Новые подходы к диагностике синдрома дефицита внимания и гиперактивности

Н.Н. ЗАВАДЕНКО[1]*, Н.В. СИМАШКОВА[2]

[1]Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова; [2]Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

New approaches to the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder

N.N. ZAVADENKO, N.V. SIMASHKOVA

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow; Mental Health Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Ключевые слова: *синдром дефицита внимания и гиперактивности, расстройства аутистического спектра, диагностические критерии, коморбидность, возрастная динамика.*

Key words: *attention deficit hyperactivity disorder, autistic spectrum disorders, diagnostric criteria, comorbidity, age dynamics.*

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является одним из наиболее распространенных психических расстройств у детей и подростков. Хотя СДВГ долгое время рассматривается как расстройство детского возраста, результаты исследований подтвердили, что примерно у 50% пациентов симптомы СДВГ, претерпевая определенную трансформацию, остаются и во взрослом возрасте [1—4]. По данным популяционных исследований [5], СДВГ в большинстве регионов мира встречается примерно у 5% детского и 2,5% взрослого населения. Он чаще диагностируется у пациентов мужского, чем женского пола: 2:1 среди детей и 1,6:1 среди взрослых [5].

Симптомы СДВГ выявляются обычно начиная с возраста 3—4 лет. Прежде всего это относится к гиперактивности и импульсивности. Обычно гиперактивность у ребенка становится первым проявлением СДВГ, по поводу которого родители впервые обращаются к специалистам. Но когда ребенок становится старше и поступает в школу, у него возникают дополнительные сложности, поскольку начало школьного обучения предъявляет новые, более высокие требования к личности ребенка и его интеллектуальным возможностям. Именно в школьные годы становятся очевидными нарушения внимания. По сравнению с ровесниками дети с СДВГ плохо себя ведут и слабо учатся в школе. К подростковому периоду исчезают яркие проявления гиперактивности, но становятся очевидными отсутствие самостоятельности, неспособность работать без посторонней помощи, низкая успеваемость в школе, частые конфликты с окружающими, плохие взаимоотношениями со сверстниками, тревожность и низкая самооценка. Одновременно могут наблюдаться трудности в соблюдении общепринятых правил и норм поведения, что определяет возможность подростков с СДВГ оказаться в группе риска по формированию девиантных и антисоциальных форм поведения, алкоголизма, наркоманий.

По МКБ-10 [1], СДВГ обычно диагностируется в рамках гиперкинетических расстройств (F90). Объединенная по феноменологическому принципу на основе качественных описательных характеристик (нарушения внимания, гиперактивность, импульсивность), эта группа расстройств не имеет четко определенных границ. Учитывая это, большой интерес представляет новая версия диагностических критериев СДВГ, представленная в классификации Американской психиатрической ассоциации DSM-V [5]. Если в DSM-IV [7] СДВГ был представлен в главе «Расстройства, обычно впервые диагностируемые в младенческом, детском и подростковом возрасте», то в DSM-V название данной главы изменено на «Расстройства развития нервной системы».

Рассмотрим более подробно диагностические критерии СДВГ по классификации DSM-V:

A. Постоянное проявление невнимательности и гиперактивности-импульсивности, оказывающее влияние на функционирование и развитие, и харак-

© Н.Н. Заваденко, Н.В. Симашкова, 2014

*e-mail: zavadenko@mail.ru

теризующееся симптомами из разделов (1) и/или (2):

(1) *Невнимательность:* 6 (или более) из следующих симптомов постоянно сохраняются на протяжении как минимум 6 мес в такой степени выраженности, которая не соответствует уровню развития и негативно влияет непосредственно на социальные и учебные/профессиональные виды деятельности.

Примечание: симптомы не связаны исключительно с протестным, вызывающим или враждебным поведением, а также неспособностью понять задание и инструкции. Для старших подростков и взрослых (в возрасте 17 лет и более) необходимо наличие по меньшей мере 5 симптомов.

1. Часто неспособен сосредоточивать внимание на деталях и допускает ошибки из-за невнимательности, небрежности в школьных заданиях, на работе и в других видах деятельности (например, пропускает или теряет детали, выполняет работу неаккуратно). 2. Часто с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр (например, испытывает трудности с концентрацией внимания во время лекций, бесед, длительного чтения). 3. Часто складывается впечатление, что не слушает обращенную к нему речь (например, мысли где-то витают даже при отсутствии явного отвлекающего фактора). 4. Часто не придерживается предлагаемых инструкций и не может до конца выполнить уроки, домашнюю работу или обязанности на рабочем месте (например, начинает выполнять задание, но быстро теряет фокусировку на нем и легко отвлекается). 5. Часто испытывает сложности в организации выполнения заданий и своей деятельности (например, сложно организовать выполнение задания из последовательных действий, трудно сохранять в порядке материалы и вещи, работа выполняется неаккуратно и неорганизованно, плохо распределяет время, не укладывается в назначенные сроки). 6. Часто избегает, высказывает недовольство и сопротивляется вовлечению в выполнение заданий, которые требуют длительного умственного напряжения (например, школьных заданий, домашней работы, для старших подростков и взрослых — подготовка отчетов, заполнение форм, изучение длинных текстов). 7. Часто теряет вещи, необходимые для выполнения заданий и дел (например, школьные принадлежности, карандаши, книги, инструменты, кошельки, ключи, рабочие бумаги, очки, мобильные телефоны). 8. Часто легко отвлекается на посторонние стимулы (для старших подростков и взрослых это могут быть посторонние мысли). 9. Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях (например, выполнение работы по дому, поручения, для старших подростков и взрослых — ответные звонки по телефону, оплата счетов, приход на назначенные встречи).

(2) *Гиперактивность и импульсивность:* 6 (или более) из следующих симптомов постоянно сохраняются на протяжении как минимум 6 мес в такой степени выраженности, которая не соответствует уровню развития и негативно влияет непосредственно на социальные и учебные/профессиональные виды деятельности.

Примечание: симптомы не связаны исключительно с протестным, вызывающим или враждебным поведением, а также неспособностью понять задание и инструкции. Для старших подростков и взрослых (в возрасте 17 лет и более) необходимо наличие по меньшей мере 5 симптомов. 1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится. 2. Часто покидает свое место в ситуациях, когда нужно сидеть (например, встает в классе во время уроков, в офисе или на работе, в других ситуациях, когда требуется оставаться на своем месте). 3. Часто бегает туда-сюда, куда-то забирается в ситуациях, когда это неприемлемо (примечание: у подростков и взрослых этот симптом может ограничиваться ощущением беспокойства, невозможности оставаться на месте). 4. Часто не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге. 5. Часто находится в постоянном движении, ведет себя так, как будто к нему «прикрепили мотор» (неспособен или ощущает дискомфорт, если требуется спокойно сидеть в течение продолжительного времени, например в ресторане, на встрече; окружающие могут расценивать его как беспокойного человека, с которым трудно иметь дело). 6. Часто бывает болтливым. 7. Часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца (например, завершает высказывания за других людей, не может ждать своей очереди во время разговора). 8. Часто с трудом дожидается своей очереди (например, когда стоит в очереди). 9. Часто прерывает других, мешает им (например, вмешивается в беседы, игры, дела; может начать пользоваться вещами других людей, не спросив их или не получив разрешения; у подростков и взрослых — может вмешаться или начать делать то, что делают другие).

B. Наличие нескольких симптомов невнимательности или гиперактивности-импульсивности в возрасте до 12 лет.

C. Несколько симптомов невнимательности или гиперактивности-импульсивности, проявляющихся в двух или более видах ситуаций (например, дом, школа или работа, контакты с друзьями или родственниками, другие виды деятельности).

D. Имеются явные подтверждения тому, что симптомы оказывают значительное влияние на качество деятельности в социальных контактах, при обучении и в профессиональной сфере.

E. Симптомы не связаны исключительно с течением шизофрении или другого психического расстройства, не могут быть лучше объяснены наличием другого психического расстройства (например, расстройства настроения, тревожного, диссоциа-

тивного расстройства, расстройства личности, интоксикацией каким-либо веществом или синдромом отмены).

В зависимости от особенностей клинической манифестации выделяются 3 варианта СДВГ:

Комбинированный вариант СДВГ: при соответствии наблюдаемой клинической картины за последние 6 мес одновременно разделам А1 (невнимательность) и А2 (гиперактивность и импульсивность) диагностических критериев.

СДВГ с преобладанием невнимательности: при соответствии симптомов критериям раздела А1 (невнимательность), но не раздела А2 (гиперактивность и импульсивность) за последние 6 мес.

СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности: при соответствии симптомов критериям раздела А2 (гиперактивность и импульсивность), но не раздела А1 (невнимательность) за последние 6 мес.

Исходя из того что симптомы СДВГ могут видоизменяться с возрастом и сохраняться на протяжении многих лет, а в некоторых случаях — в течение всей жизни, дополнительно к основным выделяется *резидуальный* (т.е. не полностью прошедший) вариант СДВГ.

Хотя диагностические критерии СДВГ по DSM-V включают практически те же 18 симптомов расстройства, что и МКБ-10, и DSM-IV, новая версия содержит определенные изменения: 1) формулировка критерия начала заболевания изменена с «симптомы, вызывающие нарушения, присутствовали до возраста 7 лет» на «несколько симптомов невнимательности или гиперактивности-импульсивности присутствовали до возраста 12 лет»; 2) усилено требование к кросс-ситуационному характеру симптомов, у пациента должно отмечаться «несколько симптомов» в каждом из видов ситуации; 3) описание симптомов дополнено типичными примерами, иллюстрирующими их проявления в разные возрастные периоды на протяжении всей жизни; 4) аутистические расстройства не упоминаются в качестве критерия исключения, т.е. допускается коморбидность СДВГ с расстройствами аутистического спектра; 5) приводится пороговое количество симптомов СДВГ для взрослых пациентов (старше 17 лет), у которых должны быть подтверждены не менее 5 (а не 6, как у детей) симптомов из одного или двух разделов диагностических критериев.

Следует отметить, что диагностические критерии СДВГ по МКБ-10, а также DSM-IV были разработаны применительно к детям, и в них не отражена возрастная динамика заболевания. Более того, данные критерии больше соответствуют для оценки симптомов у мальчиков 6—12 лет и менее адекватны для девочек с СДВГ, у большинства из которых не столь ярко проявляется гиперактивность. Важно, что в новой версии диагностических критериев СДВГ возраст начала заболевания определен до 12 лет (в МКБ-10 и DSM-IV — до 7 лет). Основные характеристики СДВГ представлены таким образом, что полнее отражают симптомы у пациентов разного возраста и более точно описывают их у взрослых с СДВГ. В разделе (Е) в перечне психических расстройств, которые не должны отмечаться у пациента при постановке диагноза СДВГ, не упоминаются в качестве критерия исключения расстройства акустического спектра (РАС). Действительно, симптомы этих двух расстройств могут сочетаться друг с другом.

Известно, что сопутствующие гиперкинетические расстройства — одни из самых частых коморбидных состояний у пациентов с РАС, они отмечаются в 20—50% случаев в эпидемиологических исследованиях и в 30—80% — в клинических [8, 9]. Если двойной диагноз был невозможен по классификации МКБ-10, то в DSM-V он предусмотрен. Это более правильно не только с клинических, но и нейробиологических позиций. Так, гиперкинетические расстройства могут встречаться одновременно с признаками расстройств аутистического спектра, что находит подтверждение в современных нейропсихологических, нейровизуализационных и генетических исследованиях [8, 9]. Недостаточная изученность коморбидности приводит к гипердиагностике гиперкинетического расстройства, которое может маскировать основное заболевание.

Недавно были опубликованы результаты исследования [10], в котором оценивались аутистические черты у 242 детей с СДВГ без сопутствующего диагноза аутизма и 227 их ровесников контрольной группы. Установлено, что аутистические черты намного чаще наблюдались среди детей с СДВГ, чем в контрольной группе (18 и 0,87%; $p<0,001$). Согласно полученным данным, наличие аутистических черт предопределяет у детей с СДВГ нарушения развития речи, трудности школьного обучения, сложности взаимоотношений со сверстниками и братьями/сестрами, вовлечение в конфликты и драки, формирование эмоциональных расстройств (тревоги и депрессии).

Аутистические расстройства входят в перечень состояний для дифференциального диагноза, который является приложением к диагностическим критериям СДВГ. Данный перечень (в том порядке, как он представлен в тексте DSM-V) помимо аутистических расстройств включает: оппозиционно-вызывающее расстройство поведения; интермиттирующее эксплозивное расстройство; другие расстройства развития; специфические трудности школьного обучения; умственная отсталость; реактивное расстройство привязанности; тревожные расстройства; депрессивные расстройства; биполярное расстройство; разрушительное дизрегуляторное расстройство настроения; злоупотребление химическими

веществами; расстройства личности; психотические расстройства; медикаментозно индуцированные симптомы СДВГ; нейрокогнитивные расстройства.

Таким образом, в DSM-V РАС не упоминаются в качестве критерия исключения при постановке диагноза СДВГ, т.е. допускается коморбидность СДВГ с РАС. Это совпадает с точкой зрения некоторых российских и европейских исследователей [8, 9]. Показано, что при детском аутизме отмечается нажитой гиперкинетический синдром с преобладанием гиперактивности и импульсивности, который поддается коррекции при направленной фармакотерапии и реабилитации. Это необходимо учитывать при создании четких дифференцированных алгоритмов абилитации с использованием мультидисциплинарных клинико-биологических подходов.

Важно отметить, что в тексте DSM-V достаточно подробно рассматриваются вопросы коморбидности СДВГ. В частности, отмечается, что оппозиционно-вызывающее расстройство поведения наблюдается примерно у 50% детей с комбинированным вариантом СДВГ и 25% — с СДВГ с преобладанием невнимательности. Расстройство поведения встречается примерно у 25% подростков с комбинированным вариантом СДВГ. СДВГ часто сопутствуют специфические трудности школьного обучения. С более низкой частотой при СДВГ встречаются тревожные и депрессивные расстройства, но значительно чаще, чем в общей популяции. У некоторых взрослых пациентов с СДВГ также имеется интермиттирующее эксплозивное расстройство, и частота его встречаемости также превышает популяционные показатели. Кроме того, у взрослых с СДВГ могут наблюдаться антисоциальное и другие расстройства личности. Среди других коморбидных расстройств при СДВГ также могут присутствовать обсессивно-компульсивное расстройство, тикозные расстройства, РАС.

В разделах C и D диагностических критериев СДВГ по DSM-V, как и ранее в DSM-IV, большое значение придается выявлению симптомов «в двух или более видах ситуаций (например, дом, школа или работа и т.п.)», а также подтверждено, что «симптомы оказывают значительное влияние, снижая качество деятельности в социальных контактах, обучении, профессиональной сфере».

Многие специалисты, сталкивающиеся в практической работе с СДВГ, испытывают затруднения в установлении степени выраженности соответствующих нарушений и связанной с ними оценке эффективности проводимого лечения. Надежным методом для достижения этих целей служит шкала оценки функциональных нарушений M. Weiss и соавт. [11] в форме для родителей. Данная шкала специально разработана для оценки не только симптомов, но и степени выраженности нарушений в эмоциональной сфере и поведении. Шкала может применяться для объективизации трудностей в определенных сферах в динамике, например до и после лечения. Важно, что этот инструмент позволяет оценить уровень нарушений функционирования больного в 6 разных областях: семья, учеба и школа, базовые жизненные навыки, самооценка ребенка, общение и социальная активность, поведение, сопряженное с риском. Определение степени нарушений осуществляется следующим образом: оценка «2» для любого показателя соответствует нарушениям умеренной степени; оценка «3» соответствует нарушениям значительной степени; нарушения в каждой из 6 областей считаются подтвержденными, если хотя бы по двум показателям имеется оценка «2» или хотя бы по одному показателю оценка «3».

Ниже шкала приведена полностью (с примерами оценок).

Рассматриваемая шкала была успешно применена в российских исследованиях [12, 13], в которых дети и подростки с СДВГ наблюдались в процессе лечения.

Шкала оценки функциональных нарушений, форма для родителей (WFIRS-P) [11]

Дата: _____ Ваше имя: _____
день/месяц/год

Имя ребенка: _____

Дата рождения ребенка: _____ Возраст ребенка: _____
день/месяц/год

В каком классе учится: _____ Пол ребенка: ☐ Мужской ☐ Женский

ОБВЕДИТЕ ЦИФРУ, КОТОРАЯ ЛУЧШЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРИЗУЕТ,

как нарушения в эмоциональной сфере и поведении вашего ребенка отражались на каждом из рассматриваемых показателей за последний месяц

А	Семья	Никогда или ничуть	Иногда или мало	Часто или много	Очень часто или очень много	Неприменимо
1	Приводили к проблемам в отношениях с братьями или сестрами	0	1	2	3	н
2	Вызывали сложности в отношениях между родителями	0	1	2	3	н
3	Отнимали у членов семьи время от работы или занятий	0	1	2	3	н
4	Вызывали ссоры в семье	0	1	2	3	н
5	Приводили к изоляции семьи от друзей и социальной активности	0	1	2	3	н
6	Затрудняли для семьи совместное проведение времени за интересными и веселыми занятиями	0	1	2	3	н
7	Делали воспитание сложным для родителей	0	1	2	3	н
8	Затрудняли возможность уделять достаточное внимание всем остальным членам семьи	0	1	2	3	н
9	Провоцировали других к тому, чтобы на него/нее закричали или ударили/толкнули	0	1	2	3	н
10	Семья расходует на него/нее больше денег	0	1	2	3	н

Б	Учеба и школа	Никогда или ничуть	Иногда или мало	Часто или много	Очень часто или очень много	Неприменимо
1	Затрудняли выполнение домашних заданий, требующих значительного времени	0	1	2	3	н
2	Делали необходимой дополнительную помощь в школе	0	1	2	3	н
3	Делали необходимыми индивидуальные занятия с учителем	0	1	2	3	н
4	Создавали сложности для учителя в классе	0	1	2	3	н
5	Приводили к наказанию в виде временной изоляции или удаления из класса	0	1	2	3	н
6	Приводили к проблемам во время нахождения на школьном дворе	0	1	2	3	н
7	Приводили к наказанию в виде оставления после уроков (во время или после учебного дня)	0	1	2	3	н
8	Приводили к временному отстранению или исключению из школы	0	1	2	3	н
9	Пропуски уроков или опоздания в школу	0	1	2	3	н
10	Получение низких отметок, которые не соответствуют имеющимся способностям	0	1	2	3	н

В	Базовые жизненные навыки	Никогда или ничуть	Иногда или мало	Часто или много	Очень часто или очень много	Неприменимо
1	Чрезмерные траты времени на просмотр телепрограмм, компьютер или видеоигры	0	1	2	3	н
2	Трудности с поддержанием чистоты и опрятности, чисткой зубов, причесыванием, купанием и т.п.	0	1	2	3	н
3	Трудности с приготовлением к тому, чтобы идти в школу	0	1	2	3	н
4	Трудности с приготовлением к тому, чтобы лечь спать	0	1	2	3	н

См. продолжение на след. стр.

Продолжение

В	Базовые жизненные навыки	Никогда или ничуть	Иногда или мало	Часто или много	Очень часто или очень много	Неприменимо
5	Проблемы с приемом пищи (слишком требователен и разборчив в еде, ест много калорийной пищи с низкой полезностью)	0	1	2	3	н
6	Проблемы со сном	0	1	2	3	н
7	Получает телесные повреждения и травмы	0	1	2	3	н
8	Избегает физических нагрузок и упражнений	0	1	2	3	н
9	Чаще (больше) нуждается в медицинской помощи	0	1	2	3	н
10	Испытывает сложности с приемом лекарств, получением уколов, посещением врача/стоматолога	0	1	2	3	н

Г	Самооценка ребенка	Никогда или ничуть	Иногда или мало	Часто или много	Очень часто или очень много	Неприменимо
1	Мой ребенок думает о себе плохо, низко оценивает себя	0	1	2	3	н
2	Мой ребенок не бывает веселым	0	1	2	3	н
3	Мой ребенок чувствует себя несчастливым	0	1	2	3	н

Д	Общение и социальная активность	Никогда или ничуть	Иногда или мало	Часто или много	Очень часто или очень много	Неприменимо
1	Моего ребенка часто дразнят и задирают другие дети	0	1	2	3	н
2	Мой ребенок часто дразнит и задирает других детей	0	1	2	3	н
3	Трудности в общении с другими детьми	0	1	2	3	н
4	Трудности участия в различных занятиях после школы (спорт, музыка, клубы по интересам)	0	1	2	3	н
5	Трудности в установлении дружеских отношений	0	1	2	3	н
6	Трудности в поддерживании дружеских отношений	0	1	2	3	н
7	Трудности с гостями/вечеринками (не приглашают, избегает их, плохо себя ведет на них)	0	1	2	3	н

Е	Поведение, сопряженное с риском	Никогда или ничуть	Иногда или мало	Часто или много	Очень часто или очень много	Неприменимо
1	Ведомый, легко следует за другими детьми (поддается давлению со стороны сверстников)	0	1	2	3	н
2	Ломает и портит вещи	0	1	2	3	н
3	Делает вещи, имеющие противозаконный характер	0	1	2	3	н
4	Задерживается полицией	0	1	2	3	н
5	Курит	0	1	2	3	н
6	Употребляет наркотики	0	1	2	3	н
7	Совершает опасные вещи	0	1	2	3	н
8	Наносит увечья другим	0	1	2	3	н
9	Произносит грубые, вульгарные или неприемлемые высказывания	0	1	2	3	н
10	Неприемлемое сексуальное поведение	0	1	2	3	н

Следует также подчеркнуть, что в DSM-V впервые приводится пороговое количество симптомов СДВГ для взрослых, отражена возрастная динамика проявлений СДВГ. Важно отметить, что в процессе диагностики СДВГ и динамического наблюдения за пациентами необходимо оценивать не только выраженность основных симптомов данного расстройства, но также показателей социально-психологического функционирования и трудностей адаптации у лиц с СДВГ различного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Barkley R.A., Fischer M.* The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. J American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2010; 49: 503—513.
2. *Biederman J., Pettya C.R., Clarkea A., Lomedicoa A., Faraone S.V.* Predictors of Persistent ADHD: An 11-year Follow-up Study. J Psychiatr Res 2011; 45: 2: 150—155.
3. *Kooij S., Bejerot S., Blackwell A. et al.* European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network. BMC Psychiatry 2010; 10: 67.
4. *Lara C., Fayyad J., de Graaf R. et al.* Childhood predictors of adult ADHD: Results from the WHO World Mental Health (WMH) Survey Initiative. Biol Psychiatry 2009; 65: 46—54.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-V). American Psychiatric Association. Washington 2013; 947.
6. МКБ-10 — Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. СПб 1994; 208.
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (Revision). American Psychiatric Association. Washington 2000; 943.
8. *Симашкова Н.В.* Расстройства аутистического спектра. Научно-практическое руководство. М: Авторская Академия 2013; 264.
9. *Banaschewski T., Poustka L., Holtmann M.* Autism and ADHD across the life span: differential diagnoses or comorbidity? Der Nervenarzt 2011; 82: 5: 573—581.
10. *Kotte A., Joshi G., Fried R. et al.* Autistic traits in children with and without ADHD. Pediatrics 2013; 132: 3: 612—622.
11. *Weiss M.D., Wasdell M.B., Bomben M.M.* Weiss functional impairment rating scale — parent report (WFIRS-P). BC Children's Hospital 2004; 10.
12. *Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: выбор оптимальной продолжительности лекарственной терапии. Журн неврол и психиат 2011; 111: 10: 28—32.
13. *Заваденко Н.Н., Соломасова А.А.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью в сочетании с тревожными расстройствами: возможности фармакотерапии. Журн неврол и психиат 2012; 112: 8: 44—48.