознательно руководить своим поведением, а не только импульсивно реагировать на внешние стимулы. Ребенок приобретает способность, прежде чем реагировать, останавливаться и осмысливать наилучший вариант своей реакции и действовать продуманно.

Способность лобной коры **временно притормаживать импульсы** очень важна. Она дает ребенку (и взрослому человеку) время, необходимое для того, чтобы связать существующую ситуацию с прошлым опытом, а также заглянуть в будущее, чтобы спрогнозировать отдаленные последствия своих действий. Появляется возможность вспомнить главные цели, существующие правила, а также связать свои действия с ожиданиями других людей, осмыслить возможное влияние этих действий на окружающих. Таким образом, по мере взросления (что, несомненно, предусматривает и приобретение определенного социального опыта, а не только биологическое созревание) поведение ребенка становится все менее импульсивным и все более управляемым и организованным согласно его целям, внутренним ценностям, приоритетам, социальной ответственности и т. п. Ребенок постепенно приобретает способность к саморегулированию, управлению собственным поведением. Это совсем не означает, что импульсы пропадают и что импульсивность в поведении полностью исчезает, при определенных обстоятельствах (например, таких как усталость, алкогольное опьянение, сильные эмоции, сильные соблазны и т. п.) поведение взрослых может быть импульсивным и соответственно в чем-то «детским».

Созревание исполнительных функций лобной коры связано также, как уже отмечалось, со способностью *планировать свое поведение* – то есть ставить цели, разрабатывать план их воплощения; концентрироваться на задачах и приводить этот план в действие, не отходя от внутренних директив; противостоять соблазнам делать что-то другое или не делать запланированное; придерживаться временных графиков и т. д. К этому же можно отнести и способность отслеживать выполнение плана, и в случае возникающих неудач или проблем эффективно анализировать ситуацию и искать альтернативные пути решения, при этом фокусироваться на отдаленной цели и поддерживать собственную мотивацию, идти к ней вопреки трудностям и испытаниям. Такая способность к самоорганизации, саморегуляции и самомотивации дает нам возможность достигать как маленьких, так и больших целей в жизни и быть не заложниками обстоятельств, а «кузнецами собственной судьбы».

Важнейшая функция лобной коры состоит в *контроле внимания* – мы можем выбирать, на чем нужно сосредоточиться, сконцентрироваться, можем произвольно удерживать внимание, вопреки соблазнам переключиться на что-то более «легкое и интересное». С этим связана и роль лобной коры в анализе и синтезе информации – становясь взрослее, мы все меньше действуем под влиянием первого впечатления, более системно анализируем ситуацию, ищем информацию, которой недостает, проверяем факты, вспоминаем прошлый опыт и обращаемся за дополнительными сведениями в «архив памяти». И лишь после этого на основе взвешенного, максимально объективного восприятия ситуации принимаем решение относительно действий. В этом заключаются различия между эмоциональными, импульсивными реакциями на ситуацию и взвешенным ответом.

Эта функция лобной коры также дает возможность человеку управлять своими эмоциями (речь идет не о вытеснении эмоций или их обесценивании). У маленького ребенка эмоции могут полностью владеть им – например, когда он неудовлетворен, то может впасть в истерику, когда чего-то боится – его охватывает неконтролируемый страх. Эквиваленты такой незрелой эмоциональности можно увидеть у людей зрелого возраста – например вспышки гнева с полной потерей объективного восприятия реальности и осознания последствий собственных действий, что с точки зрения нейропсихологии может интерпретироваться как временная потеря «высших» функций коры головного мозга. Таким образом, сама «биологическая зрелость» не всегда означает наличие эмоциональной зрелости – с созреванием лобной коры мы получаем лишь *возможность* научиться владеть своими чувствами. Если эта возможность реализуется, то мы можем контролировать чувства, не вытесняя их. К примеру, когда мы ощущаем злость, лучше удержаться от ее грубого, агрессивного выражения и постараться действовать конструктивно, прояснить ситуацию и с уверенностью отстоять ту позицию, которая нам кажется правильной. Или же, когда мы чувствуем себя обиженными, мы можем внутренне переосмыслить обиду, и, поняв действия другого человека, стремиться освободиться от негативных эмоций, простить. Конечно, и в зрелом возрасте не всем и не всегда удастся овладеть негативными эмоциями и освободиться от них, но именно способность лобной коры посылать «тормозные» сигналы в другие отделы головного мозга, более связанные с автоматическими, импульсивными реакциями и аффективной сферой (подкорковые образования, лимбическую систему), является предпосылкой способности руководить чувствами, мудро с ними жить, а не быть их жертвой.

В умении регулировать собственные эмоции большую роль играет *внутренняя речь* – способность как «слышать», то есть сознавать собственные чувства и мысли, с ними связанные, так и влиять на них путем «конструктивных» внутренних диалогов. Так же, как разговор с другом может помочь нам «остыть» и найти эмоциональное равновесие, так и внутренний диалог, то есть способность не только к монологу, но и к конструктивной внутренней поддержке, а иногда противостоянию, – помогает нам в развитии эмоциональной саморегуляции. Внутрен-

няя речь важна и в других аспектах саморегуляции поведения, и она также является одной из функций лобной коры.

Таким образом, все эти функции лобной коры являются важными для саморегуляции, для способности руководить своим поведением. Постепенное биологическое созревание функций идет на протяжении всего детства и подросткового возраста. Тем не менее зрелость лобной коры *есть лишь предпосылка* к развитию самоконтроля – другим весомым фактором в его развитии является социальный и жизненный опыт человека (в частности, стиль воспитания в семье), характер формирования его личности. Отсутствие биологической предпосылки к развитию самоконтроля при СДВГ является главной причиной поведенческих нарушений, тогда как социальный опыт и психологические факторы могут отрицательным или положительным образом отражаться на личностном развитии ребенка и усиливать, или же, наоборот, уменьшать проблемы.

Важно отметить, что у детей с СДВГ исполнительные функции лобной коры не отсутствуют полностью, неверно и представление о том, что эти функции не будут развиваться с возрастом. Процесс возрастного созревания идет, но в сравнении с ровесниками степень развития функций будет всегда несколько ниже. Также необходимо понимать, что для многих ситуаций в жизни данные функции не являются необходимыми, наоборот, чрезмерный рациональный контроль может осложнять быстрые, интуитивные, спонтанные, творческие, эмоциональные реакции. Поэтому, как это ни парадоксально, особенностью СДВГ является то, что наличие этого расстройства, создавая ребенку ряд проблем и трудностей, в определенных ситуациях дает ребенку преимущества, особые возможности и способности. Таким образом, мы можем говорить и о положительных сторонах СДВГ.

Итак, рассмотрим, как недостаточная зрелость лобной коры будет приводить к нарушению разных исполнительных функций, связанных с организацией и регуляцией собственного поведения.

Нарушение импульс-контроля

Как уже упоминалось, одной из основных функций лобной коры является притормаживание некоторых импульсов для того, чтобы дать время для анализа ситуации и выбора наиболее адекватных действий, отвечающих целям человека. Обычно мы взвешиваем разные варианты действий, анализируем их возможные последствия. И конечно, сдерживаем те импульсы, которые могут привести к негативным последствиям, и выбираем оптимальные для нас и других. Например, если мы видим нужный нам автобус, подъезжающий к остановке на противоположной стороне улицы, импульс побуждает немедленно бежать, но лобная кора напоминает, что нужно посмотреть направо и налево, чтобы не попасть под колеса автомобиля. Если во время разговора мы вспоминаем что-то очень важное и хотим немедленно это сказать, обычно мы все же ждем, когда собеседник завершит свою мысль, так как понимаем, что ему будет неприятно, если его перебить. У детей с СДВГ эта способность притормаживать импульсы выражена значительно слабее, чем у ровесников, а потому обуславливает целый ряд разных проблемных аспектов их поведения.

Дети с СДВГ вообще очень нетерпеливы, им трудно ждать подходящего времени для реализации желания, все должно осуществиться немедленно. Следовательно, они иногда «срываются», стараются получить что-то раньше других, не дождавшись своей очереди, разумеется, это часто вызывает негативную реакцию окружающих. По этой же причине таким детям трудно играть, если нужно ждать своей очереди – часто из-за нарушения правил их исключают из игры, а потом и вообще перестают приглашать.

Когда детей с СДВГ что-то интересует, им трудно сдержаться и не начать исследовать объект интереса немедленно, не спрашивая разрешения и т. п. Они часто берут чужие вещи, в

силу неосторожности могут их нечаянно повредить, сломать, потерять, из-за чего наталкиваются на негативную реакцию.

Если таким детям чего-то очень хочется, они, как правило, действуют согласно своему желанию, хотя раньше и были предупреждены о запрете или имели негативный опыт. Например, зная, что нельзя есть пищу, предназначенную для праздничного стола, не могут противостоять силе желания. Потом им действительно может быть стыдно, они могут искренне извиняться... Конечно, в разном возрасте соблазны могут быть разными, но родителям важно сознавать, что лучший метод помощи – следить за ребенком более внимательно, и учитывая, что его способность к саморегуляции существенно снижена, не оставлять детей наедине с «искушениями».

Если детям с СДВГ не хочется что-то делать и появляется желание бросить это занятие, хотя оно может быть и очень важным, – им также трудно противостоять. А потому они классически либо «срезают углы» (например, делают домашнее задание кое-как – лишь бы скорее), либо вообще бросают задание. Поэтому такие дети испытывают большие трудности с тем, чтобы делать что-то малоинтересное и не очень приятное (домашнее задание, работу по дому, уборку и т. п.), и часто бросают, не доводят дело до конца или же вообще оказывают сопротивление. В этом случае необходимо уметь либо сделать задание интересным, либо найти дополнительный метод поощрения, который вызовет мотивацию к действию (например, если сделаешь качественно уроки, посмотришь мультфильм).

Импульсивность в общении может проявляться чрезмерной болтливостью, стремлением доминировать в разговоре, склонностью перебивать других, «интрузивностью» (то есть надоедливостью, склонностью вмешиваться во все, независимо от того, желают ли с тобой общаться) и т. п. Это может служить причиной серьезного дефицита социальных и коммуникативных навыков у ребенка с СДВГ и даже социальной изоляции ребенка.

Импульсивность приводит также к тому, что ребенок часто не учитывает опасность – он просто не успевает о ней вспомнить, осознать ее. А потому дети с СДВГ действуют бесстрашно и чрезмерно рискованно, попадают в неприятные истории. Соответственно у них повышен риск несчастных случаев. Статистически дети с СДВГ получают вдвое больше серьезных травм, чем ровесники; подростки с СДВГ в четыре раза чаще становятся виновниками дорожно-транспортных происшествий; риск незапланированной беременности и инфицирования венерическими заболеваниями в подростковом возрасте у лиц с СДВГ также выше (*Barkley*, 1996).

Слабость импульс-контроля служит причиной трудностей детей с СДВГ во всех тех ситуациях, где нужно придерживаться установленных правил, инструкций и т. п. Следовательно, дети и взрослые с СДВГ являются частыми нарушителями правил, от простых (например, отвечать лишь с разрешения учителя), до значительно более сложных, социальных (например нести ответственность за взятые на себя обязательства). Важно подчеркнуть, что проблема детей с СДВГ не в том, что они не знают правил, а в том, что они не успевают их вспомнить и часто не в состоянии эффективно применить в тот момент, когда необходимо. Часто ребенок вызывает неприязнь взрослых, поскольку снова и снова делает то, что ему запретили, – но в большинстве случаев СДВГ (не осложненных другими психологическими расстройствами) он делает это неумышленно, он просто «охвачен порывом»: «я знаю ответ на вопрос учительницы, я хочу сказать!», не успевает остановиться, чтобы напомнить себе о правиле и вспомнить предыдущее замечание, и снова – в который раз – выкрикивает ответ, не подняв руку, не получив разрешение...

Быстрые импульсивные действия обуславливают то, что в поспешности дети и взрослые с СДВГ часто действуют неосторожно, необдуманно, неосмысленно. Они берутся решать задачу, не прочитав до конца условие, – и, конечно, шансы на правильный ответ невысоки. Аналогично и в более широких масштабах не дочитав до конца условия жизненной «игры», они предлагают

быстрое решение, а когда видят «результат», осознают, что это совсем не то, чего они желали... Из-за ненадлежащего осмысления информации и скорости реакций их также легко втянуть в разные «сомнительные дела», обмануть, подговорить, манипулировать их действиями – и этим иногда могут воспользоваться другие лица со злыми намерениями...

Импульсивность проявляется не только в действиях, но и в мыслях – мышление таких детей тоже может быть слишком быстрым, хаотичным. Им трудно сосредоточенно, хорошо обдумать какой-то вопрос или задание – и они легко перескакивают на более, с их точки зрения, интересные и захватывающие мысли. Это частично обуславливает проблемы со «снами наяву», а также с сосредоточением внимания, выполнением домашних заданий и значительно более сложных жизненных задач. Взрослые люди с СДВГ описывают свое мышление как «симптом конфетти» – когда в голове возникает, подобно вспышке фейерверка, сразу много мыслей, и они успевают лишь непродуктивно перескакивать с одной на другую без единого плодотворного конечного результата.

Слабая способность к самоторможению обуславливает и классические трудности переходов от одного занятия к другому, особенно от более увлекательного к менее приятному, характерные для детей с СДВГ. Для родителей подобные переходы, моменты смены деятельности (ребенку нужно возвращаться с прогулки домой и делать уроки, или же оторваться от игры, чтобы идти мыть руки и ужинать и т. п.) часто бывают стрессогенными. Впрочем, понимание слабости «системы тормозов» в этой сфере помогает осознать необходимость особых подходов и спокойного, методического их применения. Например, в связи с тем, что «тормозной путь» удлинен, ребенка нужно заранее предупреждать, сколько времени у него осталось. При этом необходимо, чтобы предупреждение было четким и, возможно, неоднократным, а говорить лучше одновременно с установлением зрительного контакта. Можно переспросить ребенка, хорошо ли он вас услышал, порой нужно применять и дополнительный внешний контроль – например, самостоятельно выключить после согласованного времени телевизор и т. п. Понимание особенностей ребенка с СДВГ помогает не только найти дополнительные компенсаторные стратегии, позволяющие эффективно руководить его поведением, но и, что очень важно, спокойно, без отрицательных эмоций взаимодействовать с ребенком.

Нарушение прогнозирования, планирования и самоорганизации поведения

Обобщая, можно сказать, что импульсивность значительно осложняет детям с СДВГ возможность осмысленно решать разные жизненные задачи и проблемы. С опытом и зрелостью мы приобретаем способность к каждой жизненной задаче подходить в какой-то мере как к школьной задаче: внимательно изучать условие, ставить цель, вспоминать предыдущий опыт и правила решения такого типа проблем, рассматривать разные варианты решений, их возможные положительные и отрицательные последствия, соотносить их с нашими жизненными приоритетами, оценивать реальность их воплощения и т. п. – и тогда действовать на основе плана, сознавая, что если он будет неэффективным, его нужно модифицировать. Человек в любом возрасте нуждается в умении решать специфические жизненные проблемы: конфликты в отношениях, выбор профессии, принятие важных финансовых решений и т. д. Это умение предусматривает способность руководствоваться отдаленными последствиями наших действий, а не только сиюминутными желаниями и возможностью их немедленного удовлетворения.

В этой сфере дефицит самоконтроля детей с СДВГ, возможно, наиболее ощутим. Неспособность остановиться, прежде чем действовать, приводит к тому, что большинство их ответов на проблему – скорее первая эмоциональная реакция или первая пришедшая в голову мысль, но отнюдь не тщательно обдуманная стратегия действий. Такой подход часто не столько решает проблемы, сколько создает их. Даже приобретенный отрицательный опыт не предостерегает

ребенка от повторения собственных ошибок. И дело не в том, что он не в состоянии сделать выводы на основе опыта. Дети с СДВГ нередко просто *не успевают* применить выводы – реакция возникает быстрее, чем лобная кора успевает воспользоваться «архивом памяти».

В связи с этим можно сказать, что действия детей с СДВГ часто не связаны со временем, или, как говорят нейропсихологи, у детей очень «узкое окно внутреннего времени» – они не успевают ни заглянуть в прошлое, ни спрогнозировать будущее. То есть одна из причин недостатка самоконтроля в том, что они становятся *заложниками обстоятельств «здесь и сейчас» и их деятельность определяется лишь немедленными или очень близкими во времени факторами, которые могут тем или иным образом мотивировать их поведение*. Часто от родителей таких детей можно слышать похожие отзывы: «Они видят только то, что перед носом, и не думают о завтрашнем дне». Это очень точно отвечает метафоре «узкое окно внутреннего времени» – дети и взрослые с СДВГ настолько захвачены тем, что есть здесь и сейчас, что словно не видят того, что будет завтра, не видят проблем, которые могут возникнуть, не замечают, как «сгущаются тучи», – и многие жизненные «ураганы» застают их врасплох. Поэтому в тех сферах, где необходимо работать на отдаленные последствия, противостоять соблазнам немедленных поощрений ради достижения более важных отдаленных вознаграждений, у детей и взрослых с СДВГ дефицит самоорганизации поведения будет приводить к негативным последствиям.

Если ребенок с СДВГ не получит внешней помощи от родных, педагогов, чтобы работать на отдаленные цели и противостоять соблазнам «немедленных наслаждений», со временем неудачи могут привести к целому ряду серьезных вторичных трудностей. Проблемы с учебой, проблемы в межличностных отношениях из-за несоблюдения социальных обязанностей и безответственные действия, в зрелом возрасте проблемы на работе из-за невыполнения своих обязанностей могут накапливаться, накладываться одни на другие, превращая жизнь в заколдованный круг потерь, отчуждений и разочарований. Безответственное поведение такого человека может приводить к его стигматизации («эгоистичный», «безответственный» и т. п.) и усиливать социальную изоляцию. Согласно статистическим данным, у тех детей, которые не получили надлежащей помощи, понимания и поддержки, риск столкнуться в зрелом возрасте с серьезными проблемами (безработицей, одиночеством, бедностью, несчастными случаями из-за чрезмерно рискованного поведения, ухудшением физического и психического здоровья и т. п.) довольно высок (Weiss, Hechtman, Weiss, 1999).

Осознание одного из центральных дефицитов при СДВГ – наличия «узкого окна внутреннего времени» – помогает понять механизм влияния на поведение детей: *чтобы руководить их поведением, взрослым необходимо быть близко к ребенку, обеспечивать тщательное наблюдение за его поведением и организовывать такую систему поощрений и наказаний, которая действует в измерении «здесь и сейчас», мотивируя ребенка к соответствующим действиям. Ребенок с СДВГ нуждается в немедленных, частых и сильных, то есть значимых для него, поощрениях и санкциях – и только это может удерживать его поведение в нужном русле*. Собственно, на этом и построена вся *поведенческая терапия* – один из основных методов помощи детям с СДВГ – и правильное применение этих принципов обуславливает ее положительный эффект. Например, ребенка могут очень мало мотивировать к выполнению уроков слова о том, что полученные знания пригодятся ему в зрелом возрасте. Но если он знает, что за каждый хорошо и своевременно выполненный урок он получает один жетон, а когда насобирает пять жетонов, то может использовать их вечером, выбрав из «меню наград» просмотр любимого мультфильма, игру с отцом в настольный хоккей и т. п. *уже сегодня* – это действительно мотивирует. Другой способ – сделать уроки интересными, захватывающими, чтобы ребенок смог открыть радость познания и это стало его немедленным вознаграждением. Таким образом, базовый принцип эффективного и позитивного управления поведением ребенка с СДВГ заключается в следующем: *мы руководим пове-*

дением ребенка лишь настолько, насколько мы контролируем немедленные следствия этого поведения: желательное поведение должно сопровождаться сильными, частыми, немедленными поощрениями, а нежелательное – такими же наказаниями.

Конечно, это отнюдь не означает, что ребенок с СДВГ никогда не научится самоконтролю, не будет способен усвоить правила поведения, действовать с мыслью о будущем и т. д. Дети с СДВГ также развивают самоконтроль, овладевают правилами – просто это им дается труднее, чем ровесникам. Можно сравнить этот процесс с прыжками в высоту – таким детям нужно значительно больше попыток и больше тренировки, чтобы научиться брать определенную высоту, а некоторые «высоты» они самостоятельно не преодолеют, чтобы их взять, нужна внешняя помощь. Так же, как курсанту-водителю нужен инструктор, у которого есть дополнительная педаль торможения, как детям с ДЦП, которые не могут самостоятельно ходить, нужна коляска – так для многих детей с СДВГ (по крайней мере на некоторое время) необходима система поведенческого руководства с немедленной системой поощрений и наказаний. Она компенсирует биологически обусловленную слабость внутренних «тормозов» и «узкое окно внутреннего времени». Но с возрастным созреванием мозга и обретением жизненного опыта это окно может расширяться и способность к самоконтролю улучшаться.

Ключевыми функциями лобной коры являются структурирование, планирование, временной мониторинг собственной деятельности человека. Соответственно дети с СДВГ испытывают типичные трудности во всех тех ситуациях, где им нужно организовать свою деятельность согласно внутреннему плану, следить за временным и поэтапным внедрением этого плана. Для них характерны проблемы с организацией времени и с ощущением времени вообще. Им трудно организовать самостоятельное и своевременное выполнение уроков или домашней работы, собраться в школу и т. п. В зрелом возрасте они могут испытывать трудности на работе, в финансовых вопросах, в ведении домашнего хозяйства, и т. п. Неэффективный контроль приводит к хаотичному стилю жизни с постоянными опозданиями, затягиванием времени, откладыванием дел.

Таким образом, для детей с СДВГ чрезвычайно важна (ввиду дефицита способности к самоорганизации и временного контроля собственной деятельности) помощь родителей, педагогов и четкая, предсказуемая, «видимая» внешняя структура: система «таймеров», будильников, напоминаний, «самоорганизаторов» и т. д. Это своего рода компенсаторные костыли, которые делают возможной эффективную, организованную во времени деятельность детей, подростков, взрослых с СДВГ...

Еще одной проблемой детей с СДВГ является дефицит внутренней речи. Как показали исследования (см. *Barkley*, 1995. С. 49–51), такие дети меньше пользуются внутренней речью для управления собственным поведением. Как правило, в процессе самоконтроля внутренняя речь необходима. Она дает возможность продумать возможные последствия поведения, рассмотреть разные варианты действий и выбрать оптимальный, напомнить самому себе правила, которые необходимо применить в этой ситуации, и соответственно дать себе инструкции к действию. Однако импульсивность реакции на внешние ситуации, отсутствие торможения не дает ребенку необходимого времени для того, чтобы «услышать» свою внутреннюю речь. Недостаточное использование внутренней речи является одним из центральных нейропсихологических дефицитов детей с СДВГ. Как следствие, проблемы в поведении таких детей связаны и с неумением соблюдать правила. Это обусловлено не тем, что ребенок не знает правил или намеренно решил ими пренебречь, а тем, что он не успевает их вспомнить и применить раньше, чем он уже среагировал на ситуацию. Это же касается и выполнения указаний, которые дают взрослые ребенку – переставая повторять про себя с помощью внутренней речи инструкцию, ребенок с СДВГ часто не выполняет данные ему поручения, бросает их на полпути, вообще забывает о них. Недостаточное использование инструкций в форме внутренних обращений частично обуславливает и трудности в сфере эмоционального самоконтроля – детям

часто трудно сдерживать свою злость, успокоиться и т. п. Обучение эффективному применению самоинструкций с помощью *когнитивной терапии* – один из *важных методов* помощи старшим детям с СДВГ (после 8—10 лет). Он заключается, в частности, в выработке и тренировке способности эффективно использовать внутреннюю речь – как для самоконтроля, так и для решения проблем самообладания и др. Интересны экспериментальные данные Barkley (1996. С. 530), показавшие, что при выполнении контрольных работ прослушивание через наушники записанных на аудиоплеер самоинструкций существенно улучшало результат детей. Таким образом, еще одним эффективным методом воздействия на поведение детей с СДВГ является частое напоминание правил, четко и лаконично выраженных, а также их визуализация в форме, аналогичной «знакам дорожного движения» (например, краткие лозунги над письменным столом: «Когда делаешь уроки – сосредоточься!» – и т. п.), что помогает не потерять инструкции и правила.

Метафорически недостаточную самоорганизацию поведения можно приравнять к езде на автомобиле, в котором руль «гуляет», а тормоза очень слабые. Со слабой системой «руля и тормозов» они часто совершают «аварии», которые их самих отнюдь не делают счастливыми. Многие дети с СДВГ сознают этот дефицит самоконтроля и могут воспринимать его как дефект. К примеру, один мальчик попросил: «У меня мозги какие-то глупые, не слушаются меня, – вы не можете их заменить?» Другой мальчик на консультации на тестовый вопрос о трех мечтах ответил: «Не разливать больше молоко, не злить маму, не злить папу...» Можно лишь вообразить, каким подавленным он должен был чувствовать себя от постоянных укоров за разлитое молоко и другие «провинности», чтобы мечтать только об этом... Большинство проступков детей с СДВГ совершается неумышленно. По выражению Barkley, *«проблема детей с СДВГ не в том, что они не знают, как правильно себя вести, а в том, что они не могут вести себя так»* (Barkley, 1995. С. 42).

Нарушение контроля внимания и анализа информации

Типичные проблемы с сосредоточением внимания заключаются не столько в том, что дети с СДВГ не могут быть сконцентрированными, сколько в их неспособности на протяжении продолжительного времени удерживать внимание на важном, особенно если оно малоинтересное и не стимулирующее. Это подтверждается, в частности, тем, что такие дети могут продолжительное время быть сосредоточенными и внимательными, когда играют в компьютерные игры или смотрят захватывающий мультфильм и т. п. – их внимание не отвлекается и в целом они не делают ошибок, например, играя в компьютерные игры, а могут, в силу скорости своих реакций быть успешными игроками. Проблема появляется тогда, когда ребенку нужно продолжительное время концентрироваться на чем-то малоинтересном для него – например, на том, что говорит учитель на уроке, на выполнении домашнего задания и т. п. В таких ситуациях противостоять желанию искать новые, более интересные впечатления ребенок часто не в состоянии. В связи с этим появляются трудности с концентрацией, ошибки по невнимательности, отвлечение на посторонние факторы, невыполнение заданий и т. д. Такого ребенка приходится все время «перефокусировать»... Одна мама сказала, что она выполняет постоянную роль «сосредоточителя внимания» своего ребенка при выполнении домашнего задания. И это довольно типично – родители должны постоянно концентрировать внимание ребенка, иначе он может часами безрезультатно сидеть за столом над одним заданием, – кажется, ребенок «где-то витает»... Все малоинтересные, скучные задания самостоятельно ребенок выполнить не может – и здесь необходимо либо сделать задание интересным, либо ассистировать в роли «сосредоточителя внимания», либо повысить мотивацию путем дополнительного «приза» в случае успешного выполнения задания.

Соответственно существует и противоположная проблема – когда ребенок с СДВГ сосредоточен на чем-то для него интересном, ему трудно «отключить» внимание от этого и переключиться на что-то другое. Поэтому такие дети часто не слышат, когда к ним обращаются, если они в это время заняты чем-то интересным. Из-за своей невнимательности они часто пропускают важную информацию, указания к действию, теряют вещи, забывают важные факты, вещи, дела, обязанности и т. п. Один взрослый человек с СДВГ сравнил свои проблемы с ездой в сильный дождь на автомобиле, в котором не работают дворники-стеклоочистители: «Ты не можешь разглядеть до конца, что происходит, получаешь лишь фрагменты информации и все время чувствуешь себя растерянным, потому что ощущаешь, что пропустил какой-либо важный дорожный знак или указатель...» Неудивительно, что дети с СДВГ часто «блуждают» как в социальных отношениях (говорят о так называемой социальной слепоте или же близорукости), так и в учебе и других видах деятельности и т. д. А если вспомнить, что в этом автомобиле еще и тормоза слабые, и руль «гуляет»...

Внимание детей с СДВГ очень слабо контролируется «центральной командной пунктом» (лобной корой), и вместе с тем им руководят наиболее сенсорно привлекательные в плане новизны и стимуляции аспекты ситуации. Соответственно снижена способность активно руководить собственным вниманием, сосредоточить его на важнейших аспектах ситуации (особенно если они не очень интересны) и удерживаться от отвлечения на второстепенные стимулы (особенно если они более интересны). А если учесть и другую нейропсихологическую характеристику детей с СДВГ – большой сенсорный голод, потребность в «сильных» впечатлениях и способность быстро «насыщаться», то можно предсказать, насколько серьезными могут быть проблемы с внимательностью в ситуациях, «скучных» для ребенка, – например на уроке. Основной рекомендацией может быть лишь интересная, «мультисенсорная», с «частой сменой кадров» презентация учебного материала на уроке, активное привлечение детей, четкая структура с частым изменением заданий и видов деятельности. И только второстепенное (но тоже существенное) значение имеет стратегия уменьшения посторонних раздражителей – например, посадить ребенка за первую парту, не возле окна и т. п. Как показали исследования (обзор в *Goldstein, Goldstein, 1998. С. 557*), даже в условиях сенсорно «стерильного» кабинета, если стиль преподавания не будет интересным и стимулирующим, ребенок будет отвлекаться: если не будет на что отвлечься снаружи, внимание перенесется во внутренний мир, мир воображения...

Другой проблемой является весьма эмоциональное и субъективное восприятие реальности. Если подкорковые образования обеспечивают первичную обработку информации с целью выявления, например, угрозы и мгновенных реакций инстинктивного характера, то лобная кора обычно проводит углубленный анализ с целью достоверно исследовать все аспекты ситуации, отличить эмоциональную, субъективную реакцию от объективной действительности, и тогда соответственно действовать. Для этого чрезвычайно важно «притормаживать» первые импульсы, чтобы быть в состоянии, прежде чем действовать, оценить ситуацию объективно, обратиться к прошлому опыту, уже имеющейся информации, провести анализ, оценить разные варианты развития ситуации и т. д. Например, если мы внезапно ощути толчок в спину на улице появится инстинктивное желание либо сразу развернуться и ударить в ответ, либо убежать. Это подкорковая реакция. Но затем включится кора и даст команду сначала оглянуться и исследовать, что произошло: например, мы увидим, что сзади на нас кто-то упал, что нас не ударили, а просто зацепили при падении и соответственно угрозы нет. Для детей с СДВГ обычно характерна бурная «подкорковая» реакция – они бы сразу бросились в драку или убежали, не выяснив, в чем дело. Проблема многих детей с СДВГ, как уже говорилось, состоит в «реактивных» действиях, действиях под влиянием эмоций, которые предшествуют объективному, корковому уровню анализа информации. Например, на уроке учительница, идя между партами, подошла к мальчику с СДВГ и тихо, мягко положила ему на плечо руку. Реакция

была сильной, инстинктивной, на уровне реакций наших биологических предков – мальчик мгновенно укусил ее за руку. Следствие: испуганная учительница, вызов мальчика и родителей к директору: «Кто из него вырастет, да это уже запрограммированный психопат!» и т. п. На самом деле сам мальчик искренне не понимал, почему он так поступил: ведь его реакция была моментальной и более быстрой, чем его мысли...

В связи с таким характером реакций поведение детей с СДВГ часто бывает чрезмерно эмоциональным и незрелым, а их реакции – несоответствующими ситуации. Именно с такими «подкорковыми» реакциями связана склонность детей с СДВГ к эмоциональным «взрывам» – часто агрессивным, с плачем, криками. Причиной таких реакций может быть исключительно искаженное, эмоциональное восприятие действительности, намерений других людей и т. п., соответственно такие дети нуждаются в помощи, чтобы постепенно учиться более целостно и объективно видеть действительность и более компетентно в ней действовать...

Нарушение контроля эмоций

Нарушение эмоциональной саморегуляции, как уже не раз упоминалось выше, является еще одной нейropsychологической характеристикой детей с СДВГ. Среди ровесников они отличаются силой и скоростью развития эмоций. Ребенок в один момент из спокойного состояния может перейти в крайне озлобленное, или же наоборот – в безмерно приподнятое. Обуславливает такую гиперэмоциональность детей с СДВГ, в частности, слабое регулирующее влияние лобной коры на те отделы головного мозга, которые связаны с эмоциональной сферой (лимбическая система и подкорковые образования). Эта эмоциональность во многих аспектах жизни может иметь положительное значение – дети и взрослые с СДВГ могут быть «эмоциональными донорами», заражающими других своими положительными эмоциями, энтузиазмом, жизнелюбием. Но когда ребенок застревает на отрицательных эмоциях, то наоборот, его жизнь и жизнь окружающих осложняется... Гиперэмоциональность становится наиболее проблемной при таких отрицательных чувствах, как злость, раздраженность, неудовлетворенность и т. п. Слабость регуляции эмоций, неразвитость способности иначе посмотреть на ситуацию, настроить себя на успокоение и более адекватную эмоциональную, когнитивную и поведенческую реакцию может осложнять выход из состояния отрицательного аффекта. Находясь под властью сильных, неуправляемых эмоций, например злости, ребенок может совершить немало плохих поступков, наговорить несправедливых слов, прибегнуть к насилию... На протяжении всей жизни многие дети и взрослые с СДВГ испытывают проблемы с контролем над своими агрессивными эмоциями и их деструктивными последствиями как в социальных отношениях, так и в других сферах жизни. А сильная, неуправляемая злость имеет свойство «помрачать» сознание, заставляет необъективно воспринимать ситуацию как чрезмерно враждебную – и соответственно импульсивно действовать. В состоянии такой сильной злости люди с СДВГ могут прибегать к физической агрессии, направленной на других, на вещи, а порой и на себя самих. Последствия агрессивного поведения – как немедленные, так и отдаленные – весьма ощутимы для самого человека. Наличие такого поведения является одним из отрицательных прогностических факторов относительно будущего ребенка с СДВГ. В частности, причиной исключения ребенка из школы нередко становится агрессивное поведение; действия, подпадающие под уголовную ответственность, могут быть также совершены под влиянием гнева, в аффективном состоянии. При этом склонность к вспышкам гнева и агрессивного поведения во многих случаях отнюдь не говорит об озлобленности ребенка как состоянии его души. Один из наших пациентов, 10-летний Андрей, сменил за время учебы пять школ, несмотря на хорошую успеваемость. Главной причиной исключения были агрессивные действия. В целом он добрый, искренний мальчик, но, по словам родителей, его очень легко «завести» и спровоцировать – и тогда он становится просто неуправляемым в своей злости.

Нарушение контроля над двигательной активностью, процессами возбуждения/ торможения

Другая сфера, которой недостает регулирующего влияния лобной коры, – сфера двигательной активности, а также в целом система регулирования процессов активизации/успокоения. Дети с СДВГ, как уже упоминалось, имеют низкий порог сенсорного насыщения – а значит, постоянно ощущают сенсорный «голод», нуждаются во впечатлениях, активности, стимуляции. Они значительно быстрее начинают скучать, поэтому для них важна частая смена активности. Соответственно импульс к движению и исследованию окружающего им также очень трудно сдержать.

Этим обусловлен один из наиболее известных симптомов СДВГ – двигательная гиперактивность. Хотя он и стал визитной карточкой детей с СДВГ, в действительности патогенетически он не является основным симптомом этого расстройства. Более того, с возрастом симптом двигательной гиперактивности больше, чем все другие симптомы, подвергается редукции, смягчению, ослаблению.

Двигательная гиперактивность проявляется в потребности находиться в постоянном движении, ребенок не может длительное время сидеть на одном месте, его везде много, он все переворачивает, всюду лезет. Дети с СДВГ шумные, крикливые – они не только много двигаются, но и много говорят, интенсивно взаимодействуют со средой – с людьми, игрушками, предметами и т. п. По классическому сравнению, эти дети, будто игрушка с заведенным «моторчиком», – безостановочные... Их невозможно удержать на месте, заставить спокойно сидеть. Одна мама, обратившаяся к нам за консультацией, так описала 5-летнего Ваню: «Когда мы выходим во двор – он летит, не оглядываясь, будто собачка, сорвавшаяся с цепи. Удержать его невозможно. Добиться послушания невозможно. На игровой площадке он может расталкивать детей, из-за него постоянно кто-то плачет, потому что упал или ударился. Мы ему объясняем, что нужно быть осторожным с детьми – где там. То же, когда приходится лезть на горку или лесенку – сколько мы ни объясняем, что нужно пропустить других детей, ждать своей очереди, – он кивает головой и делает по-своему. Мы так устали от замечаний и взглядов в нашу сторону, что вообще перестали ходить с ним на площадку. Ходим в лес...»

Понятно, что особые проблемы гиперактивность будет создавать в школе и других общественных местах, где нужно спокойно сидеть (театр, транспорт и т. д.). Типичные замечания в школе: на уроке вертится, встает с места без разрешения, залезает под стол, на парту, на перемене бегает, переворачивает стулья и т. п.

То же касается излишней говорливости – они громкие, не замолкают, перебивают, не могут сидеть молча и т. д. Конечно, у каждого ребенка СДВГ имеет свою особую форму и выглядит по-своему – не все разговорчивы, как и не все агрессивны и т. д., но этот симптом довольно типичен.

Гиперактивность связана с повышенной возбудимостью таких детей – реакции возникают у них очень быстро и интенсивно, причем на относительно слабые раздражители. Двигательная гиперактивность является лишь одним из аспектов общей гиперреактивности и слабости саморегуляции. Слабость тормозной способности лобной коры обуславливает классический дисбаланс процессов возбуждения и торможения в пользу первых.

С гиперреактивностью связана еще одна особенность детей с СДВГ – они легко поддаются влиянию. А если вспомнить трудности с отделением объективных фактов от эмоциональных впечатлений, то можно понять, почему эти дети так часто становятся жертвами чужих манипуляций, почему их так легко «использовать» в своих целях – спровоцировать, подговорить на негативные действия, в том числе и криминальные. Гиперреактивность «притягивает» всех тех, кто стремится спровоцировать детей или посмеяться над ними и т. п. Возможно,

именно поэтому дети с СДВГ часто становятся жертвами насмешек, преследований, провокаций – своего рода «козлами отпущения» в социально нездоровой среде.

Все эти особенности – недостаточную эффективность лобной коры как «центрального командного пункта», слабость ее регулирующей функции и т. п. – можно объяснить как самому ребенку с СДВГ, так и его родным, используя для этого точные, понятные метафоры. В работе нашей клиники мы часто даем детям с СДВГ (а многие из них, кстати, мечтают стать «гонимыми-профессионалами» в зрелом возрасте) такое метафорическое видение их нейропсихологических особенностей: «Каждый человек – как автомобиль, у каждого человека свои особенности. И ты знаешь, что автомобили бывают очень разные: быстрые спортивные машины, медленные грузовики. Так же есть дети более активные и менее активные. Это не означает, что какие-то из них лучше, а какие-то хуже, просто так же, как автомобили, разные люди имеют разные способности и разные ограничения – таким образом, мы, люди, различаемся, и потому можем дополнять друг друга. Так же и у тебя есть много способностей и сильных сторон (здесь мы обычно называем конкретные характеристики), но есть и определенные ограничения. У тебя, как и у многих детей, похожих на тебя, «хорошо работает педаль газа, но слабые тормоза». И из-за этого могут часто случаться аварии (здесь тоже приводятся конкретные примеры). Поэтому для того, чтобы безопасно ездить и никого не обижать, тебе важно научиться ездить по правилам и уметь, когда нужно, тормозить...» Родителям мы объясняем их роль, проводя параллель с действиями инструктора вождения, а систему управления поведением ребенка обозначаем как «дополнительную систему тормозов в автомобиле».

Осознание нейропсихологических особенностей ребенка с СДВГ чрезвычайно важно как для родителей и специалистов, так и для самого ребенка. Только на осознании может быть выстроена эффективная концепция воспитания, обучения и помощи детям с СДВГ.

Выводы

- Симптоматика СДВГ обусловлена недостаточной зрелостью функций лобной коры – «центрального командного пункта» человека.
- Недостаточная зрелость лобной коры приводит к расстройствам разных исполнительных функций, связанных с организацией и регулированием собственного поведения: импульс-контроля; планирования, прогнозирования и организации поведения с учетом отдаленных последствий и в соответствии с целями; эмоциональной саморегуляции, контроля внимания и анализа информации, регулирования двигательной активности, процессов возбуждения/ торможения.
- Нейропсихологические особенности детей с СДВГ могут не только приводить к проблемам, но в определенных ситуациях давать ребенку преимущества.
- Из знания нейропсихологических особенностей расстройства вытекает обоснованная концепция терапии и воспитания, а потому понимание патогенеза СДВГ чрезвычайно важно для оказания им эффективной помощи.
- Научные знания патогенеза и нейропсихологических особенностей детей с СДВГ важно изложить в виде простых, понятных метафор, которые помогут специалистам, родителям, детям эффективнее применять основные принципы помощи.

Разные лица СДВГ

Гиперактивное расстройство с дефицитом внимания имеет много лиц. Вопреки объединяющей патогенетической составляющей СДВГ – нарушению самоконтроля – у разных детей, в разном возрасте, в разных социальных контекстах он будет проявляться очень по-разному и приводить к разным последствиям.

Ситуативная вариабельность симптомов

Прежде всего следует отметить, что поведение ребенка с СДВГ очень вариабельно, непостоянно, и в разных средах один и тот же ребенок может вести себя очень по-разному. Это вполне понятно с точки зрения патогенеза – поскольку поведение ребенка контролируется не внутренними правилами, а является реакцией на внешние стимулы и факторы «здесь и сейчас», в зависимости от комбинации этих стимулов и факторов поведение ребенка будет очень разным: в одной среде симптомы СДВГ будут сильно выражены и поведение ребенка будет «проблемным», а в другой нет.

Чем меньше ограничений и требований накладывает среда на поведение ребенка, тем менее проблемным будет поведение ребенка: отсюда и трудности в классе на уроке, и порой никаких серьезных проблем на игровой площадке. Чем более интересной и «стимулирующей» будет среда, тем больше ребенок будет сфокусирован и заинтересован, а соответственно и меньше создаст проблем. Именно поэтому дети с СДВГ могут часами играть в компьютерные игры или смотреть что-то интересное по телевизору, не испытывая никаких затруднений с сосредоточением внимания и не создавая значительных проблем своим поведением другим. Поэтому неудивительно, что родители порой не в силах устоять перед соблазном разрешить ребенку проводить много времени за компьютерными играми или перед телевизором – «хотя бы в доме тихо!». А несосредоточенность ребенка за уроками они иногда воспринимают не как проявление неспособности сконцентрировать внимание («ведь телевизор смотрит он сосредоточенно!»), а как проявление лени и нежелания учиться. Поведение становится менее проблемным в ситуации немедленного вознаграждения/наказания, при дополнительном напоминании правил и помощи в самоорганизации со стороны взрослых. Таким образом, можно сказать, что проблемное поведение и симптомы СДВГ будут проявляться меньше при определенных условиях: новая, интересная и «стимулирующая» среда, индивидуальное внимание взрослого, немедленное подкрепление. В таких ситуациях ребенок с СДВГ может в целом мало чем отличаться от других детей. И наоборот, противоположные характеристики среды, а также такие факторы, как усталость ребенка, плохое настроение, скучное, монотонное, неинтересное задание будут создавать предпосылки к манифестации дефицита самоконтроля у ребенка и приводить к проявлениям проблемного поведения.

Такая вариабельность симптомов СДВГ приводит иногда к противоречиям в оценке наличия у ребенка расстройства как специалистами, так и родителями. Так, на консультации у врача, где новая среда, внимание один на один и т. д. – ребенок может не проявлять никаких симптомов СДВГ, и врачи ошибочно считают, что «все в порядке, а проблемы у родителей, так как они предъявляют завышенные требования к ребенку». Может возникнуть конфликт между учителями и родителями, так как проблемное поведение нередко ярко выражено на уроке и значительно менее заметно дома. Похожие разногласия в восприятии ребенка возникают порой между мужем и женой. Отец, который приходит домой поздно и не делает с ребенком домашних заданий, может не видеть проблем в поведении и обвинять мать и учителей в излишней тревожности или в том, что они слишком много хотят от ребенка.

Классификация подтипов

Выделение подтипов отображает тот клинический факт, что у разных детей симптомы расстройства выражены по-разному, иногда одна группа симптомов может быть значительно более выраженной, чем другая. В диагностической классификации DSM-IV выделяют три подтипа расстройства на основе наличия или отсутствия симптомов из групп гиперактивности-импульсивности и дефицита внимания. В классификации МКБ-10 не допускается существование «неполных» подтипов СДВГ с наличием лишь отдельных групп симптомов, и диагностические критерии гиперкинетического расстройства в данной классификации соответствуют диагностическим критериям только комбинированного подтипа по DSM-IV. Мы будем использовать классификацию DSM-IV.

Подтипы СДВГ в классификации DSM-IV

1. Комбинированный – с наличием выраженных симптомов как гиперактивности-импульсивности, так и дефицита внимания;
2. С доминирующей гиперактивностью-импульсивностью – присутствуют выраженные симптомы этого спектра, но минимально проявляются либо отсутствуют вообще симптомы нарушения внимания;
3. С доминирующим дефицитом внимания – наоборот, значительно выражены лишь симптомы нарушения внимания.

Дети с разными подтипами СДВГ имеют разные клинические характеристики, в частности, слегка различающиеся профили коморбидных расстройств и различный риск развития вторичных проблем.

По данным исследований (*Faraone, Biederman, Weber*, 1998), дети с комбинированным подтипом имеют более высокие показатели коморбидных расстройств поведения, а также тревожных расстройств и депрессии. По сравнению с ними дети, которые имеют подтип с доминирующей невнимательностью, имеют похожие показатели тревожных расстройств и депрессии, но гораздо более низкие показатели коморбидных расстройств поведения. Для детей с доминирующей гиперактивностью-импульсивностью характерны высокие показатели экстернализованных расстройств, но более низкие – тревожных расстройств и депрессии. Для детей с комбинированным подтипом и подтипом с доминирующей невнимательностью характерны более высокие показатели проблем с учебой, чем для детей с доминирующей гиперактивностью-импульсивностью.

Таким образом, можно сделать вывод, что синдром гиперактивности-импульсивности больше связан с риском развития проблем с оппозиционным, агрессивным и антисоциальным поведением, а синдром дефицита внимания – с тревожными расстройствами, депрессией и проблемами с учебой. Из всех подтипов самым тяжелым является комбинированный, который прогностически связан с развитием проблем, характерных для двух других групп.

Несколько отличны и общие данные. Так, распространенность комбинированного подтипа в группах мальчиков и девочек составляет 3:1, а подтипа с доминирующими нарушениями внимания 1:1, общая распространенность тоже отличается – первый подтип встречается в 3–4 раза чаще (*Barkley*, 1996. С. 91).

В настоящее время ведется научная дискуссия относительно того, являются ли подтипы СДВГ (более всего эта дискуссия касается подтипа с доминирующим дефицитом внимания) формами одного расстройства, или это разные по природе расстройства. Так, *Barkley* (1996. С. 86–92) выдвинул гипотезу о том, что третий подтип (с доминирующим дефицитом внимания) является другим психиатрическим расстройством, которое характеризуется:

- нарушением способности фокусировать внимание и «регистрировать входящую информацию» (в отличие от трудностей с удержанием внимания при СДВГ) – эти дети словно нахо-

дятся в «когнитивном тумане», они «полуприсутствуют», «летаргичны», не до конца осознают то, что происходит вокруг;

- следующими нейропсихологическими характеристиками: пониженная скорость обработки информации, нарушение памяти (в частности, способности извлекать информацию из «архива» и скорости этого процесса) при отсутствии значительных нарушений исполнительных функций лобной коры и соответственно проблем с импульс-контролем;

- типичными особенностями поведения: «отсутствие», «сон наяву», «растерянность», замедленность реакций, двигательная заторможенность. Эти дети обычно не создают особых трудностей окружающим, а потому не испытывают проблем с «активным» отчуждением, хотя могут иметь проблемы с социальными навыками и быть социально изолированными. У них высокий, как и при комбинированных формах СДВГ, индекс коморбидности относительно специфических расстройств школьных навыков, депрессии и тревожных расстройств.

По мнению Barkley, этот подтип СДВГ является скорее отдельной нозологической единицей, которую он называет *расстройством фокусирования внимания*, и которая патогенетически связана не с нарушением исполнительных функций и импульс-контролем, а с системой фокусирования внимания и ассоциативными отделами коры, в частности, нарушением связей с гиппокампом, являющимся важной частью системы памяти. Barkley выдвигает гипотезу, что, возможно, при этом расстройстве задействована норадренергическая нейротрансмиттерная система.

До сих пор нет единого мнения относительно вопроса о нозологической принадлежности подтипа с доминирующим дефицитом внимания. Вероятно, он не является однородным, и часть детей с этим расстройством отвечает характеристикам расстройства фокусирования внимания, а другая демонстрирует проявление более легкого подтипа СДВГ, при котором дефицит самоконтроля больше влияет на когнитивные процессы (контроль внимания, эмоций, мышление) и не приводит к наличию выраженной двигательной гиперактивности. У этой подгруппы детей симптомы гиперактивности-импульсивности могут быть выражены слабо, и потому не набирают достаточного количества баллов для диагностики комбинированной формы.

Некоторые факты говорят в пользу единой природы выделенных групп СДВГ. Ввиду того, что симптомы двигательной гиперактивности с возрастом значительно ослабевают и смягчаются (в отличие от импульсивности на когнитивном уровне), выделение подтипа с доминирующим дефицитом внимания может иметь значение собственно в группе подростков и взрослых. Именно у детей, которым в школьном возрасте ставили диагноз, соответствующий комбинированному подтипу, в подростковом и зрелом возрасте более выраженным может стать третий подтип, где ведущим симптомом является дефицит внимания. Таким образом, можно сделать вывод о нозологическом единстве первого (комбинированного) и третьего подтипов (по крайней мере в части случаев), что подтверждается фактом положительной реакции на медикаментозную терапию психостимуляторами. Данные препараты в обеих группах дают эффект, хотя в случаях доминирующего дефицита внимания в меньших дозах и с несколько более высоким показателем резистентности (30 % против 15 % при комбинированном подтипе).

На данный момент вопрос о подтипах СДВГ и клиническом значении их выделения продолжает интенсивно исследоваться.

Степени тяжести

Хотя до сих пор ни в одной диагностической системе не выделены степени тяжести СДВГ, каждый клиницист осознает, что даже в пределах одного подтипа в одной возрастной группе степень выраженности симптомов и их pervasивность (присутствие во всех сферах

жизни ребенка) может быть очень разной. Это обусловлено, как уже упоминалось выше, этиологическим полиморфизмом СДВГ – у каждого ребенка биологическая почва расстройства своя, и клиническая картина также полиморфна по степени и характеру выраженности симптомов. Поэтому с точки зрения клиники и прогноза выделение степеней тяжести имеет смысл. Отдельные авторы-клиницисты предлагают рассматривать легкую, умеренную и выраженную по степени тяжести формы СДВГ (*Terdal, Kennedy, Fusetti*, 1993).

Вторичные проблемы и сопутствующие расстройства

СДВГ часто приводит к развитию вторичных проблем, и их наличие или отсутствие в значительной мере определяет прогноз. Можно сказать, что СДВГ – это своего рода катализатор реакций социальной среды, расстройство, в котором главные этиологические факторы – биологические, а главные прогностические – психосоциальные.

Так, прямыми непосредственными следствиями СДВГ являются проблемы по меньшей мере в нескольких сферах жизни ребенка: семья, отношения с ровесниками, поведение в школе и на улице, учеба. Но, конечно, степень выраженности этих проблем, да и вообще их наличие зависят не только от наличия СДВГ, но и от того, как реагирует социальное окружение на ребенка, помогает ли ему преодолевать вызванные расстройством ограничения. СДВГ – это своего рода «невидимые ограничения», и можно провести аналогию, например, с ребенком с ДЦП, который не умеет ходить, а потому пользуется коляской. Если такому ребенку удачно подобрали коляску, если нет архитектурных препятствий и школа адаптирована к его интеграции в обычный класс – такой ребенок будет иметь гораздо более высокие возможности академического обучения и социального развития, чем в условиях домашних занятий с учителями раз в неделю. Степень ограничений, вызванных расстройством, определяется не только самим расстройством, но и адаптацией среды, и другими факторами. Конечно, ограничения при ДЦП и СДВГ значительно различаются, поэтому сравнение очень условно.

В случае отрицательного взаимодействия с социальной средой у ребенка с СДВГ могут нарастать поведенческие проблемы в форме оппозиционного, агрессивного и, наконец, анти-социального поведения, могут быть значительно нарушены социальные отношения – как с родными, так и с ровесниками – соответственно, формируется дефицит социальных и коммуникативных навыков; нарастают академические неудачи в школе – и уже как следствие всего этого развивается негативная самооценка, нарушается развитие личности, возникают вторичные психиатрические расстройства.

Наличие сопутствующего, коморбидного психиатрического расстройства для детей и взрослых с СДВГ – скорее закономерность, чем исключение. По данным исследований (*Gillberg, Gillberg, Rasmussen et al.*, 2004; *Pliszka*, 1998), по меньшей мере 85 % детей с СДВГ имеют хотя бы одно коморбидное расстройство, а 60 % – два.

Основные коморбидные (сопутствующие) расстройства в детстве

- ✓ Расстройства поведения (40–60 %) – оппозиционное, агрессивное и антисоциальное поведение.
- ✓ Расстройство развития речи и школьных навыков (25–40 %).
- ✓ Тревожные и соматоформные расстройства (21–40 %).
- ✓ Депрессия (16–26 %), биполярное расстройство³.

³ Биполярное аффективное расстройство (ранее – маниакально-депрессивный психоз) – психиатрический диагноз психического расстройства, проявляющегося аффективными состояниями, – маниакальными (гипоманиакальными) и депрессивными, а также смешанными состояниями, при которых у больного наблюдаются симптомы депрессии и мании одновременно (например, тоска со взвинченностью, беспокойством, или эйфория с заторможенностью, – так называемая непродуктивная мания), либо быстрая смена симптомов (гипо)мании и (суб)депрессии. – *Прим. ред.*

- ✓ Тики (до 20 %) – в том числе синдром Жилля де ля Туретта⁴.
 - ✓ Расстройство развития координации движений (до 50 %).
 - ✓ Расстройства спектра аутизма, умственная отсталость, пограничная интеллектуальная недостаточность.
 - ✓ Энурез, расстройства сна.
- В подростковом и зрелом возрасте добавляются:**
- ✓ Расстройства личности.
 - ✓ Злоупотребление/ зависимость от алкоголя и наркотиков.
 - ✓ Расстройства импульс-контроля.

Что касается возможных механизмов коморбидности, то можно рассматривать по крайней мере несколько:

1. Один этиологический фактор вызывает два расстройства (например, органическое поражение центральной нервной системы приводит к СДВГ и расстройству развития экспрессивной речи, или одни и те же генные и вызванные ими биохимические нарушения вызывают как синдром Жилля де ля Туретта, так и СДВГ).

2. Коморбидное расстройство является следствием, осложнением СДВГ и его вторичных проблем (расстройство поведения, депрессия, социальная фобия). Возможно также объединенное действие этих двух факторов.

3. Два разных этиологических фактора присутствуют одновременно и вызывают два разных психиатрических расстройства (например, генетический фактор обуславливает развитие у ребенка СДВГ, а злоупотребление матерью алкоголем во время беременности – легкую умственную отсталость).

Впрочем, какими бы ни были научные гипотезы, которые объясняют высокий индекс коморбидных расстройств при СДВГ, существуют очень важные, обусловленные ими клинические выводы: *при СДВГ всегда нужно активно искать коморбидные расстройства, они часто определяют прогноз в отношении ребенка в большей степени, чем сам СДВГ. При других расстройствах необходимо всегда помнить о возможности СДВГ, который часто скрывается за маской сопутствующих проблем. Терапия должна быть направлена как на СДВГ, так и на коморбидные расстройства и быть специфической в каждом случае.*

Гендерные особенности

Для СДВГ характерны определенные гендерные различия как в презентации симптомов, наличии вторичных проблем и сопутствующих расстройств, распространенности подтипов, так и в отношении клинических последствий, диагностики и терапии. Как уже упоминалось, долгое время считалось, что СДВГ является расстройством исключительно мальчиков, и только исследования, проводимые на протяжении двух последних десятилетий (*Gaub, Carlson, 1997; Nadeau, Littman, Quinn, 1999; Nadeau, Quinn, 2002*), показали, что у девочек оно в действительности распространено гораздо шире, чем казалось: в клинической популяции соотношение мальчиков и девочек с СДВГ находится в пределах от 9:1 до 6:1, при обследованиях в общей популяции – 3:1. Собственно, стереотип восприятия СДВГ как специфического расстройства мальчиков приводит к тому, что у девочек СДВГ часто не выявляется и соответственно им не оказывается надлежащая помощь, при том что последствия расстройства для них могут быть так же серьезны.

⁴ Синдром Жилля де ля Туретта – прогрессирующее заболевание, характеризующееся разнообразными варьирующими по своей продолжительности и течению моторными и вокальными тиками, а также нарушениями поведения. – Прим. ред.

В приведенной ниже таблице подытожены данные исследований относительно гендерных отличий при СДВГ (*Arcia, Conners*, 1998; *Gaub, Carlson*, 1997; *Biederman, Faraon, Mick et al.*, 1999).

Девочки

- Наблюдается больше вторичных осложнений по механизму интернализации – депрессия, социальная фобия, другие тревожные и соматоформные расстройства, проблемы с низкой самооценкой и т. п.
- Симптомы СДВГ проявляются менее экстернализованно и на первый план выходят симптомы невнимательности, проблемы с организацией деятельности, трудности в общении, проблемы с учебой. Трудности в социальных отношениях чаще приводят к социальной изоляции, преимущественно вербальной и косвенной агрессии в отличие от прямой физической агрессии у мальчиков.
- Чаще диагностируется подтип с доминирующей невнимательностью – соответственно чаще присутствуют сопутствующие расстройства школьных навыков и интеллектуальная недостаточность.

Мальчики

- Наблюдается больше вторичных осложнений по механизму экстернализации – агрессивное и антисоциальное поведение.
- Симптомы СДВГ экстернализованы – гиперактивность, импульсивность, проблемное поведение более заметно и, возможно, поэтому их родители чаще обращаются за помощью. Проблемы в социальных отношениях чаще решаются с помощью агрессивного поведения – соответственно родители обращаются за психиатрической помощью скорее потому, что больше обеспокоены агрессивным поведением, чем симптомами СДВГ.
- Чаще встречается комбинированный подтип, наблюдаются сопутствующие расстройства в форме агрессивного и антисоциального поведения.

Разумеется, это лишь статистические отличия, выявленные при сравнении больших групп детей. В действительности между девочками и мальчиками с СДВГ много общего. При этом у каждого ребенка независимо от пола свой индивидуальный вариант расстройства. Статистические гендерные различия не должны превратиться в еще один стереотип, который будет заслонять реальную индивидуальность каждого ребенка.

Проявления этого расстройства различны в разные возрастные периоды развития человека. Об этом подробнее говорится в следующем разделе.

Выводы

- СДВГ является полиморфным расстройством, которое имеет много проявлений.
- СДВГ характеризуется ситуативной вариабельностью, изменчивостью симптомов – и это обуславливает частые разногласия в восприятии проблем ребенка.
- В диагностической классификации DSM-IV выделяют три подтипа СДВГ, хотя до сих пор ведутся дискуссии о том, являются ли разные подтипы проявлением одного расстройства или скорее отдельными нозологическими единицами.
- С точки зрения клинической и прогностической ценности можно выделять разные по степени тяжести формы СДВГ: легкую, умеренную и выраженную.

- СДВГ часто приводит к развитию вторичных проблем – поведенческих, социальных, академических; однако наличие или отсутствие этих проблем обусловлено не только СДВГ, но и характером взаимодействия ребенка с социальным окружением, поддержкой, которую он получает, или, наоборот, ее отсутствием. Главные этиологические факторы СДВГ – биологические, а главные прогностические – социальные.

- СДВГ является расстройством с высоким индексом коморбидности, то есть наличия сопутствующих психиатрических расстройств. Об этом следует помнить в клинической практике, учитывая важность своевременного выявления и адекватной терапии коморбидных расстройств у детей с СДВГ.

- СДВГ у девочек часто бывает скрытым, проявляется несколько иначе, чем у мальчиков, однако не менее нуждается в соответствующем клиническом внимании и адекватной терапии.

Возрастная динамика СДВГ

Симптомы СДВГ различны в каждой возрастной группе, специфичны и вторичные последствия и проблемы, связанные с этим расстройством. В этой главе рассматривается возрастная динамика СДВГ, понимание которой очень важно для оказания соответствующей помощи лицам с СДВГ и их окружению.

Некоторые родители отмечают, что уже на стадии внутриутробного развития их ребенок был «гиперактивным» – много двигался, толкался и явно отличался от своих братьев или сестер. Иногда это бывает проявлением внутриутробной гипоксии, а иногда генетически заложенного темперамента.

На первом году жизни у некоторых (не у всех!) детей с СДВГ отмечаются признаки так называемого «тяжелого» темперамента. Эти дети много и интенсивно плачут, легко раздражаются, гипервозбудимы, плохо адаптируются к изменениям в режиме, у них часто доминирует плохое настроение, наблюдаются неурегулированные биологические ритмы сна, питания и высокий уровень активности. Признаки «тяжелого» темперамента, хотя и встречаются у детей с СДВГ чаще, наблюдаются и у детей без СДВГ. Тем не менее дети с «тяжелым» темпераментом представляют особую трудность для родителей, которые нуждаются в квалифицированной помощи, чтобы адаптироваться и найти правильный подход к ребенку. У части детей с СДВГ (тоже далеко не у всех) наблюдается ускоренное двигательное развитие, и родители отмечают, что ребенок «уже в 9 месяцев носился, как тайфун, по дому», «не пошел, а сразу побежал» и т. п.

Возрастной период **от одного года до шести** для многих родителей бывает наиболее трудным, поскольку типичные в это время для всех детей оппозиционность, негативизм, склонность к эмоциональным реакциям, умноженные на импульсивность и гиперактивность ребенка с СДВГ, создают настоящую «взрывную смесь».

Соответственно одна из главных задач родителей в это время – помощь ребенку в развитии самоконтроля, обучение социальным правилам поведения – особенно трудна, и без применения дополнительных, специфических для детей с СДВГ техник дисциплины родители могут ощущать себя несостоятельными в своей родительской роли.

Основные симптомы СДВГ у ребенка этого возраста – **двигательная гиперактивность, «неуправляемость» и склонность к сильным эмоциональным реакциям**. Двигательная гиперактивность обычно выражена более всего – именно от нее и от непослушания родители в этот период «сходят с ума». Дома, в транспорте, в общественных местах, на игровой площадке – ребенок неудержим в своей потребности двигаться, исследовать, искать новые впечатления и приключения. Родители, которым трудно «догнать» свое дитя, переживают стресс, поскольку ощущают напряжение, стараясь обезопасить ребенка, предотвратить несчастный случай или просто заставить его делать то, что нужно.

Именно в этот период **двигательная гиперактивность** часто не воспринимается родителями как «симптом», поскольку она типична для многих дошкольников (хотя и не в такой интенсивности, как при СДВГ). Это не создает значительных проблем, ведь взрослые обычно не ограничивают детей-дошкольников в возможности двигаться. Также скорее всего именно поэтому родители обычно не предъявляют жалоб и относительно нарушения внимания – ведь ребенок в этом возрасте достаточно редко оказывается в ситуации, где от него требовалась бы продолжительная концентрация и сосредоточенность. Однако при целевом опросе подобные проблемы обычно выявляются – например, отмечается, что ребенок очень мало интересуется книгами, быстро начинает скучать и отдает предпочтение более активным занятиям. Можно сказать, что симптомы СДВГ в этом возрасте являются гиперболизацией типичных для этого возраста характеристик поведения ребенка, а потому часто воспринимаются родителями как

нечто преходящее. Они просто ждут, что к школе поведение ребенка изменится, и к специалистам не обращаются.

Другой типичной проблемой этого возраста является *неуправляемое поведение* ребенка. Как уже упоминалось, основной задачей родителей ребенка в возрасте от года до 6 лет является обучение малыша социальным нормам поведения, выработка кооперабельности – то есть умения сотрудничать с другими, в частности выполнять указания, придерживаться правил, учитывать социальные последствия своих действий и т. д. Термин «кооперабельность» в большей степени отвечает демократическим принципам воспитания, чем более привычный термин «послушание». При авторитарном стиле воспитания послушание (покорность из страха наказания) может быть целью для родителей, но отнюдь не отвечает требованию полноценного психологического развития ребенка. Развивая кооперабельность и самоконтроль у ребенка, родители сталкиваются с нелегкой задачей – проявлять мудрость, дисциплинируя ребенка. По своему происхождению слово «дисциплина» (*лат.* – *disciplina*) означает учение. Вопреки многочисленным попыткам научить ребенка понятиям «нет», «нельзя», «надо» и т. п., родители терпят неудачу за неудачей. Нарастает разочарование в ребенке («злой характер»), в себе («мы – плохие родители»), в методах обучения («ничего не помогает»), друг в друге («это она так разбаловала ребенка»), в роли родителей («если бы знали, что это так тяжело, не заводили бы...»). Таким образом, снижается самооценка родителей, наступают эмоциональные срывы. В отдельных случаях как следствие нервного истощения, раздражения и неэффективности «демократических» методов появляются попытки контролировать ребенка с помощью физического наказания или эмоционального шантажа, запугивания типа «отдадим тебя в милицию, в интернат, если будешь таким непослушным». Разумеется, это вносит серьезные проблемы в детско-родительские отношения и отнюдь не способствует улучшению поведения. И тогда наступает фаза разочарования во всех методах дисциплинирования – и та же дисциплина становится либо крайне непоследовательной, либо вовсе отсутствует. Возможностей научиться самоконтролю и социально приемлемому поведению у ребенка становится еще меньше, а при негативных отношениях с родителями у него может вообще исчезнуть основной социальный мотив к развитию самоконтроля. Ребенок займет оппозиционную, враждебную позицию: «меня не любят, не уважают, вот и я никого не буду уважать и буду действовать всем наперекор». Именно в этот период закладываются предпосылки куда более серьезных социальных проблем, которые могут проявиться уже в старшем возрасте...

В возрасте от года до шести ребенок склонен к *сильным и частым эмоциональным реакциям* – каждая фрустрация, столкновение с «нельзя», каждый отказ родителей выполнить его желание может вызвать бурную эмоциональную реакцию. Неудивительно, что родители часто сдаются, ощущая интенсивное давление с его стороны. Справиться с подобными реакциями ребенка, эффективно взаимодействовать с ним вместо того, чтобы мгновенно сдаться и отступить перед его волей – нелегкая задача для родителей, и помощь специалистов им очень нужна.

Возникают трудности в отношениях с ровесниками, в частности агрессивность в случае противостояния, отказа поделиться игрушкой и т. д. Осознание последствий и контроль собственного поведения в его социальном контексте детям с СДВГ дается не сразу и нелегко...

Ввиду того, что СДВГ имеет разные степени тяжести, проблемное поведение детей этого возраста с легкой формой СДВГ может не создавать значительных проблем, и тогда родители не осознают наличие расстройства у ребенка и не ощущают потребности в помощи. Некоторым родителям удастся самостоятельно найти эффективные способы влияния на поведение ребенка, и они не испытывают значительных трудностей. Иногда с проблемами сталкиваются воспитатели дошкольных учреждений – случается, что именно воспитатели мотивируют родителей обратиться за профессиональной помощью. Психологи и воспитатели дошкольных учреждений имеют оптимальную возможность для раннего выявления СДВГ и эффективной

помощи семье и ребенку, поэтому очень важна их осведомленность относительно современных подходов к оказанию такой помощи. При более тяжелой форме СДВГ выраженность симптомов и значительные трудности в воспитании ребенка заставляют родителей уже с раннего возраста искать профессиональной помощи, что позволяет – и это очень важно – своевременно и эффективно вмешаться в проблему, прежде чем появятся вторичные осложнения и дополнительные расстройства. К сожалению, иногда бывает и так, что родители сталкиваются с некомпетентными попытками помощи или же вообще с отрицанием существования трудностей, и это подрывает их доверие к специалистам и осложняет возможность продуктивного сотрудничества в будущем.

Следующий возрастной этап – **6—11 лет** – основной в плане выявления СДВГ, ведь именно в это время ребенок идет в школу и сталкивается с большим количеством требований, и именно здесь, на фоне одноклассников, трудности и особенности ребенка с СДВГ не заметить сложно. Симптоматику этого возраста описывают все учебники и диагностические классификации, именно в этот период ярко проявляется диагностическая триада **гиперактивность – нарушение внимания – импульсивность**. Следствием наличия у школьника СДВГ становится проблемное поведение на уроках и в школе в целом, проблемы со школьной успеваемостью, а также в отношениях с одноклассниками и учителями. Родители испытывают стресс, связанный с замечаниями и вызовами в школу по поводу поведения и успеваемости, а также с необходимостью помощи ребенку при выполнении домашних заданий, отнимающей время и энергию. Осознание неудач собственного ребенка, его социальных трудностей (одиночество, отсутствие друзей, отчуждение и насмешки); того, что он не усваивает учебную программу – «хотя может», нарастание проблем в отношениях между ребенком и родителями обычно мобилизует родителей на поиск профессиональной помощи. Учителя младшей школы могут сыграть положительную роль в мотивировании родителей. От их личной, педагогической позиции и профессиональной компетенции в значительной мере зависит судьба ребенка. Именно школа по значению будет следующим после семьи фактором в определении прогноза будущего ребенка.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.