

DOI: 10.32364/2618-8430-2020-3-4-302-308

Тревожные расстройства у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

Е.А. Корабельникова

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: изучение представленности и характера проявления тревоги у детей дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ).

Материал и методы: в исследовании приняли участие дети дошкольного возраста (4–6 лет) и их родители. Основную группу составили дети с СДВГ (n=30) и их родители, контрольную группу — здоровые дети (n=15) и их родители. Исследование проводилось в детских садах г. Москвы. Применялись клинико-anamnestический, экспериментально-психологический (тест тревожности Р. Тэмпла, М. Дорки, В. Амена в адаптации В.М. Астапова, тест «Страхи в домиках» в модификации М.А. Панфиловой, опросник на определение уровня тревожности у детей для педагога и родителя Г.П. Лаврентьевой и Т.М. Титаренко) и статистический методы.

Результаты исследования: в группе детей с СДВГ выявлен достоверно более высокий показатель тревожности по результатам теста Тэмпла, Дорки и Амена, выполняемого детьми. Доля детей, у которых выявлено более 15 страхов, в группе детей с СДВГ была достоверно выше, чем в группе здоровых детей. Большинство дошкольников как основной, так и контрольной группы испытывают так называемые возрастные страхи. Вместе с тем в группе детей с СДВГ выявлены случаи несоответствующих возрасту страхов социального характера (страхи наказания и опоздания в детский сад), представленность которых была достоверно более высокой, чем в контрольной группе.

Заключение: результаты исследования выявили повышенный уровень тревожности у дошкольников с СДВГ по сравнению со здоровыми детьми, что позволяет рассматривать тревожность как сопутствующий СДВГ фактор. Наряду с типичными для дошкольного возраста возрастными страхами у детей с СДВГ выявляются социальные страхи — боязнь неодобрения и наказания со стороны старших и склонность к заниженной самооценке.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, тревожные расстройства, дошкольники.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Корабельникова Е.А. Тревожные расстройства у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. *РМЖ. Мать и дитя.* 2020;3(4):302–308. DOI: 10.32364/2618-8430-2020-3-4-302-308.

Anxiety disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder

Е.А. Korabel'nikova

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University),
Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Aim: to assess the prevalence and presentations of anxiety in preschool children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD).

Patients and Methods: preschoolers (4–6 years) and their parents were enrolled. 30 children with ADHD and their parents were included in the study group and 15 healthy children and their parents were included in the control group. The study was performed in Moscow kindergartens. Clinical anamnestic, experimental psychological (P. Temple, M. Dorkey, and E.W. Amen anxiety test adapted by V.M. Astapov; “Fears in Houses” test modified by M.A. Panfilova; questionnaire for anxiety in children for a teacher and parents by G.P. Lavrent'eva and T.M. Titarenko), and statistical tests were applied.

Results: in children with ADHD, a significantly higher level of anxiety was reported as demonstrated by P. Temple, M. Dorkey, and E.W. Amen anxiety test results (i.e., the test completed by children themselves). The percentage of children with 15 fears or more was significantly higher in the study group compared to the control group. Most preschoolers from both groups experience so-called age-related fears. In addition, age-inappropriate social fears (e.g., a fear of punishment or a fear of being late for kindergarten) were revealed in children with ADHD. These fears were much more common in the study group compared to the control group.

Conclusions: our findings demonstrate a higher level of anxiety in children with ADHD compared to healthy children. Therefore, anxiety may be regarded as an ADHD-associated factor. In addition to typical age-related fears, children with ADHD experience so-called social fears. This phenomenon illustrates a fear of disapproval and punishment and a propensity for low self-esteem.

KEYWORDS: attention deficit/hyperactivity disorder, anxiety disorders, preschoolers.

FOR CITATION: Korabel'nikova E.A. Anxiety disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Russian Journal of Woman and Child Health.* 2020;3(4):302–308. DOI: 10.32364/2618-8430-2020-3-4-302-308.

ВВЕДЕНИЕ

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) представляет собой распространенное поведенческое расстройство детского возраста, характеризующееся триадой симптомов: нарушением внимания, гиперактивностью и импульсивностью. Заболевание встречается у 3–5% современных детей и подростков (у каждого 20-го) [1, 2]. СДВГ относят к категории мультифакторных расстройств развития, при этом всегда следует иметь в виду, что возможно воздействие нескольких факторов, влияющих друг на друга: генетического, биологического (пре- и перинатальная патология), нейрохимического и социально-средового [3, 4]. Обычно начальные признаки СДВГ диагностируются в возрасте 5–6 лет. В этом возрасте у детей активно созревают произвольные формы регуляции поведения и произвольное внимание. Несмотря на то что СДВГ традиционно рассматривается как расстройство детского возраста, примерно у 75% пациентов симптомы СДВГ, претерпевая определенную трансформацию, сохраняются и в подростковом возрасте, а у 50% — во взрослом возрасте [1].

Выделяют 3 варианта течения СДВГ в зависимости от преобладающих признаков:

- ♦ синдром гиперактивности без дефицита внимания;
- ♦ синдром дефицита внимания без гиперактивности (чаще наблюдается у девочек; дети достаточно спокойные, тихие, « витающие в облаках »);
- ♦ синдром дефицита внимания с гиперактивностью (наиболее распространенный вариант).

Кроме того, выделяют простую и осложненную формы заболевания. Если первая характеризуется только невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью, то при второй к симптомам присоединяются психовегетативные расстройства и системные невротические нарушения: тики, заикание, энурез, головные боли, нарушения сна и др. Развитие коморбидных расстройств у многих пациентов приводит к утяжелению клинических проявлений СДВГ, ухудшению отдаленного прогноза и снижению эффективности проводимого лечения [5, 6].

Наиболее распространенным коморбидным расстройством у детей с СДВГ являются тревожные расстройства (ТР), которые, находясь в тени ведущих жалоб, нередко упускаются из виду и недооцениваются. Имеются обширные данные о более высокой распространенности ТР среди пациентов с СДВГ по сравнению с общей популяцией (табл. 1).

По данным I. Souza et al. [12], среди ТР, отмечающихся у детей с СДВГ, наиболее распространены генерализованное тревожное расстройство (ГТР) (12,8%), социальная фобия (3,84%) и тревожное расстройство, связанное с разлукой (3,8%). На высокую частоту встречаемости ГТР у детей с СДВГ указывает и О.В. Лапшина [13]. В ряде исследований показано, что ТР более распространены среди детей с диагнозом СДВГ комбинированного подтипа [12, 13].

Цель исследования — изучить представленность и характер тревоги у детей дошкольного возраста с СДВГ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 30 детей дошкольного возраста (4–6 лет) и их родители (основная группа). У всех детей был диагностирован СДВГ. Исследование проводилось в государственных образовательных уч-

Таблица 1. Распространенность сочетания СДВГ и ТР, по данным разных авторов [7–14]

Table 1. ADHD and anxiety disorder coexistence according to various authors [7–14]

Авторы Authors	Год Year	Тревожные расстройства у детей с СДВГ, % Anxiety disorders in ADHD, %	СДВГ у детей с тревожными расстройствами, % ADHD in anxiety disorders, %
Anderson et al. (New Zealand) [7]	1987	26	24
Bird et al. (Puerto Rico) [8]	1988	23	21
Pliszka (USA) [9]	1989	28	-
Bowen et al. (Canada) [10]	1990	22,6	21,2
McGee et al. (New Zealand) [11]	1990	20	66
Souza et al. (Brazil) [12]	2005	30,8	-
Лапшина О.В. (Россия) [13]	2008	43	-
Sciberras et al. (Australia) [14]	2019	25	-

реждениях Москвы — детских садах № 1246 ЦО, № 557 ЮЗАО, № 1790 и № 1246 (комбинированного вида, для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата). Работа выполнялась совместно с сотрудниками и студентами кафедры клинической психологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Также в исследовании была контрольная группа, которая включала здоровых детей (n=15), сопоставимых по возрасту с детьми основной группы, у которых по заключению эксперта (невролога) отсутствовали признаки СДВГ, и их родители. Все родители подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Основными методами исследования являлись: клинико-anamnestический, включающий синдромологическую оценку состояния, экспериментально-психологический и статистический.

Клинико-anamnestическое обследование включало анализ амбулаторной карты ребенка и клиническую оценку имеющихся проявлений СДВГ и эмоциональных расстройств в соответствии с диагностическими критериями (МКБ-10).

В экспериментально-психологическое обследование входили тест на тревожность Р. Тэмпла, М. Дорки, В. Амена (адаптирован В.М. Астаповым), тест «Страхи с домика» (в модификации М.А. Панфиловой), опросник на определение уровня тревожности у детей для педагога и родителя Г.П. Лаврентьевой и Т.М. Титаренко.

Детский тест тревожности Тэмпла, Дорки, Амена [15] предназначен для диагностики эмоциональных реакций ребенка на некоторые привычные для него жизненные ситуации. Методика включает в себя 14 рисунков (наборы для мальчиков и для девочек), изображающих ребенка без лица (присутствует лишь контур головы). Дошкольнику нужно предположить, какое лицо следовало

нарисовать ребенку: грустное или веселое. Результат диагностики может носить количественный и качественный характер. Количественный результат представляет собой индекс тревожности (ИТ), отражающий интенсивность отрицательного эмоционального опыта ребенка в избираемых ситуациях. ИТ рассчитывается как процентное отношение эмоционально-негативных выборов (выбор печального лица) к общему количеству предъявленных рисунков (14):

$$\text{ИТ} = (\text{количество эмоционально-негативных выборов} / 14) \times 100\%.$$

Качественным результатом является вывод о характере эмоционального опыта ребенка в этих и подобных ситуациях.

Цель теста «Страхи в домиках» — выявление и уточнение преобладающих видов страхов (страх темноты, одиночества, смерти, медицинские страхи и т. д.) у детей старше 3 лет [16]. Ребенку предлагается нарисовать два домика — красный и черный (возможен вариант предъявления ребенку листа с уже нарисованными домиками). В эти домики детям предлагается расселить страхи: в красный домик — «нестрашные», в черный — «страшные» страхи. Анализ полученных результатов заключается в том, что экспериментатор подсчитывает страхи в черном домике и сравнивает их с возрастными нормами. Сводные ответы ребенка объединяются в несколько групп по видам страхов. Если ребенок в 3 случаях из 4–5 дает утвердительный ответ, то этот вид страха диагностируется как имеющийся в наличии. Возрастная норма предполагает наличие 6–15 страхов из 31 страха, указанного авторами теста.

Опросник на определение уровня тревожности у детей Г.П. Лаврентьевой и Т.М. Титаренко [17] служит для определения уровня тревожности на основе оценки ее исследователем, родителем или педагогом (в нашем исследовании — родителем). Суммирование плюсов позволяет получить общий показатель тревожности.

Полученные данные были подвергнуты математической обработке с помощью программы SPSS Statistik 17.0 с использованием сравнительного и корреляционного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительное исследование с использованием критерия Уилкоксона — Манна — Уитни показало более высокие результаты тревожности по всем тестам, однако статистически достоверными были только результаты теста Тэмпла, Дорки и Амена (табл. 2).

Исследование представленности различных страхов показало их широкую распространенность в обеих группах (рис. 1). Однако доля детей, у которых выявлено более 15 страхов (что авторами теста расценивается как превышение возрастной нормы), в группе детей с СДВГ была достоверно выше, чем в группе здоровых детей (34,4% и 13,3% соответственно; $p < 0,05$).

Представленность большинства видов страхов также была выше в группе детей с СДВГ. В обеих группах чаще других встречаются страхи нападения бандитов, смерти, пугающих сновидений, волка и медведя, войны. В группе детей с СДВГ к ним добавляются страхи наказания и опоздания в детский сад (50,0% и 43,3% соответственно), представленность которых была достоверно выше ($p < 0,05$), чем у здоровых детей (34,4% и 24,1% соответственно).

Таблица 2. Сравнительная оценка тревожности у детей основной и контрольной групп по результатам психологических тестов

Table 2. Anxiety in the study group vs. the control group as demonstrated by the results of psychological tests

Тест Test	Дети с СДВГ ADHD	Здоровые дети Healthy	p (M-U)
Тревожность (опросник Г.П. Лаврентьевой и Т.М. Титаренко), баллов Anxiety (G.P. Lavrent'eva and T.M. Titarenko test), score	17,76	13,23	0,158
Страхи (тест М. А. Панфиловой), количество страхов Fears (M.A. Panfilova test), number of fears	16,23	14,77	0,648
Индекс тревожности (тест Р. Тэмпла, М. Дорки, В. Амена), % Anxiety index (P. Temple, M. Dorkey, and E.W. Amen test), %	18,83	12,17	0,038*

Примечание. (M-U) — критерий Уилкоксона — Манна — Уитни;
* достоверность различия при $p < 0,05$.

Note. p (M-U), Wilcoxon-Mann-Whitney test. *, significance of differences, $p < 0.05$.

ОБСУЖДЕНИЕ

Целью нашего исследования являлось изучение представленности и характера проявления тревоги у детей дошкольного возраста с СДВГ. Тревога у детей часто конкретизируется (фабулизируется) и соотносится с конкретными объектами, явлениями, событиями и ситуациями, приобретающая характер страхов (фобий). Такие страхи часто встречаются у дошкольников и в ряде случаев являются вариантом нормального развития (возрастные страхи). Поэтому мы исследовали не только уровень тревожности, но и характер страхов для сравнительного анализа содержания тревожных переживаний детей с СДВГ и здоровых детей.

Анализ полученных данных позволяет сделать вывод, что тревога у детей дошкольного возраста — нередкое явление как среди детей с СДВГ, так и среди здоровых детей. На дошкольный возраст приходится первый возрастной пик тревожности [18]. Потребность в надежности и защищенности со стороны самых близких людей — ведущая у детей этого возраста. Неудовлетворенный запрос на надежность и защищенность приводит к повышению тревожности и нарушению отношений ребенка со значимыми для него взрослыми [18, 19].

Предпосылками повышения детской тревожности, как отмечают многие авторы, являются неблагоприятные детско-родительские отношения, ошибочные подходы к воспитанию детей, недостаток материнской любви и заботы или, наоборот, чрезмерное попечение, контроль, часто противоречащие ограничения [20].

Вместе с тем в группе детей с СДВГ выявлен достоверно более высокий показатель тревожности по результатам теста Тэмпла, Дорки и Амена и более высокий, но недостоверный показатель тревожности по данным опросника на определение уровня тревожности у детей Г.П. Лаврентьевой и Т.М. Титаренко. Это свидетельствует о недостаточной осведомленности родителей о наличии у их детей трево-

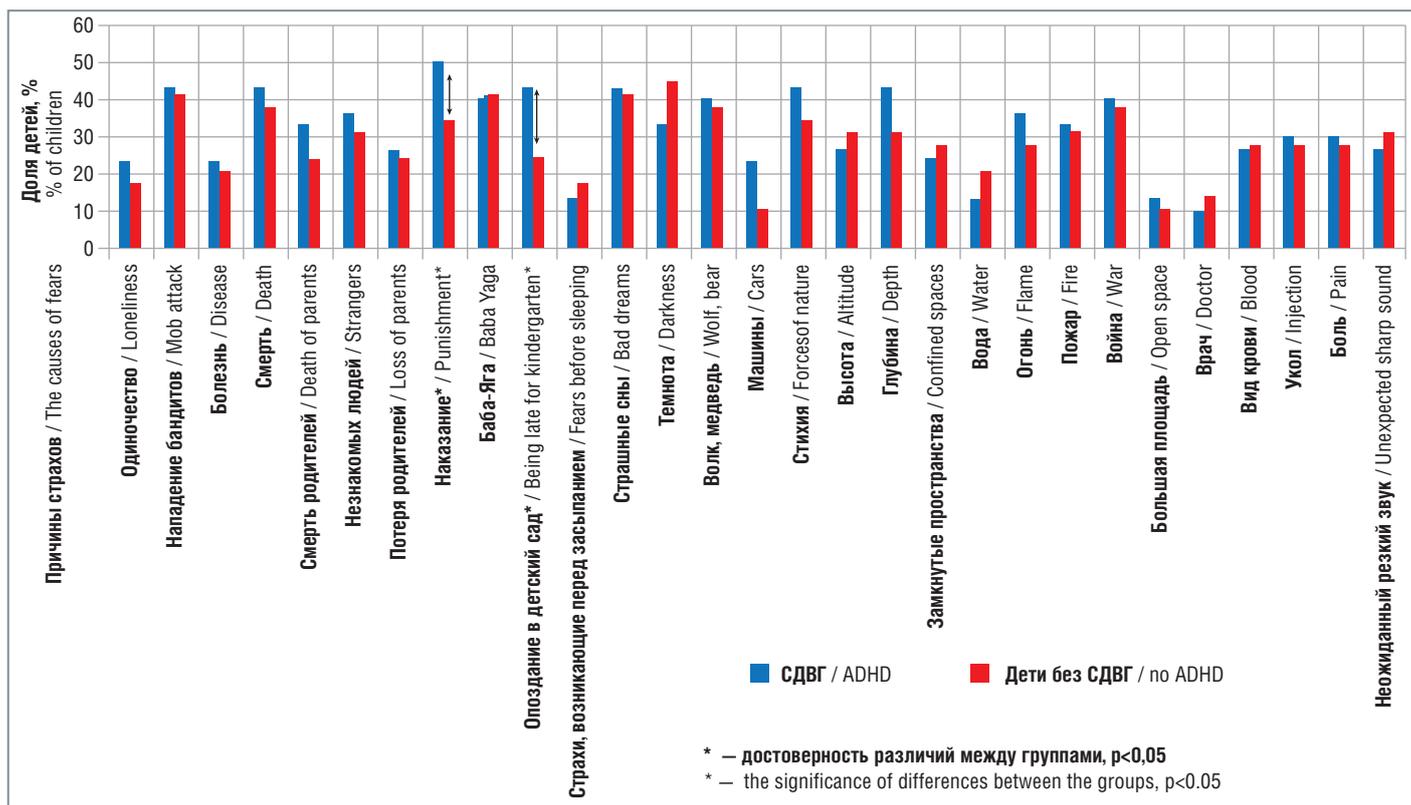


Рис. 1. Показатели уровня страхов у детей с СДВГ и детей без СДВГ

Fig. 1. The prevalence of various fears in children with or without ADHD

жных расстройств. Следствием такой неосведомленности стала заметная, статистически достоверная разница между уровнем тревожности по тесту, выполненному детьми, и уровнем тревожности по тесту, выполненному родителями, что говорит о неправильном восприятии родителями состояния своего ребенка. Симптомы тревожности нередко остаются незамеченными за выраженными симптомами СДВГ, создающими большое количество проблем и поглощающими родительское внимание [21].

Для выявления и уточнения преобладающих страхов у детей дошкольного возраста нами был применен тест «Страхи в домиках». По результатам этого теста страхи были более выраженными в группе детей с СДВГ. Доля детей, у которых выявлено более 15 страхов, что авторами теста расценивается как превышение возрастной нормы, в группе с СДВГ была достоверно больше, чем в группе здоровых детей.

Большинство дошкольников как основной, так и контрольной группы испытывают возрастные страхи (страх нападения бандитов, смерти, пугающих сновидений, животных, войны), описанные как типичные для данного возрастного периода [22]. Вместе с тем у детей с СДВГ выявлены случаи несоответствующих возрасту страхов социального характера (страх наказания и страх опоздания в детский сад), представленность которых была достоверно более высокой, чем в контрольной группе. Выраженные страхи социального характера отражают заниженную самооценку и боязнь неодобрения и наказания со стороны старших, что нередко имеет место из-за поведенческих нарушений, свойственных таким детям [21].

Таким образом, результаты нашего исследования не противоречат наблюдениям большинства авторов, свидетельствующим о распространенности тревожных рас-

стройств в популяции детей с СДВГ. Показано, что среди всех симптомов СДВГ именно дефицит концентрации внимания коррелирует с уровнем тревожности [23, 24]. Одним из возможных объяснений этой взаимосвязи может быть нарушение внимания в патогенезе тревожных расстройств [25]. У детей с СДВГ обнаруживается недостаточность в организации внимания, необходимого на разных этапах выполнения задания. Как известно, любой вид деятельности включает ориентировочную фазу, фазу планирования и фазу контроля. У детей с СДВГ отмечаются нарушения на каждой из трех обозначенных стадий. Неадекватная фиксация внимания на элементах среды, неправильная их оценка и дефицит контроля приводят к тому, что эти элементы среды воспринимаются как угрожающие. Такая особенность восприятия определяет побудительную направленность тревоги, вследствие чего, как указывают отечественные и зарубежные авторы, СДВГ часто сопровождается тревожными расстройствами [26–28].

Тревожные расстройства, сочетающиеся с СДВГ, негативно влияют на состояние ребенка, усиливая симптомы СДВГ и снижая эффективность терапии. Дети с сопутствующими СДВГ тревожными расстройствами, более склонны к заниженной самооценке [29, 30]. Нейропсихологическое тестирование выявляет у таких пациентов более низкие показатели памяти и других когнитивных функций в сравнении с детьми с СДВГ без ТР [31], а также более выраженную импульсивность [13]. Раннее выявление и своевременная терапия ТР позитивно влияют на прогноз и эффективность коррекции СДВГ [4, 31, 32].

Сочетание СДВГ с ТР предполагает обязательное психотерапевтическое вмешательство [33]. В ряде работ показан хороший эффект когнитивно-поведенческой психотерапии

[34]. Психотерапия должна включать в себя работу с родителями, воспитателями и педагогами [35]. Работа с родителями заключается в информировании об особенностях протекания заболевания, практических рекомендациях по построению взаимоотношений с детьми и замене неадаптивных подходов к своим детям на адаптивные, проведении тренингов родительской компетентности. Психологическое консультирование педагогов ориентирует их на поиск индивидуального психологического подхода к конкретному ребенку, информирует о его личностных свойствах и особенностях протекания заболевания, обучает специфике построения взаимоотношений с ребенком.

Медикаментозная терапия СДВГ назначается по индивидуальным показаниям тогда, когда эмоциональные, когнитивные и поведенческие нарушения не могут быть преодолены лишь с помощью методов психотерапии и психолого-педагогической коррекции. В нашей стране для лечения СДВГ традиционно применяют ноотропные препараты (пираретам, пиритинол, препараты на основе полипептидов головного мозга скота [36–38]), однако их использование не позволяет достигнуть снижения сопутствующей тревожности.

Для лечения ТР традиционно используются транквилизаторы и антидепрессанты. Однако данные препараты нередко вызывают нежелательные эффекты (сонливость, заторможенность, снижение концентрации внимания) и лишь немногие из них допустимы к назначению в детском возрасте, в особенности при СДВГ, поэтому их применение для данной категории пациентов ограничено. Это делает актуальным выбор таких лекарственных средств, которые равносильно комбинируют в себе ноотропное действие (улучшение интеллектуальных способностей) и анксиолитический эффект.

К ноотропным препаратам с указанными свойствами относятся препараты на основе аминафенилмасляной кислоты (АФК), представляющей собой фенильное производное γ -аминомасляной кислоты, которые облегчают ГАВА-опосредованную передачу нервных импульсов в ЦНС (прямое воздействие на ГАВА-ергические рецепторы). В настоящее время в терапии детей с СДВГ и сочетанными ТР все более широко применяется препарат Анвифен® с действующим веществом — аминафенилмасляной кислоты гидрохлоридом. Доказано, что препарат улучшает функциональное состояние мозга за счет нормализации его метаболизма и положительно влияет на мозговой кровоток [38]. Курсовой прием препарата Анвифен® увеличивает как физическую, так и умственную работоспособность (внимание, память, скорость и точность сенсорно-моторных реакций) — таких эффектов нет у классических анксиолитиков. Показан положительный эффект данного препарата у детей с СДВГ, особенно если в структуре синдрома преобладают проявления гиперактивности [39, 40]. Одновременно препарат способствует снижению чувства тревоги, напряженности и беспокойства, нормализует сон, т. е. оказывает комбинированный ноотропный и анксиолитический эффект, что особенно важно в терапии детей с СДВГ и коморбидными ТР. Таким образом, по спектру терапевтической активности препарат является полимодальным.

Капсульная форма препарата Анвифен® выгодно отличается от таблетированных препаратов АФК низким содержанием вспомогательных веществ, что уменьшает вероятность развития побочных эффектов со сторо-

ны ЖКТ [40, 41]. Принимается курсами по 2–3 нед. с перерывом между ними.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, изучение такой распространенной клинико-психологической проблемы, как СДВГ, требует рассмотрения сопутствующих расстройств, к числу которых относится тревожность. Результаты проведенного эмпирического исследования выявляют повышение уровня тревожности дошкольников с СДВГ по сравнению со здоровыми детьми, что позволяет рассматривать тревожность как сопутствующий фактор СДВГ, усиливающий все симптомы и снижающий эффективность терапии.

Раннее выявление тревожных расстройств и безотлагательное проведение лечебных мероприятий с применением комплекса эффективных современных методов способствует более успешной коррекции СДВГ.

Благодарность

Авторы выражают признательность сотрудникам и студентам кафедры клинической психологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова и лично М.А. Панфиловой и М.А. Чебуниной, а также директорам, воспитателям, педагогам и медицинским работникам детских садов № 1246, 557, 17, 1246 (Москва) за помощь в проведении исследования.

Автор и редакция благодарят компанию ЗАО «ФармФирма «Сотекс» за предоставление полных текстов иностранных статей, требовавшихся для подготовки обзорной части данной публикации.

Acknowledgement

The author is grateful to the teachers and students of the Department of Clinical Psychology of A.I. Evdokimov Moscow University of Medicine & Dentistry and personally M.A. Panfilova and M.A. Chebunina as well as the directors, educators, teachers, and health care providers of Moscow kindergartens No. 1246, 557, 17, and 1246 for their assistance in the study.

The author and Editorial Board are grateful to JSC “Sotex” for providing full-text foreign articles required to write the review.

Литература

1. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: современные принципы диагностики и лечения. Вопросы современной педиатрии. 2014;13(4):48–53.
2. Young S., Fitzgerald M., Postma M.J. ADHD: making the invisible visible. An Expert White Paper on attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): policy solutions to address the societal impact, costs and long-term outcomes, in support of affected individuals. London, 2013. (Электронный ресурс.) URL: http://www.russellbarkley.org/factsheets/ADHD_MakingTheInvisibleVisible.pdf (дата обращения: 12.09.2020).
3. Бочков Н.П. Генетика синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Медицинская генетика. 2007;8:9–14.
4. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: диагностика, патогенез, принципы лечения. Вопросы практической педиатрии. 2012;7(1):54–62.
5. When ADHD and Anxiety Occur Together. (Электронный ресурс.) URL: <https://psychcentral.com/lib/when-adhd-and-anxiety-occur-together/> (дата обращения: 09.10.2020).
6. Souza I., Denardin D., Mattos P.E., Rohde L.A. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity in Brazil: comparisons between two referred samples. Eur J Child Adolesc Psychiatry. 2004;13:243–248.
7. Anderson J.C., Williams S., McGee R., Silva P.A. DSM-III disorders in preadolescent children. Arch Gen Psychiatry. 1987;44:69–76.
8. Bird H.R., Canino G., Rubio-Stipec M. et al. Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. Arch Gen Psychiatry. 1988;45:1120–1126.
9. Pliszka S.R. Effect of anxiety on cognition, behavior, and stimulant response in ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1989;28:882–887.

10. Bowen R.C., Offord D.R., Boyle M.H. The prevalence of overanxious disorder and separation anxiety disorder: results from Ontario Child Health Survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29:753–758.
11. McGee R., Feehan M., Williams S. et al. DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29:611–619.
12. Souza I., Pinheiro M.A., Mattos P. Anxiety disorders in an attention-deficit/hyperactivity disorder clinical sample. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63(2-B):407–409. DOI: 10.1590/S0004-282X2005000300008.
13. Лапшина О.В. Тревожные расстройства у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2008.
14. Sciberras E., Efron D., Patel P. et al. Does the treatment of anxiety in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) using cognitive behavioral therapy improve child and family outcomes? Protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2019;19:359. DOI: 0.1186/s12888-019-2276-3.
15. Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. СПб.: Речь; 2002.
16. Шамилова Г.А. Психодиагностика эмоциональной сферы личности: Практическое пособие. М.; 2006.
17. Лаврентьева Г.П., Титаренко Т.М. Практическая психология для воспитателя. Киев; 1992.
18. Тимофеева О.А. Факторы возникновения и развития тревожности у старших дошкольников. *Бюллетень науки и практики*. 2018;4(1):357–361.
19. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб.: Питер; 2019.
20. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: МОДЭК; 2000.
21. Анисимова Т.И., Сурушкина С.Ю. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: проблема в семье и семейная терапия. *Педиатр*. 2011;2(3):9–12.
22. Андерсон С.В. Изучение страхов и тревожности у детей старшего дошкольного возраста. *Молодой ученый*. 2016;5(109):2–5.
23. Epstein J.N., Conners C.K., Erhardt D. et al. Asymmetrical hemispheric control of visual-spatial attention in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*. 1997;11:467–473.
24. Willcutt E.G., Nigg J.T., Pennington B.F. et al. Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of Abnormal Psychology*. 2012;121:991–1010. DOI: 10.1037/a0027347.
25. Beck A.T., Clark D.A. An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*. 1997;35:49–58.
26. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. М.: Школа Пресс; 2001.
27. Kendall P., Kortlander E., Chansky T., Brady E. Comorbidity of anxiety and depression in youth: Treatment implications. *Jour. of Consulting and Clin Psychology*. 1992;60:869–880.
28. Strauss C., Last C., Hersen M., Kazdin A. Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. *Jour. of Abnormal Child Psychol*. 1988;16:57–68.
29. Астапов В.М., Дробышева Т.В., Викторова В.В. Тревога как сопутствующий фактор синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей. *Психологический журнал*. 2007; 6 (28):91–100.
30. Bussing R., Zima B.T., Perwin A.R. Self-esteem in special education children with ADHD: relationship to disorder characteristics and medication use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:1260–1269.
31. Pliszka S.R. Effect of anxiety on cognition, behavior, and stimulant response in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989;28:882–887.
32. Tannock R., Ickowicz A., Schachar R. Differential effects of methylphenidate on working memory in ADHD children with and without comorbid anxiety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34:866–896.
33. Manassis K. Double jeopardy: How to treat kids with comorbid anxiety and ADHD. *Current Psychiatry*. 2008;7(6):77–88.
34. Sciberras E., Efron D., Patel P. et al. Does the treatment of anxiety in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) using cognitive behavioral therapy improve child and family outcomes? 2019;19(1):359. DOI: 10.1186/s12888-019-2276-3.
35. Корабельникова Е.А. Современные подходы к диагностике и терапии синдрома дефицита внимания и гиперактивности. *Педиатрия*. 2019;5:114–122.
36. Суворинова Н.Ю. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей и подростков: возможности современной терапии. *Педиатрия (прил. к журн. Consilium Medicum)*. 2018;3:99–106. DOI: 10.26442/2413-8460_2018.3.99-106.
37. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. СПб.: ХОКА; 2007.
38. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Никишенина И.С. Астенические расстройства у детей и подростков: Клиническая гетерогенность и их дифференцированная терапия. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014;12:99–103.
39. Пизова Н.В. Синдром дефицита внимания и гиперактивности. *Consilium medicum. Педиатрия (прил.)*. 2012;2:27–31.
40. Лукушкина Е.Ф., Карпович Е.И., Чабан О.Д. Аминофенилмасляная кислота (Анвифен®): клинико-фармакологические аспекты и опыт применения в детской неврологии. *РМЖ*. 2014;3:228–231.
41. Зыков В.П., Комарова И.Б. Возможность использования аминофенилмасляной кислоты в практике детского невролога. *РМЖ. Педиатрия*. 2013; 24:1166–1167.

References

1. Zavadenko N.N. Attention deficit hyperactivity disorder: modern principles of diagnosis and treatment. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2014;13(4):48–53 (in Russ.).
2. Young S., Fitzgerald M., Postma M.J. ADHD: making the invisible visible. An Expert White Paper on attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): policy solutions to address the societal impact, costs and long-term outcomes, in support of affected individuals. London, 2013. (Electronic resource.) URL: http://www.russellbarkley.org/factsheets/ADHD_MakingTheInvisibleVisible.pdf (access date: 12.09.2020).
3. Bochkov N.P. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Meditinskaya genetika*. 2007;8:9–14 (in Russ.).
4. Zavadenko N.N. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis, pathogenesis, principles of treatment. *Voprosy prakticheskoy pediatrii*. 2012;7(1):54–62 (in Russ.).
5. When ADHD and Anxiety Occur Together. (Electronic resource.) URL: <https://psychcentral.com/lib/when-adhd-and-anxiety-occur-together/> (access date: 09.10.2020).
6. Souza I., Denardin D., Mattos P.E., Rohde L.A. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity in Brazil: comparisons between two referred samples. *Eur J Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13:243–248.
7. Anderson J.C., Williams S., McGee R., Silva P.A. DSM-III disorders in preadolescent children. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:69–76.
8. Bird H.R., Canino G., Rubio-Stipec M. et al. Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:1120–1126.
9. Pliszka S.R. Effect of anxiety on cognition, behavior, and stimulant response in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989;28:882–887.
10. Bowen R.C., Offord D.R., Boyle M.H. The prevalence of overanxious disorder and separation anxiety disorder: results from Ontario Child Health Survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990; 29:753–758.
11. McGee R., Feehan M., Williams S. et al. DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29:611–619.
12. Souza I., Pinheiro M.A., Mattos P. Anxiety disorders in an attention-deficit/hyperactivity disorder clinical sample. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63(2-B):407–409. DOI: 10.1590/S0004-282X2005000300008.
13. Lapshina O.V. Anxiety disorders in children with attention deficit hyperactivity disorder: thesis. SPb.; 2008 (in Russ.).
14. Sciberras E., Efron D., Patel P. et al. Does the treatment of anxiety in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) using cognitive behavioral therapy improve child and family outcomes? Protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2019;19:359. DOI: 0.1186/s12888-019-2276-3.
15. Dermanova I.B. Diagnostics of emotional and moral development. SPb: Rech'; 2002 (in Russ.).
16. Shamilova G.A. Psychodiagnostics of the emotional sphere of personality: A Practical Guide. M.; 2006 (in Russ.).
17. Lavrentyeva G.P., Titarenko T.M. Practical psychology for the educator. Kiev; 1992 (in Russ.).
18. Timofeeva O.A. Factors of the onset and development of anxiety in older preschoolers. *Byulleten' nauki i praktiki*. 2018;4(1):357–361 (in Russ.).
19. Ilyin E.P. Emotions and feelings. SPb.: Piter; 2019 (in Russ.).
20. Prikhozhan A.M. Anxiety in children and adolescents: psychological nature and age dynamics. Moscow: Moscow Psychological and Social Institute; Voronezh: MODEK; 2000 (in Russ.).
21. Anisimova T.I., Surushkina S. Yu. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Family Problem and Family Therapy. *Pediatr*. 2011;2(3):9–12 (in Russ.).
22. Anderson S.V. Study of fears and anxiety in older preschool children. *Molodoy uchenyy*. 2016;5(109):2–5 (in Russ.).
23. Epstein J.N., Conners C.K., Erhardt D. et al. Asymmetrical hemispheric control of visual-spatial attention in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*. 1997;11:467–473.
24. Willcutt E.G., Nigg J.T., Pennington B.F. et al. Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of Abnormal Psychology*. 2012;121:991–1010. DOI: 10.1037/a0027347.
25. Beck A.T., Clark D.A. An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*. 1997;35:49–58.
26. Zavadenko N.N. How to understand a child: children with attention deficit hyperactivity disorder. M.: School Press; 2001 (in Russ.).
27. Kendall P., Kortlander E., Chansky T., Brady E. Comorbidity of anxiety and depression in youth: Treatment implications. *Jour. of Consulting and Clin Psychology*. 1992;60:869–880.
28. Strauss C., Last C., Hersen M., Kazdin A. Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. *Jour. of Abnormal Child Psychol*. 1988;16:57–68.
29. Astapov V.M., Drobysheva T.V., Viktorova V.V. Anxiety as a concomitant factor in attention deficit hyperactivity disorder in children. *Psikhologicheskii zhurnal*. 2007;6(28):91–100 (in Russ.).

30. Bussing R., Zima B.T., Perwin A.R. Self-esteem in special education children with ADHD: relationship to disorder characteristics and medication use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:1260–1269.
31. Pliszka S.R. Effect of anxiety on cognition, behavior, and stimulant response in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989;28:882–887.
32. Tannock R., Ickowicz A., Schachar R. Differential effects of methylphenidate on working memory in ADHD children with and without comorbid anxiety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34:866–896.
33. Manassis K. Double jeopardy: How to treat kids with comorbid anxiety and ADHD. *Current Psychiatry*. 2008;7(6):77–88.
34. Sciberras E., Efron D., Patel P. et al. Does the treatment of anxiety in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) using cognitive behavioral therapy improve child and family outcomes? 2019;19(1):359. DOI: 10.1186/s12888-019-2276-3.
35. Korabelnikova E.A. Modern approaches to the diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatriya*. 2019;5:114–122 (in Russ.).
36. Suvorinova N. Yu. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: the possibilities of modern therapy. *Pediatriya (Pril. k zhurn. Consilium Medicum)*. 2018;3:99–106. DOI: 10.26442 / 2413-8460_2018.3.99-106 (in Russ.).
37. Chutko L.S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disorders. SPb.: KHOKA; 2007 (in Russ.).
38. Chutko L.S., Surushkina S. Yu., Nikishina I.S. Asthenic disorders in children and adolescents: Clinical heterogeneity and their differentiated therapy. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2014;12:99–103 (in Russ.).
39. Pizova N.V. Attention deficit hyperactivity disorder. *Consilium medicum. Pediatriya (pril.)* 2012;2:27–31 (in Russ.).
40. Lukushkina E.F., Karpovich E.L., Chaban O.D. Aminophenylbutyric acid (Anvifen®): clinical and pharmacological aspects and experience in pediatric neurology. *RMJ*. 2014;3:228–231 (in Russ.).
41. Zykov V.P., Komarova I.B. The possibility of using aminophenylbutyric acid in the practice of a pediatric neurologist. *RMJ. Pediatriya*. 2013;24:1166–1167 (in Russ.).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Корабельникова Елена Александровна — д.м.н., профессор кафедры нервных болезней ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); 119991, Россия, г. Москва, ул. Трубевская, д. 8, стр. 2; ORCID iD 0000-0003-4548-0012.

Контактная информация: Корабельникова Елена Александровна, e-mail: e_korabel@mail.ru.

Прозрачность финансовой деятельности: автор не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Конфликт интересов отсутствует.

Статья поступила 16.10.2020.

Поступила после рецензирования 29.10.2020.

Принята в печать 10.11.2020.

ABOUT THE AUTHOR:

Elena A. Korabel'nikova — *Doct. of Sci. (Med.)*, professor of the Department of Neurological Diseases, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), 8 Build. 2, Trubetskaya str., Moscow, 119991, Russian Federation; ORCID iD 0000-0003-4548-0012.

Contact information: Elena A. Korabel'nikova, e-mail: e_korabel@mail.ru.

Financial Disclosure: the author has not a financial or property interest in any material or method mentioned.

There is no conflict of interests.

Received 16.10.2020.

Revised 29.10.2020.

Accepted 10.11.2020.