

19 мая 2013 года

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ СДВГ – «СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ»



Алла Виленовна Даниленко – кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии БрГУ имени А.С. Пушкина.

E-mail: alicjazkc@yandex.ru

– Здравствуйте, уважаемая Алла Виленовна, спасибо за любезное согласие дать интервью для читателей Психологического журнала университета «Дубна».

– Здравствуйте.

– Что скрывается за аббревиатурой СДВГ и как Вы пришли к этой проблеме?

– СДВГ часто определяется терминами «гиперкинетическое нарушение», «гиперкинетическое расстройство», «гиперкинетический синдром» и т.д., но точная расшифровка звучит как «синдром дефицита внимания и гиперактивности». Нарушение, о котором идет речь, под разными названиями известно более 150 лет. Во всем мире общепринятой является англоязычная аббревиатура ADHD (*Attention Deficit / Hyperactivity Disorder*), которая была предложена классификацией Американской психиатрической ассоциации (DSM – IV), а также Международной классификацией болезней МКБ-10 (ICD – 10), предложенной Всемирной организацией здравоохранения.

Заниматься проблемой СДВГ я начала около 15 лет назад, когда столкнулась с ней лично. Активно меня вовлекли в нее коллеги из соседней Польши. В то время в Польше эта проблема была достаточно известна, широко освещалась в СМИ, изучалась теоретиками и практиками. В польских вузах внедрялась практика специализации психологов,

специальных педагогов, педагогов ресоциализации, социальных работников для работы с детьми, имеющими СДВГ, родителями и учителями этих детей. Так, например, в Университете Адама Мицкевича в Познани, факультетом образовательных курсов и кафедрой ресоциализации за каждым ребенком закреплялся студент или группа студентов, которые сопровождали ребенка и помогали родителям и учителям наладить правильное взаимодействие.

В то время у нас в Беларуси мало кто знал, что это за проблема – ни учителя в школах, ни врачи в детских поликлиниках не могли грамотно и профессионально помочь ребенку. Педиатры при осмотре не обращали внимания на отклонения в мышечном тоне, невропатологи назначали успокоительные препараты (что противопоказано при данном синдроме), а воспитатели и учителя постоянно жаловались на отклонения в поведении детей, тем самым только усугубляя их проблему. Естественно, не знали как себя вести с такими детьми и родители.

На территории бывшего СССР проблема стала активно разрабатываться и набирать популярность в конце XX века.

Хотелось бы отметить, что в Польше проблема определяется устойчивым словосочетанием, переводимым как «комплекс двигательно-психической сверхвозбудимости и дефицита внимания». На мой взгляд, данная формулировка более точно отражает особенности упомянутой проблемы. Сверхвозбудимость может быть не только двигательной, как подразумевается формулировкой «гиперкинетическое нарушение», но также, познавательной и эмоциональной. Не совсем удачным видится и определение «синдром дефицита внимания с гиперактивностью», поскольку не всегда дефицит внимания является доминирующим, первостепенным проявлением синдрома.

– Кто и почему подвержен этой проблеме?

– Согласно большинству исследователей, СДВГ встречается во всем мире и во всех культурах. Частота ее проявления у детей младшего школьного возраста составляет 3-10%, а по некоторым данным даже 24%. По опубликованным данным, в США гиперактивных детей – 4-20%, Великобритании – 1-3%, Италии – 3-10%, в Китае – 1-13%, Австралии – 7-10%, России – 4-18%. Самое большое число проявлений синдрома отмечается у детей в возрастном диапазоне 6-8 лет. Согласно мировым данным, только 1/5

общего числа гиперактивных детей попадает под внимание специалистов. Рост числа выявленных случаев детей с диагнозом СДВГ многие авторы связывают с ростом осознания данной проблемы. Так, принятие в США Устава, накладывающего на школы обязанность диагностировать это нарушение и оказывать помощь детям, у которых оно выявлено, привело к тому, что с 1990 по 1993 годы число зарегистрированных случаев увеличилось трехкратно.

Гиперактивность является стабильной чертой ребенка, которая, тем не менее, может меняться с возрастом, может выражаться в различной степени в зависимости от ситуации. Польские авторы отмечают, что проявления синдрома гиперактивности продолжают сохраняться у 70% подростков и около 40% взрослых людей. По данным других исследователей эта проблема выявляется у 2% популяции взрослых. Кроме того, распознать гиперкинетическое нарушение у взрослого человека гораздо сложнее, чем у ребенка.

В зависимости от принятой дефиниции СДВГ, возраста исследуемых и других факторов, соотношение мальчиков к девочкам с данным синдромом во всем мире составляет от 2,5:1 до 10:1. В США это соотношение составляет 4:1. Такая разница в показателях, по мнению некоторых авторов, вытекает из факта недооценки проблемы среди девочек, в связи с тем, что у них чаще выступает подтип с преобладанием нарушений концентрации внимания. В то время, как у мальчиков главной проблемой обычно является двигательная сверхвозбудимость, которая привлекает к себе внимание неадекватностью поведения, на что обращают внимание родители, воспитатели и учителя, девочки с такими проявлениями могут спокойно усидеть на месте и не вертеться постоянно под ногами. По той же причине, большее число мальчиков, чем девочек, попадает под внимание специалистов. В исследованиях, проведенных в Германии, отмечается, что учителя указывают меньшее число девочек, у которых может выступать проблема чрезмерной подвижности, чем их реально выявляется с помощью специальных диагностических опросников.

– Как проявляется «синдром дефицита внимания и гиперактивности»?

– Для данного нарушения характерны три группы проявлений:

- нарушения внимания или невозможность его концентрации;

- чрезмерная импульсивность;
- чрезмерная подвижность.

Эти черты определяют постоянные образцы поведения, которые могут в большей или меньшей степени осложнять жизнь ребенку или окружению.

Классификацией DSM – IV выделяются подтипы ADHD: тип с преобладанием нарушений концентрации внимания, тип с преобладанием чрезмерной двигательной активности и импульсивности (которые сочетаются друг с другом) и смешанный тип.

– Каково происхождение этого синдрома, что способствует его формированию?

– Этиопатогенез синдрома гиперактивности является сложным и не до конца выясненным. Существует множество теорий объясняющих формирование синдрома на неврологической, нейрофизиологической, нейробихевиоральной, иммунологической, и воспалительной основе. Некоторые авторы считают, что нарушение может носить врожденный и приобретенный характер.

В 50 – 60-е гг. XX века существовала популярная точка зрения, согласно которой, причиной гиперактивности являются перинатальные микропоражения центральной нервной системы (ЦНС). Однако было доказано, что у многих детей с синдромом не обнаруживается микропоражений ЦНС, в то время как у множества здоровых такие поражения присутствуют. Это может являться причиной только для тех детей с синдромом гиперактивности, у которых микропоражения затрагивают отделы мозга, отвечающие за сферу внимания и контроля над импульсивностью (например, лобную долю). Поскольку внимание и контроль поведения нуждаются во взаимодействии многих участков мозга, проявления сверхвозбудимости могут сопутствовать каждому поражению мозга (пренатальному, в результате несчастного случая или вследствие воспаления).

Похожая судьба была и у теории, которая утверждала, что комплекс двигательно-психической сверхвозбудимости является следствием продолжительного отравления свинцом. Исследователи Университета в Питтсбурге обнаружили существенную статистическую корреляцию между детьми, отравленными свинцом (с большим содержанием свинца в костях), и теми, которые совершили разные преступления. Отравление свинцом приводит к серьезным нарушениям в работе головного мозга. Проводились исследования, которые ставили целью выявление такой зависимости у детей

с диагнозом СДВГ. Однако в многочисленных исследованиях было доказано, что это характерно только для небольшой группы детей.

В 60-е гг. доктор Б. Фейнгольд (Benjamin Feingold) утверждал, что причиной нарушения может быть наличие в употребляемых детьми продуктах красителей, консервантов или натуральных салицилатов. В 1973 г. он выдвинул гипотезу о связи гиперактивности с пищевой аллергией. Речь здесь шла главным образом об искусственных пищевых добавках – красителях и консервантах. Он разработал специальную диету, из которой исключил красители и такие консервирующие субстанции, как салицилаты и их растительные аналоги – натуральные салицилаты, содержащиеся в клубнике, ананасах, помидорах или липовом чае. Вначале доктор Фейнгольд заявил, что его диета помогает половине сверхвозбудимых детей. Но этот энтузиазм оказался преждевременным. В США была создана специальная комиссия, которая должна была оценить, как искусственные добавки к пище влияют на сверхвозбудимость. Ни одной группе исследователей данные результаты подтвердить не удалось. Контрольные исследования, в которых ни родители, ни дети не знали, что содержат продукты питания, которые получал ребенок, показали, что улучшение наблюдалось только у 10% гиперактивных детей, соблюдающих диету Фейнгольда. А некоторые исследователи вообще не выявили существенной зависимости.

В лечении гиперактивности, как и в медицине вообще, в последние годы начинают обращать все более пристальное внимание на особенности питания. Утверждение, что здоровым питанием можно вылечить всякие болезни, приобретает все большую популярность. Но до сих пор однозначно не доказано, что какая-либо диета может ликвидировать проявления гиперактивности у большой группы детей.

Существующие способы диетического лечения гиперактивности можно разделить на две группы:

1. *диеты обогащенные* (т.е. те, к которым добавляются витамины, цинк, зелень, мед, масло из семян *Oenothera* и т.п.);
2. *диеты исключаящие* (те, из которых следует исключить сахар, красители, консерванты, антиокислительные субстанции).

Среди обогащенных диет особое внимание уделяется включению в рацион сверхвозбудимых детей диеты, богатой витаминами, особенно группы В и

микроэлементами типа цинка и магния. Ее основанием является предположение о том, что если дети, у которых отмечается недостаток витаминов и магния бывают беспокойными и возбудимыми, то введение их в рацион позволит снизить данные проявления. Однако до сих пор не существует солидных исследований на большом количестве детей, которые подтвердили бы результативность введения витаминно-минеральных добавок в рацион, с целью лечения сверхвозбудимости детей не являющейся результатом их истощенности.

Исключающие диеты стали популярны с середины 70-х. К их числу относят вышеупомянутую диету Фейнгольда. Согласно другой теории, причиной гиперактивности является употребление ребенком сахара. В специальной литературе описываются случаи, когда исключение сахара из рациона питания детей и замена его медом принесло известные результаты. Однако более поздние исследования, проведенные на больших группах детей, не подтвердили этих данных. Дети, употребляющие мед вместо сахара, оставались такими же чрезмерно подвижными, импульсивными и невнимательными, как и прежде. Существуют также исследования, в которых «здоровой» и «гиперактивной» группам детей через два часа после завтрака с повышенным содержанием белков или углеводов давали большое количество сахара или плацебо (С.К. Connors et Al., 1986). Прием сахара после «углеводного завтрака» приводил к ухудшению показателей внимания по данным психологического тестирования. Употребление сахара после «белкового» завтрака не сопровождалось такими изменениями. Невнимательность и сонливость, развивающиеся после приема исключительно углеводов, обуславливаются увеличением синтеза серотонина в мозге.

Несомненно, что составляющие питания не являются основной причиной гиперактивности, однако у детей с пищевой аллергией значительно чаще, чем у здоровых, отмечаются чрезмерная подвижность, тревожность, импульсивность. Как отмечают польские исследователи, у 1/3 детей, страдающих астмой, наблюдается проявление гиперактивности, однако редко проявляются нарушения внимания, характерные для СДВГ. Следует также принять во внимание то, что у определенной части гиперактивных детей склонных к аллергиям, проявления могут усиливаться под действием аллергенов, находящихся в продуктах питания. Выделено около 50 продуктов питания, непереносимость которых может проявляться в изменении поведения. Если удастся

установить аллерген, то у нескольких процентов гиперактивных детей соблюдение диеты приносит результат. Если диета не влияет на поведение – нет смысла ее продолжать.

Многие годы основной причиной гиперкинетического синдрома считалась неблагоприятная домашняя обстановка или ошибки родителей в воспитании детей. Однако результаты новейших исследований и обнаружение биологических механизмов, отвечающих за возникновение СДВГ, поставили под сомнение и эту теорию. Можно утверждать только то, что сложная домашняя ситуация, отсутствие согласованности и постоянства в требованиях к ребенку, а также значительная импульсивность самих родителей, могут усиливать проявления, свойственные синдрому гиперактивности и дефицита внимания.

Оригинальный взгляд, который вызывает интерес, но не разделяется большинством исследователей, выдвинули немецкие ученые: они усматривают причины гиперактивности, прежде всего, в цивилизационных изменениях, в утрате традиций, в неоднозначности требований к детям, в недостатке глубокой чувственной связи между ребенком и матерью вследствие различных причин, что провоцирует появление у ребенка чувства глубокого беспокойства и тревоги. Авторы утверждают также, что гиперактивность только в небольшом количестве случаев является болезнью (вследствие аллергий или мозговых дисфункций). «Чаще всего здесь мы имеем дело с реакцией на стресс, который появляется как раз на тех этапах развития ребенка, когда он является особенно восприимчивым и это мешает ему самостоятельно властвовать своими чувствами». Спровоцированная внутренним беспокойством, жизненная энергия, преобразуется и проявляется в лихорадочном, сверхактивном и очень изменчивом поведении. Лихорадочность, в свою очередь, воздействует на внутреннее беспокойство и усиливает его. Таким образом, стресс постоянно накапливается и порочный круг замыкается. В таком понимании гиперактивность является нарушением психосоматическим. По мнению авторов, причину внутреннего беспокойства нельзя приписывать детям или искать ее в родителях. Причиной является дух времени, жертвами которого являются наши дети, причем эти проблемы типичны именно для богатых обществ с высоким темпом жизни и уровнем конкуренции. Общим симптомом всех цивилизационных болезней является беспокойство. Авторы отмечают, что мальчики

являются более податливыми мозговым дисфункциям, чем девочки, поэтому у них чаще, чем у девочек, выступает не только гиперактивность, но и другие нарушения развития.

Результаты исследований этих ученых свидетельствуют, что беспокойство проявляется от рождения у 20% обследованных ими детей. У 6,4% детей повышенная активность отмечается в первые месяцы жизни. Остальные дети до 9 месяцев являлись спокойными, а беспокойство проявилось в промежутке от 9 до 18 месяцев. У половины исследуемых детей эта особенность проявилась вместе с приобретением способности передвигаться, т.е. около 12 месяца жизни. У 32% беспокойство проявилось вместе со способностью ползать, а у 18% - в течение нескольких месяцев после совершения первого шага.

По мнению авторов, данное нарушение присуще только Европейскому культурному кругу и характерно исключительно для современного периода. В обществах менее индустриализированных, например, в странах Третьего Мира, ребенок большую часть времени проводит «сидя» на спине матери и поэтому в этих странах гиперактивность не выступает, равно, как и в тех, где существует традиция к сдерживанию двигательной активности (например, тугое пеленание).

В связи с тем, что среди гиперактивных детей многие появились на свет недоношенными, раньше времени или неестественным путем, они вынужденно отлучались от матери, которая задает ритм их двигательной активности и дает ощущение покоя. Мать еще до рождения ребенка создает для него особую среду: через частоту своих сердечных сокращений; ритма дыхания, сна и бодрствования; размерности движений; высоты, тембра и интонации голоса; запаха; тепла; прикосновения и давления стенок матки на тело ребенка. Когда ребенок вдруг лишается привычной и защищающей его от внешних воздействий материнской среды, охватывающее его беспокойство провоцирует появление хаотичной активности, которая скоро становится стереотипом поведения. Подобными последствиями чревата и разлука с матерью в период раннего онтогенеза, в связи с болезнью и госпитализацией ребенка.

Некоторые российские авторы (Заваденко Н.Н.) отмечают также, что к гиперактивности может привести отравление ребенка наркотом при кесаревом сечении и различные проблемы в родах.

Новейшие исследования показывают, что если у кого-либо из близких или дальних кровных родственников проявлялись признаки синдрома, то риск его проявления у очередного члена семьи в 5-7 раз выше, чем в семьях, в которых этой проблемы не существовало. Риск проявления СДВГ возрастает до 50%, если один из родителей имел, либо имеет гиперкинетическое нарушение. Эти факты свидетельствуют о том, что СДВГ является нарушением, передаваемым из поколения в поколение, т.е. обусловленным генетически. Эту гипотезу подтвердили и исследования, проведенные на близнецах. Исследователи из университета Колорадо показали, что частота проявлений синдрома у второго близнеца выше у гомозиготных (в 11-18 раз чаще), нежели у гетерозиготных пар.

В настоящее время считается, что гиперактивность скорее имеет полигенное (если можно так условно выразиться) происхождение, в том смысле, что она обусловлена не одним, а несколькими генами. Установлено, что гены влияют на активность процессов, происходящих в головном мозге. Во многих исследованиях, в которых оценивалось строение и работа мозга, оказалось, что у людей с данным синдромом могут иметь место специфические образцы переработки информации. Этот факт обуславливает и то, что гиперактивные дети не могут среди множества раздражителей выделить главный.

Клетки мозга не имеют непосредственных связей. Они сообщаются при помощи специальных химических связей – нейротрансмитеров или мозговых гормонов. В исследованиях конца XX века установлено, что у людей с СДВГ нарушено равновесие между двумя основными передатчиками – норадреналином и дофамином. Нарушение баланса дофамина рассматривается как основная черта гиперактивных людей. Его уровень отвечает за состояние готовности к отбору и переработке информации, и за способность нашего сознания к концентрации на одном избранном раздражителе. Именно уровень дофамина позволяет нам отделить несущественную информацию и удержать внимание на важной. При синдроме гиперактивности, чаще всего отмечают изменения в гене DAT1, контролирующем выработку дофамина в мозге.

Роль норадреналина в синдроме гиперактивности изучена слабее. Он позволяет быстро распознать раздражитель, который может являться угрозой, и мобилизует организм к действию, помогает сосредоточиться на всем новом и непривычном, т.е. отвечает за реакцию «борьбы или бегства». Недостаток норадреналина может провоцировать

недооценку угрозы, а его избыток приводит к тому, что организм пребывает в состоянии постоянного возбуждения.

Однако существует еще один медиатор – серотонин. Он отвечает за регуляцию нашего настроения – за удовлетворенность, соответствующий ритм сна, позитивное мышление, соблюдение сроков, а также за контроль над поведением. У импульсивных людей наблюдается недостаток серотонина. Хотелось бы отметить некоторое несоответствие в оценке роли серотонина, выявляющееся при анализе американской, европейской и российской научной литературы.

Несмотря на то, что физиологическое действие некоторых медиаторов изучено достаточно, остается неизвестным, каким образом они влияют на переработку мозгом информации, а, следовательно, как управляют нашим поведением. Установлено только то, что у людей с СДВГ нарушено их равновесие.

– Резюмируйте, пожалуйста, что же все-таки, по вашему мнению, превалирует в этиопатогенезе вышеназванного синдрома?

– Можно предположить, что в формировании данного синдрома большую роль играют биологические факторы. По данным исследований (Заваденко Н.Н., 2000) повреждения центральной нервной системы стали причиной в 84% случаев, генетические механизмы – в 57%, а в 41% случаев при этом, этиология и патогенез синдрома носили комплексный характер и определялись сочетанным влиянием этих двух факторов. Неврологические нарушения как первопричину возникновения синдрома гиперактивности также называют исследователи из Университета в Кембридже. Они считают, что в большинстве случаев причиной мозговой дисфункции в СДВГ является генетическая предрасположенность. По данным проведенных ими исследований, в 70% неврологических случаев причины кроются в биологической природе ребенка, а от 20 до 30% случаев провоцируются средовыми факторами. Я считаю, что, в этиологии данного нарушения все же лежит биологическая обусловленность, а социально-психологические факторы могут существенно влиять на проявления синдрома, усугубляя или смягчая их.

– Спасибо за интересное интервью!

– Спасибо и Вам. Поднятая нами тема многогранна и охватить все ее аспекты, как теоретические, так и практические в рамках одного интервью невозможно.

Интервью взяла Михайлова Наталья Геннадьевна