

УДК 159.952:616.89-008.47-053.2

КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

© 2010 г. Л. С. Чутко, С. Ю. Сурушкина, Т. И. Анисимова,
*К. А. Айтбеков

Институт мозга человека РАН имени Н. П. Бехтеревой, г. Санкт-Петербург

*Центр нейротерапии, г. Шымкент, Казахстан

Широкая распространенность синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и социальная дезадаптация, возникающая на его фоне, заставляют заниматься данной проблематикой как врачей (неврологов, психиатров, психотерапевтов), так и психологов. Клинические проявления СДВГ определяются тремя основными симптомами: невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью.

Клиническая картина заболевания характеризуется гетерогенностью симптоматики и онтогенетической дифференцированностью. Основные симптомы заболевания могут быть представлены неравномерно. З. Тржесоглава [1] приводит следующие цифры частоты встречаемости основных симптомов заболевания: гиперактивность отмечалась в 80 % случаев, эмоциональная лабильность в 70 %, повышенное беспокойство в 67 %, агрессивность в 44 %, повышенная импульсивность в 66,5 % случаев. J. T. Nigg [6] с соавторами свидетельствуют о равной степени выраженности нейропсихологических нарушений при различных типах заболевания. Исходя из этого выделяют различные классификации СДВГ, отражающие ряд особенностей клинической картины и определяющие различные типы заболевания.

Согласно DSM-IV выделяют СДВГ с преобладанием гиперактивности (СДВГ-ГИ), СДВГ с преобладанием невнимательности (СДВГ-Н) и комбинированный тип заболевания (СДВГ-К) Пациенты с СДВГ-Н характеризуются выраженными проявлениями невнимательности и незначительными проявлениями гиперактивности. Показатели импульсивности сохраняются при этом в пределах возрастной нормы. Дети с данным типом заболевания производят впечатление заторможенных, «спящих на ходу». Они медленнее своих сверстников воспринимают информацию, хуже запоминают. Такие дети производят впечатление сонливых, робких, застенчивых, апатичных. По мнению R. Barkley [2], такой тип отмечается у 30–50 % детей с СДВГ. Пациенты с этим типом СДВГ характеризуются выраженными проявлениями невнимательности и незначительными проявлениями гиперактивности. Показатели импульсивности сохраняются при этом в пределах возрастной нормы. По мнению R. Milich и соавторов [4], данное расстройство представляет собой совершенно другое, отличное от других типов, заболевание. В МКБ-10 оно классифицируется как дефицит внимания без гиперактивности (ADD (H) — F.98.8). По нашим наблюдениям, этот тип заболевания более характерен для девочек.

У детей, страдающих СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности (СДВГ-ГИ), в клинической картине доминируют симптомы нарушения контроля поведения. Для этих детей характерна высокая нецеленаправленная двигательная активность, необдуманность поступков, нетерпение, неумение вовремя остановиться, изменить модель поведения, трудности при выполнении монотонной кропотливой работы. В психологи-

Сообщение посвящено проблеме классификации синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. С учетом гетерогенности клинической симптоматики и наличия коморбидных расстройств предложено выделение формы заболевания (простая и осложненная) и вариантов клинической картины (идиопатический, резидуально-органический и неврозоподобный), так как более детальная клиническая типология позволяет выработать оптимальную терапевтическую тактику.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью.

ческом плане дети с СДВГ с преобладанием гиперактивности характеризуются вспыльчивостью, раздражительностью, высоким уровнем агрессивности, оппозиционности. В связи с этим у них чаще возникают проблемы в общении со сверстниками, учителями, т. е. трудности в социальной адаптации. Такие дети в условиях индивидуального обучения могут успешно справляться с программой, но в условиях массовой школы испытывают значительные трудности, причем неудовлетворительные оценки носят часто «дисциплинарный» характер.

Комбинированный тип (СДВГ-К) является наиболее распространенным. Пациенты, страдающие данным типом СДВГ, характеризуются примерно одинаковой степенью невнимательности и гиперактивности, при этом они отличаются несколько меньшей степенью импульсивности, чем дети с преобладанием гиперактивности и импульсивности.

Существовали также попытки разделить заболевание на когнитивный и поведенческий подтипы [5]. Если первый подтип, по мнению авторов, характеризовался низкой академической успеваемостью и дефицитом восприятия из-за невнимательности и гиперактивности (при невысоком уровне импульсивности), то второй подтип отличался антисоциальным поведением при нормальном уровне познавательных способностей.

Под нашим наблюдением находились 973 ребенка в возрасте от 5 до 14 лет, страдающих СДВГ. Диагностика клинических проявлений СДВГ и сопутствующих расстройств проводилась в соответствии с критериями МКБ-10 и классификации Американской психиатрической ассоциации DSM-IV. Согласно классификации DSM-IV из наблюдаемой нами группы детей с СДВГ были выделены пациенты со следующими типами заболевания:

- с преобладанием невнимательности (СДВГ-Н) — 152 человека (15,6 %);
- с преобладанием гиперактивности и импульсивности (СДВГ-ГИ) — 246 человек (25,3 %);
- комбинированный тип (СДВГ-К) — 575 человек (59,1 %).

С учетом наличия тех или иных коморбидных расстройств нами были выделены две функциональные формы СДВГ.

Простая форма характеризовалась следующими симптомами асинхронии развития: невнимательность, гиперактивность, дислексия, дисграфия, первичная форма энуреза.

Осложненная форма характеризовалась тем, что к симптомам асинхронии развития присоединялись «вторичные» симптомы, появляющиеся с возрастом: тики, головные боли, вторичная форма энуреза, энкопрез, заикание, расстройство социального поведения, фобические расстройства, парасомнии.

Оценка степени тяжести проводилась с помощью шкалы SNAP-IV, которая представляет собой опросник для родителей, состоящий из 43 вопросов, позволяющих в баллах оценить степень невнимательности, гиперактивности и импульсивности [6]. Кроме этого

использовался психофизиологический тест TOVA (The Test of Variables of Attention), основанный на предъявлении зрительных стимулов. TOVA — тест непрерывной деятельности, позволяющий оценить состояние внимания по отношению к нормативным данным, основан на предъявлении испытуемому значимых и незначимых стимулов в виде геометрических фигур [3].

При наличии симптомов, характерных как для простой, так и для осложненной формы заболевания, состояние пациента трактовалось как осложненная форма. В нашем исследовании простая форма встречается в 387 случаях (39,8 %), осложненная — в 586 (60,2 %).

С возрастом выявлялась тенденция к увеличению количества пациентов с осложненной формой заболевания. Преобладание пациентов с данной формой СДВГ было особенно выражено в старшем школьном возрасте. Возможно, с возрастом происходил переход из первой формы заболевания во вторую. Данный переход часто отмечался в 7-летнем возрасте. На наш взгляд, поступление ребенка в школу являлось одним из факторов, влияющих на переход из одной функциональной формы в другую. Дети с осложненной формой СДВГ отличались более высоким уровнем гиперактивности и импульсивности.

При анализе клинических проявлений различных типов СДВГ, степени выраженности основных симптомов и наличия тех или иных коморбидных расстройств нами были отмечены некоторые закономерности их сочетания. Систематизировав наши наблюдения, мы сочли целесообразным выделить несколько вариантов клинической картины СДВГ с учетом возможного патогенеза заболевания и различий в подходах к дальнейшему лечению.

1. Идиопатический вариант, характеризующийся умеренно выраженными проявлениями невнимательности и гиперактивности. В данном случае мы имеем дело с парциальным функциональным расстройством мозговых функций, а именно — нарушением работы системы тормозного контроля двигательной активности и психической деятельности. Такое расстройство, по нашему мнению, может быть генетически детерминировано, т. е. носить наследственный характер. Данный вариант заболевания, по нашим данным, регистрировался у 280 детей (28,8 %).

2. Резидуально-органический вариант, характеризующийся выраженными проявлениями как невнимательности, так и гиперактивности/импульсивности. Последние часто приобретают характер расторможенности. В анамнезе у таких детей можно встретить отставание в психомоторном развитии в течение первого года жизни, задержку речевого развития. Кроме этого можно отметить снижение памяти, относительно бедный словарный запас, слабую выраженность интеллектуальных интересов, запаздывание развития эмоционально-волевой сферы (инфантилизм). Течение заболевания в таких случаях носит относительно постоянный характер. При неврологическом осмотре у таких детей можно заметить нарушения мелкой моторики (диспраксия, элементы мозжечковой атаксии).

Частым сопутствующим расстройством при таком варианте являются энурез, неврозоподобные тики, расстройство обучаемости (дисграфия, дислексия). Клиническая картина данного варианта течения СДВГ свидетельствует о нарушении нормального развития сразу нескольких высших мозговых функций. Причиной расстройства в таких случаях, наиболее вероятно, может служить патология перинатального периода. Данный вариант регистрировался у 466 обследованных детей (47,9 %).

3. Неврозоподобный вариант характеризуется умеренно выраженными проявлениями невнимательности, гиперактивности и импульсивности с сопутствующими невротическими тиками, заиканием, тревожными расстройствами. В генезе развития клинической картины играют роль как наследственные и перинатальные патогенетические факторы, так и психотравмирующие обстоятельства. Данный вариант регистрировался у 227 детей (23,3 %).

Среди обследованных нами пациентов умеренная степень СДВГ отмечалась в 360 случаях (37,0 %), выраженная — в 613 случаях (63,0 %). Необходимо отметить, что степень социальной и школьной дезадаптации далеко не всегда коррелирует со степенью количественных показателей невнимательности, гиперактивности и импульсивности. Достаточно часто у ребенка с выраженной дезадаптацией отмечается умеренная степень СДВГ. В таких случаях основное внимание надо уделять психологическим корням данной ситуации.

Таким образом, на основе анализа клинических данных нами была разработана многоосевая классификация, учитывающая наличие различных типов, форм и вариантов клинического течения СДВГ, позволяющая найти оптимальный подход для подбора последующей терапии.

Типы СДВГ (по DSM-IV)

1. С преобладанием невнимательности
2. С преобладанием гиперактивности и импульсивности
3. Комбинированный (смешанный) тип

Формы СДВГ

1. Простая форма
2. Осложненная форма

Варианты

1. Идиопатический
2. Резидуально-органический
3. Неврозоподобный

Степень тяжести

1. Умеренная
2. Выраженная

Список литературы

1. *Тржегоглава З.* Легкая дисфункция мозга в детском возрасте / З. Тржегоглава. — М. : Медицина, 1986. — 194 с.
2. *Barkley R. A.* Taking charge of ADHD / R. A. Barkley. — N. Y. : Guilford press, 1995. — 480 p.
3. *Greenberg L. M.* Developmental normative data on the Test of Variables of Attention (T.O.V.A.) / L. M. Greenberg, I. D. Waldman // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* — 1993. — Vol. 34. — P. 1019–1030.
4. *Milich R.* ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders / R. Milich, A. C. Ballentine, D. Lynam // *Clin. Psychol. : Science and Practice*, 2001. — Vol. 8. — P. 463–488.
5. *Nigg J. T.* Neuropsychological executive functions and DSM-IV ADHD subtypes / J. T. Nigg, L. G. Blaskey, C. L. Huang-Pollock, M. D. Rappley // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* — 2002. — Vol. 41, N 1. — P. 59–66.
6. *Swanson J. M.* School-based assessments and interventions for ADD students / J. M. Swanson. — Irvine : K. C. Publishing, 1992. — 184 p.

CLINICAL TYPOLOGY OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

L. S. Chutko, S. Yu. Surushkina, T. I. Anisimova,
*K. A. Aitbekov

*Institute of Human Brain RAS named
after N. P. Bekhtereva, Saint-Petersburg
Center for Neurotherapy, Shymkent, Kazakhstan

The article is devoted to the problem of classification of the attention deficit hyperactivity disorder. Taking into account heterogeneity of clinical symptoms and presence of comorbid disorders, it has been proposed to separate the disease forms (simple and complicated) and variants of a clinical picture (idiopathic, residual-organic and neurosis-like), as more detailed clinical typology allows to develop the optimum therapeutic tactics.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder.

Контактная информация:

Чутко Леонид Семенович — доктор медицинских наук, зав. кафедрой психосоматики и психотерапии факультета клинической психологии СПбГМА, руководитель Центра поведенческой неврологии Института мозга человека РАН

Адрес: 197376, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9

E-mail: chutko5@rambler.ru

Статья поступила 02.09.2010 г.