

Пережогин Лев Олегович

**ОСОБЕННОСТИ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
И ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ
ДЕТЯМ С СОЦИАЛЬНОЙ И ШКОЛЬНОЙ
ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ
ПРИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОМ
РАССТРОЙСТВЕ ПОВЕДЕНИЯ**

Москва - 2015

ГИПЕРАКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОЛОЖЕНИЕ В КЛАССИФИКАЦИИ

ICD – X cl. F (V)

**(ДЕЙСТВУЕТ ВО ВСЕХ СТРАНАХ, ВХОДЯЩИХ В СОСТАВ ВОЗ, КАК
МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ. В РОССИИ И В РЯДЕ
РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАН ЗАМЕНЯЕТ НАЦИОНАЛЬНУЮ
КЛАССИФИКАЦИЮ)**

F 90.0 Нарушение активности и внимания

F 90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения

**(соблюдаются критерии F 90.0 и общие критерии расстройств
поведения F 91.x)**

**Прямое соотнесение с неврологической патологией не
допускается, поскольку подразумевается прежде всего
расстройство поведения. Неврологические расстройства
кодируются как коморбидные**

СДВГ – ADHD

ПОЛОЖЕНИЕ В КЛАССИФИКАЦИИ

DSM-IV-TR

(ДЕЙСТВУЕТ В США И В БОЛЬШИНСТВЕ АНГЛОЯЗЫЧНЫХ СТРАН)

Рубрика 314 – ADHD. Категория – самостоятельная нозологическая форма.

Вариант с преобладанием дефицита внимания

Вариант с преобладанием гиперактивного поведения

Смешанный вариант

Допускается «перекодирование» исходного неврологического диагноза, например, минимальной мозговой дисфункции (МБД) или легкой церебральной дисфункции (ЛБД), или минимального повреждения мозга (МВА) в психиатрический диагноз при совпадении критериев.

КРИТЕРИИ СДВГ ПО DSM-IV-TR

А. Продолжительность течения патологического состояния не менее 6 мес.

Б. Из перечисленных ниже признаков присутствуют не менее 8

- Тербит руками, ногами, корчится на месте
- Не может спокойно усидеть на одном месте
- Легко отвлекается на посторонние раздражители
- Не может спокойно дождаться своей очереди
- Отвечает невпопад, не дослушав вопроса
- Не может точно следовать пошаговой инструкции
- Не может долго удерживать внимание
- Переходит к другому делу, не закончив начатое
- Не может играть и работать в тишине
- Много и громко говорит
- Перебивает, не дает высказаться другим
- Не слушает, когда к нему обращаются
- Теряет вещи и рабочие принадлежности
- Не задумывается об опасных последствиях

Важное условие: у ребенка сохранен интеллект, он не обнаруживает негативизма и не стремится к острым ощущениям.

В. Начало патологического состояния до 7 лет

Уточняющий признак для полиции и судов США:
отсутствуют признаки расстройства поведения, в том числе : кражи, побег, поджоги, прогулы, сексуальное или иное насилие, жестокость к людям или животным и др.

КРИТЕРИИ СДВГ ПО ICD-X cl. F (V)

- Раннее начало, как правило, до 5 лет
- Заболевание сохраняется у подростков и взрослых, но симптомы частично редуцируются
- Типично сочетание с задержками моторного и психического развития
- Часто осложняется диссоциальным и несоциализированным расстройствами поведения
- Интеллект сохранен, но когнитивная продуктивность снижена
- Болеют преимущественно мальчики
- Во всех ситуациях отмечается выраженная невнимательность, слабomodулированное поведение и отсутствие упорства в решении задач
- Тенденция переходить от одного занятия к другому, бросив первое
- Безрассудны, импульсивны, имеют высокий риск травм и дисциплинарных взысканий
- Проступки носят характер необдуманных, а не намеренных действий

Все вышеперечисленные особенности носят устойчивый характер

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, КОНСТАТИРУЕМЫЕ ВОЗ

- В дошкольном возрасте очень трудно отличить гиперактивность от крайних вариантов нормы
- В подростковом возрасте очень трудно отличить от расстройств поведения
- Гиперактивность (ажитация) и невнимательность могут указывать на невротическую тревогу и/или депрессию
- Состояние, аналогичное нарушению активности и внимания часто встречается в качестве синдрома при реактивных состояниях, органической патологии ЦНС, шизофрении, расстройствах личности и носит, как правило, неспецифический характер

СИНДРОМАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ПРИНЯТАЯ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЛЕГКИЕ
ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА,
ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
ПЕРИНАТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА
(СОСТОЯНИЯ, БЛИЗКИЕ
АМЕРИКАНСКИМ
MBD, LBD, MBA)

**КОМПЕТЕНЦИЯ
НЕВРОПАТОЛОГА**

СИНДРОМ ПРИ
ОРГАНИЧЕСКОМ
ПОРАЖЕНИИ
ГОЛОВНОГО МОЗГА
СО СНИЖЕНИЕМ
ПАМЯТИ, КОЛЕБАНИЕМ
АФФЕКТА И СНИЖЕНИЕМ
КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ
(ВАЛЬТЕР-БЛОЕЛЬ)

СИНДРОМ ПРИ РАННЕМ
ДЕБЮТЕ ШИЗОФРЕНИИ
И РАССТРОЙСТВАХ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

СИНДРОМ ПРИ УМСТВЕННОЙ
ОТСТАЛОСТИ (ОЛИГОФРЕНИЯХ)

СИНДРОМ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ
ЛИЧНОСТИ (ПСИХОПАТИЯХ)
У ПОДРОСТКОВ

СИНДРОМ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ

**КОМПЕТЕНЦИЯ
ПСИХИАТРА**

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ СДВГ

СДВГ – полиэтиологическое состояние, формирующееся в результате взаимодействия генетических и средовых факторов.

Нейромедиаторная теория – вовлечены все нейромедиаторные системы – дофаминовая, серотониновая, норадреналиновая. Точная локализация поврежденных рецепторов не известна.

Генетическая теория – выявлено более 30 генов, наличие определенных аллелей которых способствует формированию СДВГ. Большинство локализованы в коротких плечах 5, 11 и 17 хромосом.

Патологические средовые воздействия – в основном на пренатальном этапе развития.

Дизонтогенетическая концепция (по Северцову, 1913) – СДВГ как сложная асинхрония развития в рамках индивидуально переменных микроэволюционных изменений

Конвергентная концепция.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СДВГ

Эпидемиологические данные – встречается с частотой 2%-12% в популяции.

Чем большую долю материала занимают в исследовании анкетные данные, тем выше процент выявляемых психических расстройств.

В России частота СДВГ составляет не более 28,1% (Платонова, 1996, анкетные данные) и не менее 7,6% (Заваденко, 1999, клиническое исследование).

Соотношение М:Ж = 3:1 у детей и 2:1 у подростков.

Выраженность расстройства снижается с возрастом, но не пропадает даже у взрослых.

Основу диагностики составляют осмотр врача-психиатра, патопсихологический эксперимент, анализ анамнестических сведений, опрос родителей и педагогов (может заменяться анкетированием при скрининговом исследовании).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СДВГ

Триада дефицита внимания с гиперактивностью: нарушение внимания, гиперактивность, импульсивность.

Для дефицита внимания характерно: игнорирование деталей, отвлекаемость, рассеянность, разбрасывание вещей, оставление дел не доведенными до конца, игнорирование инструкций, игнорирование советов и вообще обращенной к ним речи.

Для гиперактивности характерно: избыточная подвижность, неусидчивость, избегание тихих игр и предпочтение шумных, подвижных, игнорирование запретов

Для импульсивности характерно: неспособность дожидаться своей очереди, многословность, болтливость, торопливость, необдуманность поступков

Коморбидные расстройства: специфические расстройства речи и школьных навыков – 88% расстройства аутистического спектра – 80% расстройства поведения – 40% тревожные расстройства – 38% депрессии – 18% энурез и энкопрез неорганической природы – 14% тики – 11%

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ СДВГ

Лечение носит комплексный характер и осуществляется полипрофессиональной бригадой специалистов.

Фармакологическая терапия – патогенетическая* и паллиативная

Психотерапия – индивидуальная и групповая (врачебная помощь)

Коррекция учебного плана

Коррекционная работа (психолого-педагогическая помощь)

Работа с семьей

Использование дополнительных приемов и техник – диетотерапии, БОС-терапии

* В американской клинической практике, где СДВГ трактуется как самостоятельная нозологическая форма, существует единый стандарт лечения, базирующийся на применении амфетаминов

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СДВГ

Терапия СДВГ церебрально-органического генеза

Ноотропная терапия: сочетание двух-трех ноотропов разного механизма действия (кортексин, актовегин + танакан, инстенон, кавинтон) и антиоксидантов (мексидол) в средних и высоких дозах

Дегидратирующая терапия, бессолевая диета

Нормотимики (финлепсин, вальпроаты)

Метаболики (эль-карнитин), витамины группы В

Прием препаратов ведется циклами по 2-2,5 месяца, с перерывами на 2-2,5 недели под контролем ЭЭГ

Применение нейролептиков категорически противопоказано!

В качестве паллиативной терапии допустимо использование страттеры.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СДВГ

Терапия СДВГ при эндогенных психических расстройствах

Базисная терапия – нейролептики, в частности:

хлорпротиксен, тизерцин, тералиджен. Для купирования
микрокататонических расстройств – аминазин, сонапакс.

Нейролептики, преодолевающие когнитивные нарушения:

рисполепт, азалептин, этаперпзин, трифтазин

Ноотропная терапия – нейропротекторы: глиатилин,

семакс, церебролизин

Классические ноотропы со стимулирующим эффектом:

фенибут, пантогам, ноотропил

Прием препаратов постоянный, отмена нейролептиков – по
психическому состоянию.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СДВГ

Терапия СДВГ при умственной отсталости*

**Базисная терапия – малые нейрорептики:
сонапакс и ноотропы стимулирующего
действия – аминалон, энцефабол**

Паллиативная терапия – страттера

Антиоксиданты – мексидол

**Коррекция метаболических и гормональных
нарушений**

*** Если когнитивный дефицит не обусловлен
органической церебральной альтиерацией**

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СДВГ

Иные группы препаратов, дающие доказанный положительный результат при терапии СДВГ.

**Трициклические антидепрессанты: амитриптилин, имипрамин.
Применение ограничено побочными эффектами.**

**Адреномиметики: клофелин, эстулик. Рекомендованы при
выраженной агрессии. Применение ограничено
формированием зависимости и побочными эффектами.**

**Стимуляторы амфетаминового ряда*: риталлин, концерта.
Применение ограничено формированием наркотической
зависимости.**

**Аминокислоты и аминокислоты: тенотен, семакс. Применение
ограничено малой изученностью препаратов.**

*** Постановлениями Правительства РФ № 51 от 6 февраля 2004 г.
и № 648 от 17 ноября 2004 г. отнесены к наркотическим
веществам и запрещены к применению в России**

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ СДВГ

Психотерапия – осуществляет врач-психотерапевт.

- **Восстановление семейной адаптации**
- **Личностный рост, преодоление инфантильных установок**
- **Освоение навыков саморегуляции, релаксации**
- **Отработка навыков социального взаимодействия**
- **Развитие волевого контроля**

Коррекционная психолого-педагогическая работа.

- **Индивидуальный учебный план, дополнительные занятия**
- **Перестройка учебного плана в соответствии с толерантностью к нагрузке**
- **Специальные дидактические приемы**
- **Разъяснение родителям нюансов взаимодействия с ребенком**

Биологическая обратная связь.

- **Обучение ребенка навыкам саморегуляции под контролем ЭЭГ в ходе интерактивных игр и упражнений. Эффективность метода не доказана, ведутся исследования.**

ПРОГНОЗ ПРИ СДВГ

Прогноз при СДВГ всегда относительно благоприятный. СДВГ никогда не ведет к смерти или инвалидности, если к этому не ведет основное патологическое состояние, спровоцировавшее возникновение синдрома.

Критерий прогноза 1. Чем обусловлен синдром?

- **Неврозы, ранняя церебральная органическая патология – прогноз благоприятный**
- **Расстройства личности, расстройства адаптации – относительно благоприятный**
- **Эндогенная патология, умственная отсталость – неблагоприятный в силу тяжести основного патологического состояния**

Критерий прогноза 2. Насколько сохранно социальное функционирование, настолько благоприятен и прогноз

Критерий прогноза 3. Характер и системность терапии.

- **Раннее начало комплексной терапии, когда используются хотя бы 2-3 направления, одно из которых – фармакотерапия – прогноз благоприятный**
- **Чем позже начата комплексная терапия, тем хуже прогноз**
- **При несистемной терапии, приеме препаратов от случая к случаю – прогноз неблагоприятный**