

Расстройства нейropsychического развития — это группа расстройств с различными проявлениями, обладающие, однако, схожими чертами: они начинаются в раннем возрасте, задержки или отклонения развития значительным образом связаны с биологическим созреванием центральной нервной системы (ЦНС), более того, для группы этих расстройств характерно довольно стабильное течение, не имеющее ремиссий и рецидивов, свойственным другим психическим расстройствам. Также расстройства нейropsychического развития в большей степени характерны для представителей мужского пола, нежели чем женского. В этиологии этой группы расстройств, скорее всего, участвуют генетические факторы, поскольку история семьи в схожих или аналогичных заболеваниях очень похожа, то есть можно говорить о наследственной отягощенности подобными или родственными расстройствами. Современные исследования показывают, что генетическое влияние — комплексно и не является результатом ряда генетических аномалий, а, скорее, возникает как результат нормальных вариаций различных генов в ответ на условия окружающей среды. Было также выявлено, что помимо генов на расстройства нейropsychического развития оказывают влияние нейротоксины окружающей среды (например, воздействие свинца), медицинские состояния (например, недоношенность) и социальные факторы (например, жизнь в сиротском учреждении).

Превалирование данной группы расстройств составляет около 15 % в развитых странах. Превалирование в раннем возрасте может быть несколько ниже, потому что не все расстройства нейropsychического развития диагностируются в раннем возрасте (например, определенные расстройства обучения).

Различные расстройства нейropsychического развития так часто встречаются вместе, что некоторые исследователи полагают, что это различные проявления одного широкого расстройства. Тем не менее, на настоящий момент выделено довольно большое количество различных клинических проявлений, коррелятов и отклика на вмешательства, подтверждающих размышления о наличии нескольких различных расстройств.

На настоящий момент считается, что расстройства нейropsychического развития можно лечить, но крайне редко они полностью излечимы. Для детей младенческого и раннего возраста рекомендовано интенсивное вмешательство как можно раньше. Несмотря на то что данная группа расстройств связана с особенностями работы головного мозга, существует больше чем достаточно доказательств того, что многие дисфункции, присущие людям, страдающим данной группой расстройств, нивелируются при помощи психосоциальных вмешательств. Из-за комплексности расстройств нейropsychического развития очень важна совместная работа различных специалистов для проведения как оценки, так и вмешательства.

В данном разделе представлены два наиболее известных и наиболее изученных расстройства — расстройство аутистического спектра (РАС) и синдром гиперактивности и дефицита внимания (СДВГ). Кроме того, будут описаны два расстройства, при которых свойственные для РАС и СДВГ черты проявляются рано и не полностью (то есть они включают некоторые симптомы и вызывают нарушение функционирования). Раннее атипичное расстройство аутистического спектра включает некоторые признаки нарушений, свойственных для РАС, однако не охватывает полную картину симптомов. Аналогичным образом, расстройство гиперактивности в раннем возрасте проявляется у детей, которые имеют симптомы гиперактивности, но не обязательно соответствуют всем критериям, необходимым для постановки диагноза СДВГ. Эти расстройства были выявлены на основе лонгитюдных исследований детей младенческого и раннего возраста, находящихся в зоне повышенного риска, многие из которых впоследствии полностью соответствовали критериям диагноза РАС и СДВГ.

Также будут даны определения трем другим нарушениям развития: общему отставанию в развитии, задержке речевого развития и расстройству развития координации. Эти расстройства могут проявляться самостоятельно, но чаще они возникают совместно с другими расстройствами нейropsychического развития. Для детей с серьезными отставаниями развития необходимо делать корректировку на возраст и использовать возраст, соответствующий уровню развития ребенка при постановке диагноза из Оси I.

10.1 РАССТРОЙСТВО АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Введение

Расстройство аутистического спектра (РАС) — это расстройство нейropsychического развития, которое характеризуется тяжелыми нарушениями социального взаимодействия и коммуникации, а также наличием ограничительного или повторяющегося поведения. Точное и раннее выявление РАС крайне важно, особенно потому, что данное расстройство довольно распространено, влияет на финансовое благосостояние семьи ребенка, несет социальные издержки для общества, при этом доказана важность раннего вмешательства для ребенка с РАС.

Алгоритм постановки диагноза

Для постановки диагноза необходимо соответствие всем перечисленным критериям.

А. Должны присутствовать все три симптома в сфере социальной коммуникации:

1. Ограниченный или атипичный социально-эмоциональный отклик, устойчивый характер социального внимания или социальной взаимности, проявляющийся как минимум в одном из перечисленного:
 - а). Атипичное социальное обращение.
 - б). Сниженная или ограниченная способность включаться в социальные игры или деятельность, требующие двустороннего взаимодействия и очередности (например, игра в «ку-ку»).

- в). Сниженная или ограниченная способность инициировать совместное внимание, проявлять совместный интерес или эмоции, вместе с другими людьми искать и обсуждать информацию об интересных предметах вокруг.
- г). Редкие или ограниченные реакции на социальное взаимодействие.
- д). Крайне редкая, ограниченная или отсутствующая инициация социального взаимодействия.

2. Дефицит невербальных социально-коммуникативных поведенческих проявлений, о чем свидетельствует как минимум одно из перечисленного:

- а). Ограниченная интеграция невербального и вербального поведения или ее отсутствие.
- б). Атипичный зрительный контакт, ребенок отворачивается от других людей в социальных ситуациях.
- в). Сложности в понимании или применении невербальной коммуникации (например, жестов).
- г). Суженный спектр выражений лица, ограниченная невербальная коммуникация.

3. Сложности во взаимодействии со сверстниками, о чем свидетельствует как минимум одно из перечисленного:

- а). Сложности в адаптации собственного поведения, необходимого для приспособления к меняющимся социальным требованиям в разных социальных контекстах.
- б). Сложности с включением в спонтанную игру «понарошку» или в игру, требующую воображения.
- в). Ограниченный или отсутствующий интерес к сверстникам и к играм с другими маленькими детьми.

Б. Симптомы, перечисленные в пункте А, нельзя объяснить сенсорными нарушениями (например, нарушениями зрения, слуха или другими серьезными сенсорными нарушениями).

В. Должны проявляться два из нижеперечисленных четырех видов повторяющегося или ограничительного поведения:

1. Стереотипные или повторяющиеся лепет или речь, движения или использование предметов и игрушек.
2. Ребенок требователен к поддержанию привычного порядка, для него характерно чрезмерное сопротивление изменениям, требование одинаковости, проявление дистресса в ответ на изменения или переход к чему-то новому; ему присущи ритуалы, связанные с использованием стереотипных, необычных или своеобразных вербальных фраз или невербальных поведенческих проявлений.
3. Крайне ограниченные, специфичные или необычные интересы, которые проявляются в очень сильной или атипичной фиксации на предмете или интересующей теме.
4. Атипичный (чрезмерный или недостаточный) отклик на сенсорные стимулы или необычное взаимодействие с сенсорными аспектами окружающей среды (например, ребенок облизывает ковер).

Г. Симптомы расстройства или адаптация близкого взрослого в ответ на проявления симптомов значимо влияют на функционирование ребенка и его семьи в одном или нескольких аспектах из нижеперечисленных:

1. Вызывают дистресс у ребенка;
2. Нарушают отношения ребенка;
3. Ограничивают участие ребенка в соответствующих его возрасту повседневной или иной деятельности;
4. Ограничивают участие членов семьи в повседневной или иной деятельности;
5. Ограничивают возможности ребенка в освоении нового, получении знаний и навыков или в целом нарушают процесс развития.

Возраст на момент постановки диагноза: диагноз следует ставить с осторожностью детям младше 18 месяцев.

Длительность: критерии продолжительности проявления симптомов не установлены.

Следует уточнить:

1. Сопряжен ли с общим отставанием в развитии (ООР);
2. Сопряжен ли с задержками речевого развития (ЗРР);
3. Связан ли с известным генетическим нарушением или факторами среды;
4. Связан ли с сенсорными расстройствами.

Внимание: Детям младенческого и раннего возраста с регрессом неясной этиологии или резким увеличением ограничительного или повторяющегося поведения следует провести комплексное медицинское обследование. Дети младше 30 месяцев, имеющие выраженные проблемы в социальном развитии, но не имеющие симптомов, подходящих под критерии РАС, должны быть обследованы на предмет наличия раннего атипичного расстройства аутистического спектра.

Ключевые диагностические характеристики

Критерии симптомов, используемые для диагностики РАС у детей младенческого и раннего возраста, те же, что и для постановки диагноза у более старших детей, подростков и взрослых. Однако конкретные поведенческие проявления социально-коммуникативных симптомов отличаются, так как дети младенческого и раннего возраста в силу особенностей своего развития имеют более ограниченные навыки в сфере социальной коммуникации и межличностных отношений. Например, от маленьких детей не ожидают, что они будут спрашивать у своих сверстников или взрослых об их впечатлениях или смогут выразить свои собственные эмоции и переживания.

Сопутствующие характеристики, подтверждающие диагноз

Многие дети младенческого и раннего возраста, которым впоследствии ставят диагноз РАС, попадают в зону внимания практикующих специалистов, т. к. родители обращаются к ним из-за беспокойства относительно задержки развития речи и коммуникации у ребенка в раннем возрасте. Действительно, у многих детей с РАС в момент постановки диагноза есть существенные задержки в использовании и понимании речи. Также достаточно часто встречается общее отставание в развитии. Несколько дополнительных факторов риска увеличивают вероятность постановки диагноза РАС. В частности, наибольший риск у детей младенческого и раннего возраста, у кого в семье есть старший ребенок с диагнозом РАС, в таком случае риск составляет приблизительно 19 %; данный риск еще выше для мальчиков и для детей младенческого и раннего возраста, если в их семье несколько старших детей имеют диагноз РАС. Более того, есть данные, что у недоношенных детей больше риск развития РАС.

Особенности развития

Детям младенческого и раннего возраста с РАС свойственно большое разнообразие индивидуальных вариаций в их траекториях развития. В первый год жизни могут проявиться как особенности социальной коммуникации, так и повторяющееся и ограничительное поведение. Первые признаки диагноза могут возникнуть в возрасте от 12 до 36 месяцев. Отмечаются заметные вариации в возникновении спектра социальных и коммуникативных нарушений. У некоторых детей раннего возраста отмечается заметная утрата или регресс навыков социальной коммуникации и речи, тогда как у других начальная стадия проходит постепенно и может определяться отсутствием развития соответствующих возрасту социальных навыков или постепенным выпадением из социального взаимодействия. Большинство родителей высказывают беспокойство о развитии

ребенка в возрасте 18–24 месяцев. Однако детям младенческого и раннего возраста без задержек развития часто ставят диагноз в более старшем возрасте, в детском саду или позже, поскольку растут требования к социальному взаимодействию, которое ребенку трудно поддерживать. Это связано также с тем, что многие маленькие дети с РАС и общим отставанием в развитии, задержкой развития речи демонстрируют заметный прогресс в языковом и когнитивном развитии в течение всего периода раннего детства.

Распространенность

Ранее считалось, что РАС проявляется редко, однако сейчас оно является одним из самых частых нарушений нейropsychического развития, которое, по современным подсчетам, встречается у 1 из 68 детей в США. С учетом того, что мальчики приблизительно в четыре раза чаще страдают РАС, чем девочки, то можно говорить о том, что РАС встречается у 1 мальчика из 42 и у 1 девочки из 189.

Течение

Если диагноз РАС поставлен в возрасте до 3 лет, он является достаточно стабильным в течение времени, однако в случае постановки диагноза в возрасте старше 4 лет стабильность увеличивается.

Факторы риска и прогностические черты

Более высокий риск развития РАС связан с рядом факторов, среди которых: наличие старшего ребенка в семье с диагнозом РАС или другими семейными/генетическими рисками; мужской пол; наличие общего отставания в развитии, интеллектуальных нарушений или задержек развития речи; преждевременные роды или рождение с маленьким весом; пожилые

родители; отравление средовыми токсинами (например, внутриутробное отравление вальпроатом, близость к шоссе). Помимо этого, некоторые генетические заболевания, такие как синдром ломкой X-хромосомы и комплекс туберозного склероза, ассоциируются с повышенным риском РАС. В некоторых исследованиях было обнаружено, что дети с более высоким уровнем речевого и когнитивного функционирования и дети с довольно высокими навыками совместного внимания добиваются более высоких положительных результатов.

Диагностические аспекты, связанные с культуральными особенностями

В США были выявлены различия в состоянии здоровья в зависимости от возраста на момент постановки диагноза и уровня выраженности диагноза. Детям младенческого и раннего возраста с РАС, которые воспитываются в бедности, у родителей, чьим родным языком не является английский, или которые воспитываются в семьях, где родители относят себя к расовым/этническим меньшинствам, обычно ставят диагноз в более позднем возрасте или же ставят неточный диагноз, например, только нарушения интеллекта. Так как существуют культуральные вариации в социальной коммуникации и выражении эмоций, симптомы, наблюдающиеся у ребенка младенческого и раннего возраста, следует оценивать в контексте культуральных норм, принятых в его семье или сообществе.

Диагностические аспекты, связанные с гендерными особенностями

Несмотря на то что распространенность РАС увеличилась очень сильно, соотношение между распространенностью среди мальчиков и девочек остается стабильной, у мальчиков РАС диагностируется приблизительно в 3–4 раза чаще.

Дифференциальный диагноз

Дети младенческого и раннего возраста с синдромом Ретта могут иметь симптомы РАС в раннем детстве. Когда степень интеллектуальных нарушений или общего отставания в развитии (ООР) сильно выражена, может быть сложно отделить РАС от ООР. Важно оценивать имеющиеся симптомы в сфере социальной коммуникации в контексте психического возраста ребенка, особенно при оценке недостаточной развитости социальных навыков. Дети младенческого и раннего возраста с реактивным расстройством привязанности могут демонстрировать нарушения навыков социального взаимодействия и признаки ООР, но одновременно с этим у них должно отсутствовать специфическое поведение привязанности (предпочтение близкого взрослого), задержка речевого развития (ЗРР), сопоставимая с задержкой когнитивного развития, а также не должно быть повторяющегося или ограничительного поведения, за исключением моторных стереотипий.

Коморбидность

Очень часто у детей младенческого и раннего возраста с РАС также присутствует ООР и ЗРР. Поэтому важна формализованная оценка уровня развития, чтобы описать функционирование маленького ребенка; при этом следует помнить, что уровень как языкового, так и когнитивного развития менее стабилен в раннем детстве. Детям младенческого и раннего возраста с РАС часто свойственны неровные профили когнитивного развития. Более того, нередко отмечается, что у детей раннего возраста с РАС лучше проявляются навыки экспрессивной, чем рецептивной речи (например, произнесение функциональных заученных словосочетаний из двух слов и навыки счета, и при этом ограниченное понимание обращенной речи). Отставания в области социальной коммуникации влияют на повседневное адаптивное функционирование; несоответствие когнитивного и адаптивного функционирования встречается достаточно часто. Помимо повторяющихся движений крупной

моторики (например, хождение на цыпочках, принятие определенных поз, взмахи руками), у детей младенческого и раннего возраста с РАС могут проявляться задержки или нарушения моторного развития, такие как неуклюжесть или нестандартная походка. Некоторым детям с РАС может быть свойственна значительная гиперактивность или невнимательность как к социальным, так и к несоциальным стимулам. В таких случаях имеет смысл рассмотреть диагноз синдром дефицита внимания и гиперактивности. Дети с РАС более старшего возраста имеют повышенный уровень тревожности и депрессии. Дополнительно к этому, дети младенческого и раннего возраста с РАС часто имеют поведенческие сложности, включая проблемы со сном и питанием, негативные эмоциональные проявления и самоповреждающее поведение.

Аналоги диагноза в DSM-5 и МКБ-10

DSM-5: Расстройство аутистического спектра

МКБ-10: Детский аутизм (F84.0)

10.2 РАННЕЕ АТИПИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Введение

Раннее атипичное расстройство аутистического спектра (РАРАС) характеризуется тяжелыми нарушениями в социально-коммуникативной сфере и наличием симптомов ограничительного и повторяющегося поведения у детей младенческого и раннего возраста в возрасте между 9 и 36 месяцами, которые пока не попадают под критерии постановки диагноза расстройства аутистического спектра (РАС). Диагностический порог для постановки диагноза РАРАС требует наличия двух из трех симптомов в сфере социальной коммуникации и одного из четырех симптомов ограничительного или повторяющегося поведения.

Включение диагноза РАРАС в DC:0-5 обусловлено пониманием прогрессирования симптомов РАС на основе информации, полученной из исследований с участием младенцев, имеющих старших братьев или сестер с РАС. Схожие выводы, полученные разными исследователями, указывают на широкий спектр факторов риска возникновения полного набора критериев для постановки диагноза РАС. При этом отмечается разброс возраста ребенка на момент появления относительно стабильного диагноза РАС (между 12 и 36 месяцами), также наблюдается систематический медленный регресс в пределах признаков риска, что впоследствии может привести к соответствию полным критериям DSM-5 для постановки диагноза РАС. Диагноз РАРАС охватывает детей младенческого и раннего возраста с серьезной, постоянной и ограничивающей жизнедеятельность симптоматикой, которая является предпороговой для РАС.

Диагноз РАРАС ставится только детям младенческого и раннего возраста в возрасте от 9 до 36 месяцев, которые имеют нарушения в связи со своей симптоматикой, но не обладают достаточным количеством симптомов, чтобы полностью подпадать под диагностические критерии DSM-5 для РАС. Постановка этого диагноза не предполагается у детей младенческого и раннего возраста, чье поведение можно объяснить речевыми, интеллектуальными нарушениями или иной психопатологией. Считается, что дети младенческого и раннего возраста с РАРАС имеют высокий риск развития РАС и должны наблюдаться на предмет появления новых симптомов.

Алгоритм постановки диагноза

Ребенок должен соответствовать диагнозу как минимум по двум критериям в сфере социальной коммуникации и одному критерию повторяющегося или ограничительного поведения, также должен проявляться критерий нарушения жизнедеятельности.

А. Должны проявляться два из трех симптомов в сфере социально-коммуникативного развития:

1. Ограниченный или атипичный социально-эмоциональный отклик, характер социального внимания или социального взаимодействия, проявляющегося как минимум в одном из перечисленного:
 - а) Атипичное социальное обращение.
 - б) Сниженная или ограниченная способность включаться во взаимные социальные игры или деятельность, требующую очередности (например, игра в «ку-ку»).
 - в) Сниженная или ограниченная способность инициировать совместное внимание, совместный интерес, или эмоции, или искать информацию об интересных объектах в окружении.
 - г) Редкие или ограниченные ответы на социальное взаимодействие или редкое, ограниченное или отсутствующее инициирование социальных взаимодействий.

д) Редкое, ограниченное или отсутствующее инициирование социальных взаимодействий.

я. Дефицит невербального социально-коммуникативного поведения, о чем свидетельствует хотя бы одно из перечисленного:

- а) Отсутствие или ограниченная интеграция невербальных и вербальных поведенческих проявлений.
- б) Атипичный зрительный контакт, ребенок отворачивается от других людей в социальных контекстах.
- в) Сложности с пониманием или использованием невербальной коммуникации (например, жестов).
- г) Суженный спектр выражений лица и ограниченная невербальная коммуникация.

з. Сложности при взаимодействии со сверстниками, о чем свидетельствует хотя бы одно из перечисленного:

- а) Сложности при адаптации собственного поведения, необходимого для приспособления к меняющимся социальным требованиям в разных социальных контекстах.
- б) Сложности с включением в спонтанную игру «понарошку» или в игру, требующую воображения.
- в) Ограниченный или отсутствующий интерес по отношению к сверстникам и к играм с другими детьми младенческого и раннего возраста.

Б. Симптомы, перечисленные в пункте А, нельзя объяснить сенсорными нарушениями (например, нарушениями зрения, слуха или другими серьезными сенсорными нарушениями). Ребенок младенческого или раннего возраста не соответствует критериям для постановки диагноза РАС.

В. Должно проявляться одно из нижеперечисленных четырех видов повторяющегося или ограничительного поведения:

1. Стереотипные или повторяющиеся лепет, или речь, движения или использование предметов и игрушек.

2. Ребенок требователен к поддержанию привычного порядка, для него характерно чрезмерное сопротивление изменениям; требование одинаковости, проявление дистресса в ответ на изменения или переход к чему-то новому; ритуалы, связанные с использованием стереотипных, необычных, своеобразных вербальных фраз или невербальных поведенческих проявлений.

3. Крайне ограниченные, специфические или необычные интересы, которые проявляются в очень сильной или атипичной фиксации на предмете или интересующей теме.

4. Атипичный (чрезмерный или недостаточный) отклик на сенсорный стимул или необычное взаимодействие с сенсорными аспектами окружающей среды (например, ребенок облизывает ковер).

Г. Симптомы расстройства или адаптация близкого взрослого в ответ на проявления симптомов значимо влияют на функционирование ребенка и его семьи в одном или нескольких аспектах из нижеперечисленных:

1. Вызывают дистресс у ребенка;
2. Нарушают отношения ребенка;
3. Ограничивают участие ребенка в соответствующей его возрасту повседневной или иной деятельности;
4. Ограничивают участие членов семьи в повседневной или иной деятельности;
5. Ограничивают возможности ребенка в освоении нового, получении знаний и навыков или в целом нарушают процесс развития.

Возраст на момент постановки диагноза: диагноз РАС можно поставить только в возрасте от 9 до 36 месяцев. Детей, чьи симптомы соответствуют диагнозу РАС, следует оценить на наличие диагноза социального прагматического коммуникативного нарушения по DSM-5.

Длительность: критерии продолжительности представленности симптомов отсутствуют.

Следует уточнить:

1. Сопряжен ли с ООР;
2. Сопряжен ли с ЗРР;
3. Связан ли с известным генетическим нарушением или факторами среды;
4. Связан ли с сенсорными расстройствами.

Внимание: Детям младенческого и раннего возраста с регрессом неясной этиологии, резким увеличением ограничительного или повторяющегося поведения следует провести комплексное медицинское обследование.

Ключевые диагностические характеристики

Критерии симптомов, которые применяются для постановки диагноза РАРАС у детей младенческого и раннего возраста, такие же, как и те, что используются для постановки диагноза РАС у более старших детей, подростков и взрослых. Однако особые поведенческие проявления симптомов в сфере социальной коммуникации отличаются, т. к. маленьким детям свойственны более ограниченные навыки социальной коммуникации и межличностных отношений. Например, от детей младенческого и раннего возраста не ожидают, что они будут спрашивать у своих сверстников или взрослых об их впечатлениях или смогут выразить свои собственные эмоции и переживания.

Сопутствующие характеристики, подтверждающие диагноз

Так же как с РАС, многие маленькие дети, которым поставлен диагноз РАРАС, могут попасть во внимание практикующих

специалистов из-за того, что их родители обеспокоены тем, что ребенок имеет задержку речевого и коммуникативного развития. Полагая, что некоторые дети с диагнозом РАРАС демонстрируют ранние симптомы РАС как часть прогрессирования диагноза и учитывая, что у многих детей младенческого и раннего возраста с РАС в момент постановки диагноза имеются как серьезные задержки экспрессивной и рецептивной речи, так и общее отставание в развитии, важно оценить сферу экспрессивной, рецептивной речи и когнитивное функционирование такого ребенка.

Особенности развития

Хотя нет доступных данных по РАРАС, но на основании информации о том, как прогрессирует РАС, можно сказать, что, вероятно в траекториях развития детей младенческого и раннего возраста, у которых возникает РАРАС, будут индивидуальные вариации. В первый год жизни могут появиться сложности в социальной коммуникации и повторяющееся или ограничительное поведение. Возраст начала проявлений различается, хотя некоторые симптомы могут появляться в первый год жизни. Можно отметить разнообразие проявлений в сфере спектра социальных и коммуникативных нарушений. У некоторых детей раннего возраста наблюдаются заметная утрата или регресс социальной коммуникации и речи, тогда как у других начальная стадия проходит постепенно и может определяться отсутствием развития соответствующих возрасту социальных навыков или постепенным выпадением из социального взаимодействия. Дети младенческого и раннего возраста, соответствующие критериям РАРАС, должны находиться под контролем для выявления дополнительных симптомов, т. к. они находятся в зоне высокого риска развития РАС.

Распространенность

Распространенность РАРАС неизвестна, но считается, что распространенность РАС увеличилась в последнее время.

Течение

Течение РАРАС неизвестно. Младенцы в возрасте 12 месяцев, у которых проявляются множественные симптомы нарушений в сфере социальной коммуникации, а также симптомы ограничительного/повторяющегося поведения, находятся в зоне высокого риска развития РАС, но течение РАРАС еще не описано.

Факторы риска и прогностические черты

С большой долей вероятности те же факторы риска, которые ассоциируются с РАС, ассоциируются и с развитием РАРАС, а именно: наличие старшего ребенка в семье с РАС или другого семейного/генетического риска; мужской пол; наличие общего отставания в развитии, интеллектуальных нарушений или задержки речевого развития; преждевременные роды или низкий вес при рождении; пожилые родители; отравление средовыми токсинами (например, внутриутробное отравление вальпроатом, близость к шоссе). Существуют доказательства, что дети младенческого и раннего возраста, которые имеют все симптомы РАС до 2 лет, и те, у кого симптомы РАС развиваются к 2 годам или чуть позже, к возрасту 3 лет не имеют значимых различий в тяжести симптомов. Также появляется все больше данных, что работа с детьми младенческого и раннего возраста с симптомами РАС, вне зависимости от того, полностью ли они соответствуют критериям РАС или нет, может минимизировать отставания в сфере социальной коммуникации.

Диагностические аспекты, связанные с культуральными особенностями

Существуют культуральные вариации в социально-коммуникативном поведении и выражении эмоций. Следовательно, симптомы у ребенка младенческого и раннего возраста должны оцениваться в контексте культуральных особенностей, которые присутствуют в его семье и сообществе.

Диагностические аспекты, связанные с полом

Сведения о различиях развития РАРАС в связи с полом отсутствуют. Однако, есть данные, полученные на основании результатов опросников и наблюдения по чек-листам для РАС, проведенные в более раннем возрасте, чем обычно дети получают диагноз РАС (то есть, до 12 месяцев). Согласно этим данным, у мальчиков выше риск развития РАРАС.

Дифференциальный диагноз

Дети младенческого и раннего возраста с синдромом Ретта могут иметь симптомы РАС в раннем детстве. Когда степень интеллектуальных нарушений или ООР сильно выражена, может быть сложно отделить РАС и РАРАС от ООР. Важно оценивать имеющиеся симптомы в сфере социальной коммуникации в контексте психического возраста ребенка раннего возраста, особенно при оценке недостаточной развитости социальных навыков. Дети младенческого и раннего возраста с реактивным расстройством привязанности могут демонстрировать нарушения навыков социального взаимодействия и признаки ООР, но одновременно с этим у них должно отсутствовать специфическое поведение привязанности (предпочтение близкого взрослого), задержка речевого развития, сопоставимая с задержкой когнитивного развития, а также не должно быть повторяющегося или ограничительного поведения, за исключением моторных стереотипий.

Коморбидность

Данные по коморбидности диагнозов с РАРАС отсутствуют. Однако симптомы РАС более ярко выражены у детей с ООР и ЗРР. Чтобы дать характеристику функционирования ребенка, необходимо провести формальную оценку уровня развития, учитывая, что полученные оценки в сферах языкового и когнитивного развития менее стабильны в раннем детстве.

Аналоги диагноза в DSM-5 и МКБ-10

DSM-5: Другие уточненные нарушения неврологического развития

МКБ-10: Первазивные нарушения неврологического развития, неуточненные (F84.9)

10.3 СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Введение

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) — это расстройство, характеризующееся несоответствующими уровню развития ребенка невнимательностью или гиперактивностью и импульсивностью, которые препятствуют нормальному функционированию ребенка и его семьи. Несмотря на то что маленьким детям свойственен более высокий уровень невнимательности, гиперактивности и импульсивности по сравнению со старшими детьми, некоторые дети демонстрируют крайнюю степень проявления этих особенностей даже в самом раннем возрасте, что может указывать на наличие у таких детей определенных трудностей в данных областях.

В раннем возрасте симптомы СДВГ входят в список наиболее частых причин обращения к специалистам в области психического здоровья. Учитывая возможные дифференциальные диагнозы, включающие как особенности типичного развития, так и множество других психических расстройств, необходима точная постановка диагноза. Не следует ставить диагноз СДВГ детям, у которых симптомы проявляются только в определенной ситуации или при взаимодействии с определенным человеком, а также детям с меньшим количеством симптомов, чем необходимо. И наоборот, детям, соответствующим критериям, необходимо диагностировать расстройство, чтобы обеспечить им доступ к необходимой помощи и лечению, а также установить эффективную коммуникацию между специалистами, оказывающими эту помощь.

Алгоритм постановки диагноза

Для постановки диагноза необходимо соответствие всем нижеперечисленным критериям.

А. Наличие не менее шести симптомов из блока проблем с вниманием или не менее шести симптомов из блока гиперактивности-импульсивности.

1. Блок проблем с вниманием

- а). Обычно ребенку не хватает аккуратности, он невнимателен к деталям в играх, повседневных делах или структурированной деятельности (например, совершает нетипичные для своего возраста ошибки и попадает в неприятные ситуации).
- б). Обычно ребенок с трудом сохраняет концентрацию на занятиях или игре.
- в). Часто не в состоянии воспринимать вербальные обращения/просьбы, особенно если при этом увлечен интересной деятельностью (например, близкому взрослому приходится звать ребенка по имени несколько раз, чтобы он обратил внимание).
- г). Часто сбивается, когда пытается следовать пошаговым инструкциям, и не доводит дело до конца.
- д). Часто испытывает сложности при выполнении последовательных действий, соответствующих возрасту (например, одевание, следование обычным повседневным действиям в детском саду или дома).
- е). Чаще всего избегает или протестует против деятельности, требующей длительного внимания (например, чтение книги с родителями или собирание паззла).
- ж). Забывает предметы, которыми пользуется постоянно (например, любимую мягкую игрушку, обувь или школьный портфель).
- з). Регулярно отвлекается на звуки или зрительные стимулы (например, звуки из другой комнаты, объекты или события за окном).
- и). Часто как будто забывает, что нужно делать в повторяющихся повседневных делах или занятиях.

2. Блок гиперактивности-импульсивности

- а). Часто ерзает, извивается или вертится, когда требуется сохранять спокойствие хотя бы небольшой промежуток времени.
- б). Обычно встает с места во время занятий, на которых предполагается сидеть (например, время в кругу, прием пищи, церковная служба).
- в). Часто залезает на мебель или другие неподходящие для этого предметы.
- г). Обычно складывается ощущение, что он создает больше шума, чем другие маленькие дети, и не способен играть тихо.
- д). Часто демонстрирует чрезмерную двигательную активность и неконтролируемый выплеск энергии (как будто «движимый моторчиком»).
- е). Обычно очень много говорит.
- ж). Часто возникают трудности с поддержанием очередности в диалоге, прерывает других во время разговора (например, говорит одновременно с другими людьми).
- з). Часто с трудом соблюдает свою очередь во время каких-либо занятий или в ожидании удовлетворения личных потребностей.
- и). Зачастую навязчив в игре или других занятиях (например, отнимает игрушки у других детей или вытесняет их из занятий, вмешивается в начатую игру).

Б. Симптомы, включенные в критерий А, должны быть чрезмерными относительно норм развития и культуральных норм.

В. Необходимо убедиться, что симптомы присутствуют по крайней мере в двух сферах в жизни ребенка (например, в разной обстановке [дома и вне дома] или в контексте разных отношений [близкий взрослый, учитель/воспитатель, врач]).

Г. Симптомы расстройства или адаптация близкого взрослого в ответ на проявления симптомов значимо влияют на

функционирование ребенка и его семьи в одном или нескольких аспектах из нижеперечисленных:

1. Вызывают дистресс у ребенка;
2. Нарушают отношения ребенка;
3. Ограничивают участие ребенка в соответствующих его возрасту повседневной или иной деятельности;
4. Ограничивают участие членов семьи в повседневной или иной деятельности;
5. Ограничивают возможности ребенка в освоении нового, получении знаний и навыков или в целом нарушают процесс развития.

Возраст на момент постановки диагноза: не менее 36 месяцев.

Длительность: симптомы должны проявляться на протяжении не менее 6 месяцев.

Ключевые диагностические характеристики

Выраженная гиперактивность и импульсивность в сочетании с невнимательностью являются ключевыми характеристиками данного расстройства. Эти поведенческие паттерны носят более всеобъемлющий характер, более экстремальное проявление, чем свойственно сверстникам, и наблюдаются по крайней мере в двух разных сферах жизни ребенка. Обязательной характеристикой диагноза СДВГ считается нарушение функционирования. Последствия СДВГ для функционирования обычно включают напряженные отношения ребенка с родителями, сверстниками и учителями. Среди других последствий описаны физические травмы, рискованное поведение, нарушение правил поведения в группе, трудности в общении со сверстниками.

Сопутствующие характеристики, подтверждающие диагноз

Дети с СДВГ в дошкольном возрасте находятся в группе более высокого риска возникновения задержек развития, в том числе, умеренных нарушений в интеллектуальной сфере, нарушений общего развития, недостаточного уровня академических навыков, свойственных большинству дошкольников, проблем координации движений и социального взаимодействия. Дошкольники с диагнозом СДВГ также часто имеют недостаточный уровень развития исполнительных функций. Они могут нуждаться в обучении в специальных образовательных условиях (или соответствуют критериям получения такого обучения) в большей степени, чем типично развивающиеся дети.

Нередко детей с этим диагнозом отстраняют от занятий и даже исключают из образовательного учреждения, что может приводить к возникновению финансовых трудностей у родителей и психологических проблем у ребенка. Кроме того, одна из наиболее распространенных проблем при СДВГ это трудности обучения и школьная успеваемость.

Не у всех детей с СДВГ в семейном анамнезе встречаются проблемы с вниманием или гиперактивность-импульсивность. Тем не менее, наличие СДВГ у родственников является важной сопутствующей характеристикой у детей, соответствующих критериям для постановки диагноза СДВГ.

Особенности развития

Гиперактивность и импульсивность, возникая в раннем детстве, остаются стабильными в течении долгого времени. У дошкольников чаще, чем у школьников, встречаются симптомы из блока гиперактивности-импульсивности, причем около четверти детей дошкольного возраста соответствуют критериям данного паттерна, по сравнению с единичными случаями среди 12-летних детей. Однако, стабильность этих диагнозов по группе симптомов (например, невнимательность или гиперактивность-импульсивность) ограничена, и с возрастом преобладающие

симптомы у детей могут меняться. У детей младше 24 месяцев следует рассматривать также синдром гиперактивности и импульсивности в раннем возрасте.

Распространенность

Результаты большинства исследований свидетельствуют о том, что среди детей 2–6 лет коэффициент распространенности достигает 2 % — 6 %, хотя для отдельных выборок коэффициент составил от 0,4 % до 8,8 %.

Течение

Прогностическая валидность того, что наличие симптомов гиперактивности и импульсивности в 18 месяцев предсказывает постановку диагноза СДВГ в 36 месяцев, довольно невысокая, хотя статистически значима. Симптоматические блоки гиперактивности, импульсивности и невнимательности непостоянны во времени. В то же время, СДВГ у маленьких детей относительно устойчиво сохраняется в течение времени. Стабильность проявлений СДВГ повышается с возрастом детей. Таким образом, стабильность симптомов у детей дошкольного возраста будет выше, чем у детей раннего возраста, но ниже, чем у школьников. У детей раннего возраста с СДВГ выше риск возникновения проблем обучения и успеваемости в школьном периоде. Наличие симптомов СДВГ у маленьких детей предсказывает возникновение депрессии в юношеский период и расстройств поведения в более старшем возрасте.

Факторы риска и прогностические черты

Была обнаружена связь между генетическими и средовыми факторами (включая насилие и пренебрежение потребностями ребенка) с повышенным риском возникновения СДВГ в раннем возрасте. Например, у детей, воспитывающихся

в неблагоприятном социально-эмоциональном окружении (например, в детских сиротских учреждениях), риск развития СДВГ примерно в четыре раза выше по сравнению с детьми дошкольного возраста без неблагоприятного опыта, воспитывающимися в семьях. Определенные паттерны родительского поведения, такие как навязчивость / вмешательство в дела ребенка, в большей степени связаны с симптомами невнимательности и гиперактивности у детей. Наследуемость гиперактивности у детей раннего возраста составляет около 70 %, аналогично детям более старшего возраста. Исследования генов, связанных с СДВГ, проводились по большей части на детях старшего возраста. Основное внимание было направлено на изучение генов, участвующих в дофаминэргических и иных катехоламиновых процессах и метаболизме. Наиболее вероятно, что, как и большинство других расстройств, СДВГ у детей развивается в условиях комплексного взаимодействия генетических и средовых факторов. Отдельные синдромы расстройств нейropsychического развития, такие как синдром ломкой X-хромосомы и расстройства аутистического спектра (РАС) связаны с высоким риском возникновения СДВГ.

Также существуют ненаследственные пре- и постнатальные факторы, связанные с признаками СДВГ у дошкольников. Употребление матерью в пренатальный период психоактивных веществ, включая алкоголь, связывают с появлением симптомов СДВГ у детей в дошкольном возрасте. Данные о связи между СДВГ в дошкольном возрасте и курением матери в пренатальный период неоднородны, но многие исследования указывают на наличие такой связи. Перинатальные факторы, включая низкий вес при рождении и преждевременные роды, также предсказывают возникновение гиперактивности и импульсивности в раннем возрасте. Постнатальное воздействие свинца и перенесенные в постнатальный период заболевания центральной нервной системы, такие как эпилептиформные приступы, могут быть связаны с более выраженными проявлениями СДВГ. Семейные факторы, включая юный возраст родителей, депрессию у одного из родителей, изолированность семьи, также повышают риск возникновения СДВГ в дошкольном возрасте.

Диагностические аспекты, связанные с культуральными особенностями

Частота встречаемости симптомов СДВГ в раннем возрасте в разных культурах не различается. Небольшие различия уровня распространенности диагноза — то есть, в индивидуальных критериях и нарушениях — предполагают, что культуральные представления о поведении, соответствующем определенному уровню развития, могут влиять на понимание сущности функционального нарушения, которое необходимо для постановки диагноза.

Диагностические аспекты, связанные с полом

Некоторые исследования на детях раннего возраста свидетельствуют о том, что у мальчиков СДВГ встречается чаще, чем у девочек, хотя эта разница меньше, чем у детей более старшего возраста.

Дифференциальный диагноз

В случае со всеми маленькими детьми, клиническому специалисту необходимо проводить дифференциальную диагностику, отделяя от вариантов нормативного развития, расстройств отношений, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) или иных расстройств Оси I, прежде чем поставить диагноз СДВГ. Варианты нормативного развития могут включать сильную выраженность симптомов, но в целом не приводят к существенным нарушениям. При этом не является функциональным нарушением, если ребенок не соответствует неверным представлениям о развитии у его близких взрослых, например, требование от маленького ребенка сидеть одному за партой и делать школьные задания в течение длительного периода времени. Расстройства отношений могут быть представлены симптомами, специфичными для конкретных отношений, или искаженным восприятием поведения ребенка.

ПТСР может вызывать симптомы перевозбуждения и дистресса, которые выглядят как дезорганизованное поведение, но симптомы ПТСР обязательно проявляются при столкновении с возможным травматическим событием или при напоминании о нем. Расстройства сна, которые вызывают депривацию сна и даже апноэ, могут сопровождаться паттернами поведения, схожими с СДВГ. Многие другие расстройства — включая иные тревожные и аффективные расстройства — могут вызывать дисрегуляцию поведения, но для СДВГ нехарактерно наличие постоянного аффективного или тревожного паттерна. Отравление свинцом может рассматриваться в качестве этиологического фактора появления признаков СДВГ у маленьких детей. Малые/кратковременные эпилептические припадки (абсансы) могут проявляться в виде симптомов, напоминающих симптомы невнимательности, но их можно различить, поскольку дети с абсансами не реагируют на вербальные сигналы во время кратковременных эпилептических приступов.

Коморбидность

СДВГ часто сопровождается другими психическими расстройствами, при этом подавляющее большинство детей дошкольного возраста с СДВГ соответствуют диагностическим критериям других расстройств. Источники литературы описывают различные специфические паттерны коморбидности, но СДВГ может встречаться вместе с оппозиционно-вызывающим расстройством, интернализированными расстройствами (в частности, сепарационным тревожным расстройством и большим депрессивным расстройством), или с группой расстройств — оппозиционно-вызывающим расстройством, большим депрессивным расстройством и генерализованным тревожным расстройством.

Аналоги диагноза в DSM-5 и МКБ-10

DSM-5: Синдром дефицита внимания и гиперактивности
МКБ-10: Гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1).

10.4 СИНДРОМ ГИПЕРАКТИВНОСТИ И ИМПУЛЬСИВНОСТИ В МЛАДЕНЧЕСКОМ И РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

Введение

Синдром гиперактивности и импульсивности в раннем возрасте (СГИРВ) — это синдром, представленный преобладающими, постоянными, ярко выраженными и не соответствующими уровню развития проявлениями гиперактивности и импульсивности у маленьких детей. Несмотря на то что в целом у типично развивающихся детей младенческого и раннего возраста более высокий уровень двигательной активности и менее развитый самоконтроль, чем у детей старшего возраста, небольшая часть маленьких детей отличается еще более выраженным уровнем активности, который оказывается устойчивым и предсказывающим высокую степень активности на протяжении школьного возраста. Гиперактивность сама по себе не является клиническим синдромом. Маленькие дети с клиническим синдромом СГИРВ проявляют высокий уровень активности, что приводит к ограничению их жизнедеятельности, например, невозможности заниматься некоторыми видами деятельности, проблемам в отношениях с окружающими, трудностям в поддержании безопасного поведения. Валидность данного расстройства была подтверждена в первую очередь исследованиями, в которых проводился анализ процесса и динамики активности, а не определением групп и категорий, хотя последние подчеркивают важность раннего выявления того небольшого процента детей, которые имеют выраженные симптомы и функциональные нарушения.

Алгоритм постановки диагноза

Должны присутствовать все описанные ниже критерии.

А. У ребенка наблюдается не менее шести из следующих симптомов, которые при этом чрезмерно выражены относительно возрастных и культурных норм:

1. Регулярно ерзает и вертится, когда требуется побыть спокойным хотя бы небольшой период времени.
2. Обычно встает или пытается встать с места во время занятий, которые предполагают сидение (например, время в кругу, прием пищи, поездка в автокресле).
3. Часто залезает на мебель или другие неподходящие для этого предметы.
4. Обычно складывается ощущение, что он создает больше шума, чем другие маленькие дети, и не способен играть тихо.
5. Часто демонстрирует чрезмерную двигательную активность и неконтролируемый выплеск энергии (как будто «движимый моторчиком»).
6. Обычно очень много говорит.
7. Часто возникают трудности с поддержанием очередности в диалоге или постоянно прерывает других во время разговора.
8. Часто с трудом соблюдает свою очередь во время каких-либо занятий или в ожидании удовлетворения личных потребностей.
9. Зачастую навязчив в игре, взаимодействии или другой деятельности (например, отнимает игрушки у других детей или вытесняет их из занятий, вмешивается в начатую игру).

Б. Проявления поведения, соответствующие перечисленным ниже критериям, должны быть чрезмерно выражены

по сравнению с возрастными и принятыми в культуре нормами.

В. Необходимо убедиться, что симптомы присутствуют по крайней мере в двух сферах в жизни ребенка (например, в разной физической обстановке [дома и вне дома] или в контексте разных отношений [близкий взрослый, учитель/воспитатель, врач]).

Г. Симптомы расстройства или адаптация близкого взрослого в ответ на проявления симптомов значимо влияют на функционирование ребенка и его семьи в одном или нескольких аспектах из нижеперечисленных:

1. Вызывают дистресс у ребенка;
2. Нарушают отношения ребенка;
3. Ограничивают участие ребенка в соответствующих его возрасту повседневной или иной деятельности;
4. Ограничивают участие членов семьи в повседневной или иной деятельности;
5. Ограничивают возможности ребенка в освоении нового, получении знаний и навыков или в целом нарушают процесс развития.

Возраст на момент постановки диагноза: ребенок должен быть старше 24 месяцев и младше 36 месяцев.

Длительность: симптомы должны проявляться на протяжении не менее 6 месяцев.

Ключевые диагностические характеристики

Расстройство определяется на основании выявления у ребенка гиперактивности и импульсивности одновременно с нарушением функционирования. Данные характеристики поведения

имеют четко описанную траекторию нейропсихического развития и могут впервые проявиться в раннем возрасте. Раннее выявление особенно важно для маленьких детей, поскольку в их случае семейно-центрированное вмешательство может эффективно снижать проявления симптомов и положительно влиять на траекторию их дальнейшего развития.

Возрастные границы для данного расстройства намеренно обозначены достаточно узкими, при этом за нижнюю границу принят возраст 24 месяца, поскольку это самый ранний возраст, в котором данные симптомы изучались в виде категориального диагноза, а верхней границе соответствует возраст 36 месяцев, после которого симптомы должны рассматриваться в рамках диагноза СДВГ.

Уровень активности является одним из наиболее легко поддающихся наблюдению поведенческих проявлений из диапазона внутренних переживаний ребенка, и для этого не требуется и не описывается определенной этиологии. Как и со всеми иными расстройствами, тщательная оценка, дающая возможность сформулировать дальнейший план вмешательства, позволит разместить этот клинический конструкт в индивидуальный контекст жизни маленького ребенка. Например, важной характеристикой развития ребенка младенческого и раннего возраста является его потребность обращаться к близкому взрослому за ощущением безопасности и помощью в развитии поведенческих навыков саморегуляции. Диагноз СГИРВ не ставится на основании оценки роли родителей в данном процессе, например, если один из родителей воспринимает ребенка как более активного, чем типично развивающиеся дети, в условиях недостаточного структурирования или контроля со стороны родителей, но данные представления не подтверждаются в ходе полного обследования, включающего наблюдение и сбор информации из дополнительных источников.

Диагноз не должен рассматриваться в отношении детей с эпизодическими, реактивными или специфическими для отдельных ситуаций изменениями уровня активности. В данном случае следует провести широкую дифференциальную диагностику, кроме того, вероятно наличие коморбидного расстройства.

Сопутствующие характеристики, подтверждающие диагноз

Среди детей с признаками СГИРВ встречаются те, кто пережил травмы, такие как рваные раны, требующие наложения швов, или травмы головы вследствие падений, связанных с импульсивностью и гиперактивностью. Близкие взрослые могут жаловаться на то, что трудно найти взрослых — нянь, родственников или детские учреждения — которые были бы готовы присмотреть за ребенком. Недавно полученные данные свидетельствуют о том, что гиперактивность в раннем возрасте сопровождается короткой длительностью сна, что часто встречается во врачебной практике, хотя причины данного явления до конца не установлены. Кроме того, у детей с гиперактивностью часто наблюдаются проявления физической агрессии.

Особенности развития

Данные, описывающие траекторию развития гиперактивности и импульсивности у детей, показывают, что уровень гиперактивности чаще всего остается стабильным как на протяжении короткого периода времени, когда может быть диагностирован СГИРВ, так и в дошкольном возрасте. Критерий А должен рассматриваться в контексте обусловленных культурой ожиданий и норм развития. Если по уровню развития ребенок младше своего биологического возраста, и, следовательно, еще не успел освоить некоторые виды деятельности, описанные для критерия А, то не следует использовать данный критерий для подтверждения диагноза.

Критерии А1 и А2 не применяются в ситуациях, где требуется сидеть в течение длительного времени, например, на протяжении всей церковной службы; они предназначены для оценки в случаях, когда необходимо недолго посидеть вместе с другими людьми, например, при рассматривании книги, изучении новой игрушки, пении песни с группой. Для критерия А3 важно понимать, как часто ребенок залезает на не предназначенные для этого предметы, чтобы отличить

обычное изучение окружающего пространства от постоянно повторяющихся случаев залезания. Маленьким детям с СГИРВ свойственно залезать на любой предмет, в том числе на высокую и потенциально опасную для них мебель или сооружения. Критерий А4 предполагает, что громкость голоса ребенка очевидно выше, чем у других детей, и его можно услышать как при игре в группе, так и когда ребенок играет один. Критерий А7 описывает ситуации, когда родители не могут говорить между собой на свои темы без того, чтобы их прервал ребенок, или когда другие дети не могут хотя бы недолго поиграть без вмешательства со стороны данного ребенка.

Распространенность

На данный момент собрано мало данных о распространенности категориального диагноза СГИРВ. Тем не менее, эпидемиологические данные из Европы и Северной Америки показывают, что от 7 % до 16 % маленьких детей демонстрируют стабильно высокий уровень гиперактивности и импульсивности, которые не подходят под критерий проявления в нескольких сферах жизни ребенка и критерий наличия функциональных нарушений. На основе существующих данных по детям старшего возраста можно сделать вывод, что не более половины детей с гиперактивностью и импульсивностью склонны к возникновению функциональных нарушений; тем не менее, учитывая зависимость нарушений от окружающего контекста и различающиеся представления о маленьких детях, наиболее вероятно, что еще меньшее количество детей будет соответствовать критериям для диагностики СГИРВ.

Течение

Эпидемиологические данные показывают, что уровень активности остается очень стабильным в раннем и дошкольном возрасте и сменяется средней стабильностью в школьный период. В исследованиях, не изучавших функциональные

нарушения, лишь небольшая группа маленьких детей демонстрировала выраженный и высокий уровень гиперактивности и импульсивности в течение долгого времени, при этом для большинства детей наблюдалось снижение симптомов гиперактивности и импульсивности при переходе от раннего к школьному возрасту. Клинические последствия категориального диагноза пока не установлены, но предположительно, СГИРВ может сохраняться довольно продолжительное время и переходить в СДВГ в дошкольном возрасте.

Факторы риска и прогностические черты

Хроническая гиперактивность зависит от ряда биологических, семейных и средовых факторов. Биологические перинатальные факторы, такие как преждевременные роды и низкий вес при рождении, в два раза увеличивают риск продолжительных и выраженных проявлений гиперактивности, так же, как и воздействие никотина на плод в пренатальный период. Семейные факторы: родитель-одиночка при рождении, юный возраст матери, недостаточное питание, депрессия у матери, сведения о антисоциальном поведении родителей в прошлом; была установлена связь всех этих факторов со стабильными проявлениями гиперактивности у маленьких детей. Что касается детей, у которых наличие симптомов СГИРВ предсказывает возникновение СДВГ, в их случае факторы риска СДВГ в дошкольном возрасте, такие как генетические факторы, наследственные паттерны, нарушение заботы о ребенке (пренебрежение нуждами, насильственное обращение) также могут представлять риск в раннем возрасте.

Диагностические аспекты, связанные с культуральными особенностями

Культуральные представления критически важны для определения ожидаемого поведения и нарушений. Хотя в каждой культуре существуют свои обычаи и представления

о поведении маленьких детей, культуральные нормы, по определению, являются достижимыми для большинства детей, принадлежащих к данной культуре. Таким образом, концепция выраженной и доставляющей трудности гиперактивности может применяться только по отношению к совсем небольшой части маленьких детей, которые не соответствуют данным нормам. Напротив, если поведение, описываемое в критерии А, в определенной культуре не ожидается от ребенка к возрасту на момент обследования (например, сидение на стуле хотя бы небольшой период времени), то подтверждение данного критерия не следует использовать для постановки диагноза.

Поскольку культуральные представления имеют свойство меняться, важно отслеживать количество детей, у которых диагностируются функциональные нарушения, связанные с гиперактивностью, для уверенности в том, что текущие представления о развитии остаются достижимыми. Исследования, проведенные в Северной Америке и Европе на детях старшего возраста, показывают, что самые младшие дети в классе имеют значительно более высокий риск диагностирования СДВГ, предполагая, что культурально обусловленные представления могут не соответствовать возможностям развития у определенных детей. Следовательно, важно подчеркнуть, что подобный паттерн может не оцениваться в тоддлеровском возрасте, и диагноз СГИРВ может быть поставлен только когда будет проведена оценка нарушений с учетом ожидаемых вех развития, соответствующих возрасту ребенка, даже при том, что культурально регламентированные принципы содержат неверные ожидания от развития ребенка.

Диагностические аспекты, связанные с полом

Согласно результатам эпидемиологических исследований, мальчики в два раза чаще, чем девочки, попадают в группу с выраженными проявлениями гиперактивности-импульсивности. И вновь не стоит забывать, что нужно учитывать культурально обусловленные нормы, и рекомендуется соблюдать осторожность в постановке диагноза, учитывая, что симптомы одинаковой

интенсивности у девочек и у мальчиков приводят к разной степени нарушений.

Дифференциальный диагноз

Для СГИРВ выделен широкий спектр дифференциальных диагнозов, включая варианты нормы развития, расстройство отношений, аффективные или тревожные расстройства, травматические расстройства, задержки развития, сенсорные или соматические нарушения. Если родители жалуются в основном на гиперактивность, следует в первую очередь убедиться, возможно ли рассматривать данное поведение в рамках нормотипичного развития. Типичное развитие детей раннего возраста характеризуется высоким уровнем активности, что может мешать родителям в выполнении повседневной деятельности (например, покупки продуктов), но не приводит к настоящим нарушениям функционирования ребенка или семьи.

Расстройства отношений могут быть представлены специфическим расстройством отношений или искаженным восприятием поведения ребенка и приписыванием ему симптомов. Аффективные и тревожные расстройства у детей могут выражаться в нарушениях регуляции поведения. Ранние симптомы нарушения регуляции могут сопровождаться чрезмерной активностью, но в целом будут рассматриваться как специфические для конкретной ситуации или эпизодические. Маленькие дети с отставаниями в развитии часто демонстрируют высокий уровень активности, соответствующий их актуальному уровню развития, который может показаться очень высоким с точки зрения их биологического возраста. СГИРВ нужно также отличать от сенсорной гиперчувствительности, учитывая ситуации, в которых проявляется повышенная активность: в случае СГИРВ она будет наблюдаться постоянно, а в случае сенсорной гиперчувствительности будет связана с воздействием стимулов. Депривация сна при расстройствах сна или при воздействии факторов среды может сопровождаться расстройством регуляции поведения, в том числе повышенной активностью, но также будут наблюдаться нарушения

цикла сна-бодрствования в виде сонливости. Соматические заболевания тоже могут быть связаны с нарушениями регуляции поведения, но при этом будут присутствовать боли, нарушения роста и другие физические симптомы. Исключение представляет отравление свинцом, которое может протекать бессимптомно или проявляться в виде чрезмерной активности и должно проверяться у всех детей с гиперактивностью, особенно при сопутствующих симптомах пикацизма. Некоторые лекарственные препараты, такие как стероиды, дифенгидрамин и даже сальбутамол при регулярном приеме, могут быть связаны с возникновением гиперактивности у маленьких детей, что также должно учитываться при дифференциальной диагностике.

Коморбидность

Многие расстройства, перечисленные выше в разделе о дифференциальной диагностике, могут также сопутствовать гиперактивности. Подробно описаны нарушения сна и регуляции поведения, наблюдаемые, например, при расстройстве регуляции гнева и агрессии в раннем детстве. Из-за связи с неблагоприятным опытом, посттравматические расстройства — например, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — тоже могут протекать параллельно с СГИРВ, если наряду с гиперактивностью у ребенка наблюдаются признаки ПТСР.

Аналоги диагноза в DSM-5 и МКБ-10

DSM-5: СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности

МКБ-10: Гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1)