

Н. Н. Заваденко

ГИПЕРАКТИВНОСТЬ И ДЕФИЦИТ ВНИМАНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ВУЗОВ

2-е издание, переработанное и дополненное

*Рекомендовано Учебно-методическим отделом высшего образования
в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений,
обучающихся по гуманитарным и медицинским направлениям*

**Книга доступна в электронной библиотечной системе
biblio-online.ru**

Москва ■ Юрайт ■ 2018

УДК 159.922(075.8)

ББК 88.7я73

3-13

Автор:

Заваденко Николай Николаевич — профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова Минздрава России.

Рецензенты:

Шкловский В. М. — доктор психологических наук, профессор, академик РАО;

Микадзе Ю. В. — доктор психологических наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова, заведующий кафедрой клинической психологии психолого-социального факультета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова Минздрава России.

Заваденко, Н. Н.

3-13

Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте : учеб. пособие для вузов / Н. Н. Заваденко. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018. — 274 с. — (Серия : Авторский учебник).

ISBN 978-5-534-05701-0

В учебном пособии подробно рассматривается актуальная проблема гиперактивности и дефицита внимания у детей и подростков. В пособии нашел отражение опыт работы автора с гиперактивными детьми, а также результаты его многолетней исследовательской деятельности. Подробно анализируются ранее существовавшие теории развития ГРДВ, основные проявления данного расстройства и их возрастная динамика. Изучаются нейропсихологические модели нарушения внимания, современные психологические теории ГРДВ, а также роль дисфункции лобных долей мозга в генезе гиперактивного расстройства с дефицитом внимания. Рассматриваются вопросы диагностики и коррекции данного состояния. Представленные в приложениях методики могут быть полезны в практической деятельности специалиста.

Соответствует актуальным требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

Для студентов высших учебных заведений, обучающихся по гуманитарным и медицинским направлениям, а также для всех интересующихся вопросами ГРДВ.

УДК 159.922(075.8)

ББК 88.7я73



Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав. Правовую поддержку издательства обеспечивает юридическая компания «Дельфи».

© Заваденко Н. Н., 2005

© Заваденко Н. Н., 2018, с изменениями

© ООО «Издательство Юрайт», 2018

ISBN 978-5-534-05701-0

Оглавление

Введение	5
Глава 1. История изучения гиперактивности и дефицита внимания у детей	7
1845 г. Феномен гиперактивности и невнимательности	7
1902 г. Дефекты морального контроля	9
1900—1920 гг. Органическое повреждение головного мозга	12
1930—1950 гг. Минимальное мозговое повреждение.....	16
1960-е гг. Минимальная мозговая дисфункция	18
1960—1970-е гг. Синдром гиперактивного ребенка	20
1980-е гг. Синдром дефицита внимания	21
1987 г. Гиперактивное расстройство с дефицитом внимания	24
1990-е гг. Дисфункция префронтальной области и нарушения управляющих функций мозга.....	25
<i>Вопросы для повторения</i>	26
Глава 2. Гиперактивное расстройство с дефицитом внимания у детей: основные проявления и распространенность	27
Критерии диагноза гиперактивного расстройства с дефицитом внимания у детей.....	27
Проявления гиперактивного расстройства с дефицитом внимания у детей	32
Возрастная динамика проявлений гиперактивного расстройства с дефицитом внимания.....	36
Нарушения, ассоциированные с ГРДВ (коморбидные расстройства)	42
Изучение распространенности ГРДВ.....	58
ГРДВ и школьная дезадаптация	62
<i>Вопросы для повторения</i>	67
Глава 3. Внимание, нейропсихологические модели его нарушений. Развитие внимания и его исследование в детском возрасте	68
Внимание, его виды и свойства.....	68
Нейроанатомическая организация внимания.....	71
Развитие функций внимания в детском возрасте	82
Методы исследования внимания и его показатели у детей с ГРДВ	85
<i>Вопросы для повторения</i>	94
Глава 4. Современные психологические модели гиперактивного расстройства с дефицитом внимания	96
Нарушения поведенческого торможения при ГРДВ	96

Объединенная модель Р. Баркли: расстройство поведенческого торможения как основа нарушений УФ при ГРДВ	106
Расстройства поведенческого торможения и управляющие функции мозга при ГРДВ	116
Модель Т. Брауна: шесть равнозначных кластеров УФ и их нарушения при ГРДВ	118
<i>Вопросы для повторения</i>	121
Глава 5. Лобные доли мозга, управляющие функции и гиперактивное расстройство с дефицитом внимания	123
Формирование концепции управляющих функций мозга	123
Особенности развития лобных долей и управляющих функций.....	133
Структурно-функциональная организация лобных долей головного мозга, управляющая деятельность и ГРДВ.....	135
<i>Вопросы для повторения</i>	144
Глава 6. Нейробиологические механизмы и факторы риска для формирования гиперактивного расстройства с дефицитом внимания у детей	145
Нейробиологические основы ГРДВ	145
Роль социально-психологических факторов	162
Взаимодействие различных механизмов в генезе ГРДВ	164
<i>Вопросы для повторения</i>	168
Глава 7. Обследование детей, страдающих гиперактивным расстройством с дефицитом внимания	169
Принципы диагностики ГРДВ.....	169
Дифференциальный диагноз при ГРДВ.....	174
Психологическое обследование детей с ГРДВ: оценка состояния когнитивных функций.....	182
Особенности неврологического статуса у детей с ГРДВ	191
<i>Вопросы для повторения</i>	195
Глава 8. Методы коррекции гиперактивного расстройства с дефицитом внимания	196
Принципы оказания помощи детям с ГРДВ	196
Помощь семье ребенка с ГРДВ и работа с его родителями.....	197
Поведенческая терапия: выбор родителями эффективных стратегий управления поведением ребенка с ГРДВ	211
Психотерапевтическая программа тренинга родителей Р. Баркли.....	216
Ребенок с ГРДВ и школа	222
Психолого-педагогическая коррекция при ГРДВ: вмешательство в процесс обучения	231
Лекарственная терапия при ГРДВ	236
<i>Вопросы для повторения</i>	244
Рекомендуемая литература	245
Новые издания по дисциплине «Психокоррекционная работа с детьми» и смежным дисциплинам	247
Приложения	249

Введение

Гиперактивное расстройство с дефицитом внимания (ГРДВ) — основная причина нарушений поведения и трудностей обучения в дошкольном и школьном возрасте. Оно проявляется несвойственными для нормальных возрастных показателей двигательной гиперактивностью, дефектами концентрации внимания, отвлекаемостью, импульсивностью поведения, проблемами во взаимоотношениях с окружающими. Распространенность ГРДВ высока, им страдают около 5% детей школьного возраста, причем мальчики в гораздо большей степени подвержены развитию этого патологического состояния по сравнению с девочками.

Сразу отметим, что под ГРДВ имеется в виду то же самое состояние, которое в России принято обозначать как «синдром дефицита внимания и гиперактивности» или СДВГ. Между тем, международному термину «Attention Deficit Hyperactivity Disorder» в переводе больше соответствует «Гиперактивное расстройство с дефицитом внимания». Кроме того, данный перевод термина в отличие от «синдрома» лучше подходит для обозначения самостоятельного патологического состояния, которым является ГРДВ согласно данным современных исследований.

Симптомы ГРДВ, как правило, отмечаются у ребенка окружающими взрослыми, начиная с трех-четырёхлетнего возраста и всегда — до семи лет. Когда такой 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. В школьные годы нарушения внимания становятся очевидными, они влекут за собой трудности освоения школьных навыков, слабую успеваемость, неуверенность в себе и заниженную самооценку.

К подростковому возрасту гиперактивность у детей с ГРДВ значительно уменьшается или исчезает, однако нарушения внимания и импульсивность у многих в той или иной степени сохраняются вплоть до взрослого возраста. Социальная значимость проблемы определяется тем, что у подростков с ГРДВ нередко нарастают нарушения поведения, появляется агрессивность, возникают трудности во взаимоотношениях в семье и школе, ухудшается школьная успеваемость. Для таких детей характерны безответственное поведение, нарушение семейных и общественных правил, значительные трудности в выборе и освоении профессии, нередко возникает тяга к алкоголю и наркотикам. В связи

с этим усилия родителей и специалистов должны быть направлены на своевременное выявление и коррекцию ГРДВ.

К детям с ГРДВ нельзя относиться, как к бездельникам, двоечникам и хулиганам. ГРДВ — патологическое состояние, оно имеет нейробиологическую природу и не является результатом распушенности или плохого воспитания. Раннее выявление ГРДВ и безотлагательное проведение коррекционных мероприятий с применением современных эффективных методов позволяют преодолеть многие трудности и достичь значительных результатов. Необходимыми условиями для этого являются своевременность, последовательность и достаточная продолжительность оказываемой помощи, но самое главное — и родителям, и педагогам, работающим с детьми с ГРДВ, никогда не следует терять взаимопонимания с ребенком и надежд на его успехи. Коррекция гиперактивного расстройства должна носить комплексный характер и объединять различные подходы, в том числе методы модификации поведения (специальные воспитательные приемы для родителей и педагогов), психолого-педагогической коррекции, психотерапии, а также медикаментозное лечение.

В последние годы сформулированы новые психологические модели ГРДВ, достигнут значительный прогресс в изучении нейробиологических основ этого состояния, активно осуществляются исследования генетических механизмов, нейрофизиологических, нейроморфологических и нейромедиаторных нарушений, способствующих развитию ГРДВ. Результаты современных исследований способствуют переосмыслению прежних представлений о ГРДВ, уточнению и пересмотру подходов к его диагностике и коррекции.

Проявления СДВГ у ребенка могут послужить поводом для первичного обращения родителей к разным специалистам, в том числе врачам (педиатрам, детским неврологам и психиатрам), психологам, логопедам, дефектологам. Очень часто на симптомы СДВГ впервые обращают внимание дошкольные и школьные педагоги. Поэтому всем специалистам, участвующим в оказании помощи детям с СДВГ, важно взаимодействовать между собой и придерживаться ряда общих позиций, начиная с принципов оценки имеющихся нарушений.

Глава 1

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ГИПЕРАКТИВНОСТИ И ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ

1845 г. Феномен гиперактивности и невнимательности

Гиперактивность у детей давно и широко известна. Принято считать, что современная концепция гиперактивности с дефицитом внимания, а также история научного изучения этого состояния начинаются с публикаций Г. Ф. Стилла (Still G. F., 1902) и А. Тредголда (Tredgold A., 1908). Однако работам этих авторов предшествовали клинические описания отдельных случаев детской гиперактивности, которые были сделаны в медицинской литературе психиатрами и неврологами в XIX столетии (Hoffmann H., 1845; Ireland W. E., 1877; Bourneville E., 1897; Clouston T. S., 1899).

Возможно, первое научное описание ГРДВ с преобладанием нарушений внимания сделал в 1798 родившийся в Шотландии доктор Александр Кричтон (Alexander Crichton), который позднее в 1804—1819 гг. в качестве врача находился на службе у российского императора Александра I в Санкт-Петербурге (Palmer, Finger, 2001).

Например, в Германии до сих пор популярны детские стихи про непоседу Филиппа, которые принадлежат перу врача Генриха Гофманна (Heinrich Hoffmann, 1809—1894). Г. Гофманн занимался анатомией, неврологией и психиатрией. С 1844 по 1851 г. он был доцентом анатомии в университете, принимал участие в организации клиники для бедных и создании «Медицинского союза». В 1848 г. как представитель либерального гражданства он принимал участие в работе нижней палаты городского парламента г. Франкфурта. С 1851 по 1888 г. он был ведущим специалистом в приюте для душевнобольных и больных эпилепсией. Г. Гофманн — автор книг «Физиология смысла галлюцинаций» (1851), «Опыт наблюдений задушевыми расстройствами и эпилепсией» (1859), но среди своих современников он был не менее широко известен и как литератор. Его перу принадлежат стихотворные сборники для взрослых и детей, несколько комедий и произведений в жанре политической сатиры.

Самой известной книгой Г. Гофманна стал небольшой сборник стихотворений «Веселые истории и забавные картинки для детей 3—6 лет», который выдержал многочисленные переиздания и позднее стал выхо-

дять под названием «Питер-растреп». История создания этой книги такова. В декабре 1844 г. Г. Гофманн решил купить для своего трехлетнего сына книгу с картинками в подарок к Рождеству. Но, не сумев найти ничего подходящего, он в конце концов приобрел тетрадь, в которой написал стихотворения, сочиненные им самим, и собственноручно сделал иллюстрации к ним. В юмористической форме Г. Гофманн охарактеризовал нелепости, чудачества, трудности в поведении разных детей, придав им воспитательную направленность. Спустя некоторое время со стихами и рисунками ознакомились друзья Г. Гофманна и уговорили его издать книгу. Первое издание вышло в 1845 г. Уже через 3 года в г. Лейпциге вышла английская версия книги, затем во многих странах были сделаны переводы на другие языки.

Одно из самых заметных стихотворений этого сборника называется «Филипп-непоседа». В Германии до сих пор именно так часто называют гиперактивных детей. Благодаря многочисленным публикациям на немецком и английском языках это стихотворение уже в XIX в. пробудило значительный интерес к проблеме детской гиперактивности, поэтому до сих пор считается, что наибольший вклад в развитие медицины Г. Гофманн сделал в области изучения проблем поведения у детей и подростков. Приводим перевод стихотворения на русский язык (автор перевода — Мила Васильева, 2005) и иллюстрацию к нему из издания 1859 г. (Hoffman H. *Der Struwwelpeter*. — Frankfurt, 1859) (рис. 1.1).

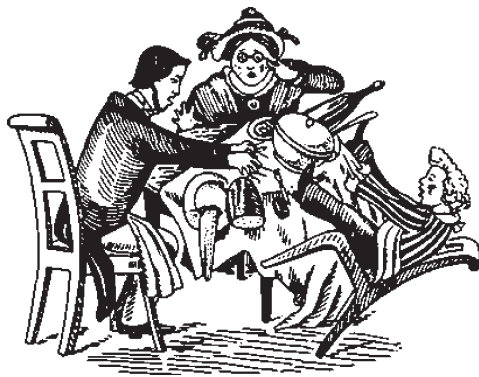


Рис. 1.1. Иллюстрация к стихотворению «Филипп-непоседа» из книги Г. Гофманна «Der Struwwelpeter» (1859)

Филипп-непоседа
«Филипп, обещаешь сегодня
Спокойно сидеть за столом?» —
Отец строго спрашивал сына,
А мама молчала при том.
Но мальчик совсем их не слушал,
Крутился туда и сюда,
Проказничал он и качался —
Все для него ерунда.
«Филипп, нам совсем не нравится,
Как ты себя ведешь».

Смотрите же, дети, смотрите!
«Филипп, ты сейчас упадешь!»
Он так раскачался сильно,
Что стул опрокинулся — грох!
За скатерть схватился он с криком,
Но разве же был в том прок?
Посуда, еда и напитки
Скатились на пол; сын кричит,
Отец озадачен: что делать?
А мать замерла и молчит...
Под скатертью сына не видно,
И нет ничего на столе.
Тарелки разбиты, семья без обеда,
Родители в гневе: «Вот сын — непоседа!»

Это стихотворение о Филиппе-непоседе считается классическим описанием поведения ребенка с ГРДВ, который многократно проявил неугомонность и невнимательность, нарушил общепринятые правила и нормы поведения. Сегодня мы могли бы говорить о том, что у него имеется ГРДВ с комбинацией симптомов невнимательности и гиперактивности-импульсивности.

Между тем, в книге «Питер-растрепка» есть еще одно стихотворение о Хансе-ротозее, у которого можно предположить ГРДВ с преобладанием симптомов невнимательности. Ханс то и дело отвлекался и смотрел куда-то вверх, не замечая того, что оказывалось у него под ногами. На иллюстрациях Гофманна (рис. 1.2) показано, как однажды Ханс не увидел бегущую ему навстречу собаку, они столкнулись и вместе упали в яму. Когда мальчик зазевался в следующий раз, засмотревшись на небо, то шагнул с берега прямо в реку, откуда его, к счастью, вовремя вытащили двое взрослых мужчин.

Книга Гофманна многократно переиздавалась, в том числе в переводах на другие языки, и благодаря ей в разных странах вырос интерес к вопросам воспитания детей и научным исследованиям трудностей детского поведения. На русском языке она впервые вышла в 1857 году в Санкт-Петербурге под названием «Степка-растрепка».

1902 г. Дефекты морального контроля

Сэр Георг Фредерик Стилл (1868—1941) — известный английский педиатр и первый профессор по детским болезням, работал в клинике Королевского колледжа в Лондоне. Его имя получило широкую известность в медицине в связи с первым описанием хронического ревматоидного артрита у детей, который стал называться болезнью Стилла.

Во многом благодаря Г. Ф. Стилли специалисты обратили пристальное внимание и на детскую гиперактивность. В цикле лекций, прочитанных в 1902 г. перед Королевской академией врачей и опубликованных позднее в журнале «Lancet» (Still G. F., 1902), Г. Ф. Стилл представил первое подробное описание данного состояния. Он обследовал группу из 20 пациентов, среди которых преобладали мальчики.

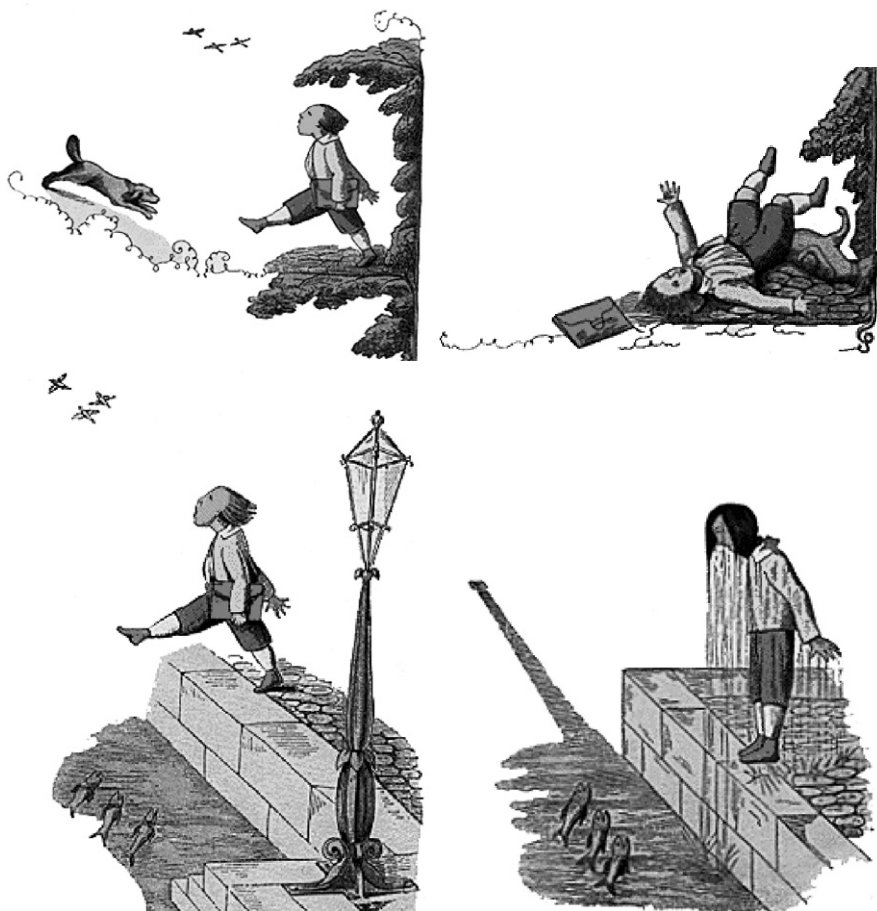


Рис. 1.2. Иллюстрации к стихотворению «Ханс-ротозей» из книги Генриха Гофманна издания 1859 года

В качестве основных нарушений Г. Ф. Стилл часто упоминает выраженную двигательную расторможенность и беспорядочный, «приближающийся к хореиформному» характер движений. Еще одним симптомом была неспособность сохранять внимание, которая вызывала трудности обучения в школе, несмотря на отсутствие признаков общего отставания в психическом развитии. Озорные, непослушные, легко возбудимые, дети практически не реагировали на наказания; некоторые из них не подчинялись общепринятым нормам, их поведение отличалось агрессивностью, деструктивной направленностью. В наше время эти симптомы рассматриваются как основные признаки ГРДВ, но могут наблюдаться и при более серьезных расстройствах поведения.

Основными механизмами нарушений поведения этих детей Г. Ф. Стилл считал недостаточную «волевую сдержанность» и «дефекты морального контроля». Он предположил, что дефицит волевого торможения, отсутствие морального контроля и неспособность сохранять внимание

не только взаимосвязаны, но и обусловлены одними и теми же нарушениями функционирования мозга.

Наблюдения Г. Ф. Стилла оказались очень точными, ему удалось подметить ряд особенностей ГРДВ, которые спустя десятилетия нашли подтверждение в специально предпринятых исследованиях. Выделим эти особенности: 1) гиперактивное расстройство чаще встречается у мальчиков; 2) максимально имеющиеся нарушения проявляются в первые годы школьного обучения; 3) семейная предрасположенность к данному расстройству указывает на роль наследственности в его развитии; 4) ГРДВ может формироваться в результате перенесенного повреждения центральной нервной системы (ЦНС); 5) среди родственников гиперактивных детей чаще отмечаются случаи правонарушений, алкоголизма и депрессии.

Особенно подробно Г. Ф. Стилл анализировал болезненный дефект волевых усилий. Он использовал термин «нравственный самоконтроль» по отношению к такому «контролю, который делал бы действия позитивными для окружающих людей», и подчеркивал, что моральный самоконтроль может осуществляться только тогда, когда в ходе развития психики ребенка ему становятся понятными взаимоотношения между людьми. Однако, по утверждению Г. Ф. Стилла, интеллектуального осознания недостаточно — необходим еще и волевой контроль. В своих работах Г. Ф. Стилл отмечает постепенный и медленный характер развития тормозящего волевого контроля по мере взросления детей. Он предположил, что к чрезмерной двигательной активности приводит отсутствие тормозящей составляющей волевого контроля при воздействии слишком интенсивных внешних стимулов. По его мнению, волевое торможение со временем становится направленным на формы активности, которые носят инстинктивный, бессознательный характер, например к эмоциональным реакциям.

Г. Ф. Стилл рассматривал развитие нравственного контроля как многофакторный процесс и признавал, что исход этого развития определяется взаимодействием познавательной активности с окружающей средой, нравственным самосознанием, волевым контролем. В своих работах он приводил конкретные клинические примеры, свидетельствующие о том, что умственная отсталость, являясь в чистом виде дефектом познавательной сферы, не служит причиной недостаточного самоконтроля, поскольку у пациентов, не имеющих умственной отсталости, могут наблюдаться значительно более тяжелые расстройства поведения, чем у умственно отсталых. В представленной им серии клинических наблюдений расстройств нравственного контроля Г. Ф. Стилл разделял эти случаи по ведущим причинам — на врожденные и приобретенные в результате мозгового поражения, по особенностям проявлений — на сопровождающиеся симптомами постоянного, преходящего или циклического характера.

Между тем необходимо иметь в виду, что свои представления Стилл сформулировал в то время, когда в Англии пользовалась популярностью

теория социального дарвинизма, и идеи Г. Ф. Стилла оказались под значительным ее влиянием. Внешние обстоятельства и общественные условия в Англии начала XIX столетия, безусловно, влияли на развитие науки и работу таких исследователей, как Г. Ф. Стилл. В XIX в. Англия пережила серьезные экономические, политические и социальные изменения; промышленность постепенно перешла к массовому производству товаров на крупных предприятиях. Общество характеризовалось классовым расслоением, причем неблагоприятные последствия экономической трансформации сказывались прежде всего на бедных слоях населения.

Эти неблагоприятные последствия выражались в возрастании уровня младенческой смертности, ухудшении состояния здоровья рабочих, увеличении среди их детей отклонений в поведении и трудностей обучения. Тем не менее недостатки в интеллектуальной и морально-этической сферах у бедняков исследователи считали причиной их социально-экономического положения, а не следствием существовавших общественно-экономических условий. Для объяснения социальных явлений из эволюционной теории Ч. Дарвина был заимствован тезис о «выживании наиболее приспособленных», в нем общественные реформаторы и интеллектуалы-современники Г. Ф. Стилла видели закономерность развития социальных отношений.

Отмечавшиеся у детей гиперактивность, нарушения поведения и неспособность удерживать внимание Г. Ф. Стилл связывал исключительно с биологическим дефектом, который может иметь наследственную природу либо вызываться перинатальными или постнатальными повреждениями ЦНС. Особенности поведения гиперактивных детей он считал характеристикой их темперамента, который имеет биологическую обусловленность, практически не поддается воздействию домашней обстановки, воспитания и коррекции, и соответственно приводят к неблагоприятным, бесперспективным отдаленным исходам. В дальнейшем эти пессимистические взгляды Г. Ф. Стилла, основанные на теории социального дарвинизма, неоднократно подвергались критике.

1900—1920 гг. Органическое повреждение головного мозга

Разделяя точку зрения Г. Ф. Стилла о том, что гиперактивное поведение может быть связано с повреждением ЦНС, которое не всегда удастся подтвердить объективными данными, А. Тредголд (Tredgold A., 1908) высказал следующее предположение: некоторые формы мозговых повреждений, связанные с патологией родов или относительно легкой гипоксией, могут проявляться в виде проблем поведения или трудностей обучения в тот период, когда ребенку необходимо справиться с определенными требованиями, предъявляемыми в начальной школе. А. Тредголд был членом английской Королевской комиссии по умственному недоразвитию. Его книга «Умственное недоразвитие (слабоу-

мие)» впервые вышла в свет в 1908 г., была дополнена и переработана в 1914 г., а затем неоднократно переиздавалась вплоть до 1952 г. В этой книге А. Тредголд приводит много описаний детей с гиперактивностью, и именно он впервые ассоциировал гиперактивность с «минимальным мозговым повреждением».

Описания гиперактивности у А. Тредголда основывались на его наблюдениях за группой пациентов, которых он называл «умственно недоразвитыми с самыми большими способностями». Будучи малоспособными к получению школьного образования и применению знаний в жизни, эти дети тем не менее достигали успехов благодаря наставничеству и индивидуальным занятиям. Он обратил внимание на то, что у некоторых его пациентов наблюдались различные малые аномалии развития, неловкость движений и плохая координация. Кроме того, эти дети были склонны к совершению правонарушений, даже если они воспитывались в благоприятных условиях. Как и Г. Ф. Стилл, А. Тредголд объяснял их недостаточную нравственность влиянием органических нарушений на высшие мозговые функции. Он утверждал, что те области мозга, в которых локализуется «чувство нравственности», являются самыми молодыми структурами, сформировавшимися в ходе эволюции человека, и поэтому они наиболее чувствительны к действию повреждающих факторов. По мнению А. Тредголда, моральный дефицит был связан с наследованием какого-то мозгового дефекта, который передавался из поколения в поколение и мог выражаться в различных расстройствах, в том числе в гиперактивности, мигрени, нетяжелых формах эпилепсии, истерии и неврастении. По отношению к данному мозговому дефекту он применял разные обозначения: «невропатический диатез», «психопатический диатез», «бластофтория» («повреждение эмбриона»). При этом, по его мнению, факторы окружающей обстановки не играли хоть сколько-то существенной роли среди причин недостаточной сформированности интеллекта и нравственности.

Связь между гиперактивным поведением и подтвержденным повреждением головного мозга получила новые доказательства после пандемии эпидемического энцефалита (энцефалита Экономо), распространившегося по странам Европы и США в 1917—1918 гг.

Спустя некоторое время многие врачи, наблюдая за детьми, выжившими после перенесенной инфекции, стали замечать у них нарушения поведения и когнитивных функций. Среди типичных последствий энцефалита у многих пациентов отмечались чрезмерная подвижность, выраженные изменения личности, трудности обучения. Для описания этих нарушений даже был принят специальный термин «постэнцефалитическое расстройство поведения». В последующие десятилетия клинические наблюдения за другими пациентами детского возраста, перенесшими эпидемический энцефалит во время новых вспышек, опять показали, что после этого заболевания развивается данный комплекс симптомов (Bender L., 1942; Gibbs F. et al., 1964). Как и в случае с публи-

кациями Г. Ф. Стилла, последствия перенесенного эпидемического энцефалита нередко оценивались с позиций социального дарвинизма. Считалось, что существует врожденная предрасположенность к заражению этим заболеванием, а лица, перенесшие такие инфекции, как энцефалит, обладают худшей, несовершенной конституцией.

Если оценивать эти клинические описания с сегодняшних позиций и применять к ним современные диагностические критерии ГРДВ, то подтвердить у детей гиперактивность с дефицитом внимания возможно лишь в немногих случаях. Тем не менее представляется важным другое: врачи пришли к выводу о том, что среди детей со стойкими расстройствами поведения после эпидемии оказались те, кто перенес более тяжелые формы заболевания, закончившиеся формированием выраженных нарушений функций мозга. Именно эти рассуждения привели в последующем к формированию представлений об аналогичной взаимосвязи между минимальным мозговым повреждением и сравнительно легкими нарушениями поведения. Интересно также, что если у детей после перенесенного энцефалита часто развивались чрезмерная подвижность, нарушения внимания и контроля импульсов либо более серьезные формы расстройств поведения и когнитивных функций, то для больных взрослого возраста была характерна иная закономерность. В неврологии хорошо известно, что хроническая стадия эпидемического энцефалита у взрослых характеризуется клиникой паркинсонизма, сопровождающегося двигательными расстройствами в виде замедленности и бедности движений, повышения мышечного тонуса, тремора покоя. Столь значительные различия в проявлениях последствий энцефалита у детей и взрослых, безусловно связанные с возрастом начала заболевания, стали одним из первых обоснований эволюционно-возрастной перспективы в представлениях о взаимосвязи между функционированием мозга и поведением.

Дополнительные подтверждения патогенетической связи между органическим повреждением ЦНС и гиперактивностью у детей были получены в ходе изучения последствий не только энцефалита, но и других поражений ЦНС: родовой травмы, черепно-мозговой травмы, эпилепсии, отравлений свинцом.

В 1934 г. E. Kahn и L. H. Cohen опубликовали описание у детей состояния, которое проявлялось избыточной подвижностью, неуклюжестью, неспособностью вести себя спокойно, непредсказуемым и взрывчатым характером в движениях и поступках. По мнению авторов, эти симптомы носили вторичный характер по отношению к основному — гиперактивности. Последняя рассматривалась ими как следствие патологической активации органического генеза, на которую могут дополнительно наслаиваться внутренние побудительные механизмы. Они предполагали, что гиперактивное поведение формируется в результате структурно-функциональных изменений в стволе головного мозга, которые могут быть вызваны «пренатальной энцефалопатией или родовой травмой».

Признавая отсутствие в анамнезе у ряда гиперактивных детей каких-либо свидетельств подобной травмы, Е. Kahn и L. H. Cohen в качестве аксиомы приняли положение о том, что причиной данного состояния является некий врожденный дефект стволовых структур, регулирующих уровень активации. Они подтверждали свою точку зрения тем, что гиперактивность у детей часто сочеталась с моторной неловкостью и малыми аномалиями развития, также имеющими конституциональную природу.

В нашей стране с конца 20-х — начала 30-х гг. XX в. интенсивно проводились исследования в области детской психиатрии. Гиперактивность описана выдающимся детским психиатром Г. Е. Сухаревой: «В симптоматике детских психических заболеваний наиболее часто отмечаются проявления психомоторного беспокойства, неустойчивости, импульсивности... Эти особенности детского возраста, как известно, находят свое объяснение в незаконченном развитии детского мозга. При выпадении тормозящего влияния коры получают перевес подкорковые механизмы. Среди психомоторных расстройств, встречающихся у ребенка... очень часто отмечаются двигательное беспокойство, бесцельные, избыточные, непрерывные движения, гримасничанье, кувырканье, поясничанье»¹. Отмечалось, что особенно часто подобные нарушения встречаются при нетяжелых, пограничных формах психических расстройств у детей.

Детский психиатр Е. А. Осипова, говоря о необоснованно частой диагностике конституциональных психопатий у детей, отмечала: «В огромном большинстве случаев, трактуемых как конституциональная психопатия, мы имеем дело или с врожденными аномалиями развития, обусловленными внутриутробным поражением, или же с психопатоподобными состояниями, приобретенными в раннем возрасте в итоге как общих, так и нейротропных инфекций. Изучение постэнцефалитических изменений психики у детей при энцефалите Экономо помогло перейти к аналогичным состояниям, возникающим при параинфекционных энцефалитах, менинго-энцефалитах, травмах, энцефалопатиях и т.д.»². Далее Е. А. Осипова останавливается на двух вариантах психопатоподобных состояний у детей, которые следует отличать от истинных психопатий.

«Первый вариант... характеризуется повышенной расторможенностью, двигательным беспокойством, малоцелесообразным и малодейственным (в отличие от маниакального). Наблюдаются эмоциональная поверхностность и лабильность аффекта, но без выраженной эйфории и повышенного настроения. В области интеллектуальных функций отмечаются сниженная работоспособность и быстрая органическая

¹ Сухарева Г. Е. Несколько положений о принципах психиатрической диагностики // Вопросы детской психиатрии. — М., 1990. — С. 5.

² Осипова Е. А. К вопросу о сужении группы конституциональных психопатий // Вопросы детской психиатрии. — М., 1940. — С. 28.

истощаемость интеллектуального напряжения вместо циклоидного богатства ассоциаций и повышенной продуктивности... Неустойчивость, подвижность и поверхностность всех психических актов скорее всего связана с ослаблением тормозящей роли коры и освобождением нижележащих механизмов. Отсюда инфантильная, дезорганизованная моторика, незрелая лабильная эффективность и беспорядочная, нецеленаправленная деятельность... *Второй вариант*, часто дающий повод к смешению с эпилептоидной психопатией, говорит о более глубокой степени нарушения психического развития и характеризуется еще более сниженной интеллектуальной работоспособностью, расстройством внимания... Больные склонны к раздражительности, аффективным разрядам, к агрессии. Но это сходство с эпилептоидной психикой только внешнее. Здесь нет характерной вязкости и биполярности всей психической жизни эпилептоида, наоборот, преобладают действия по *kurz-schluss*'у, малая тормозимость аффекта и быстрота его изживания»¹.

Таким образом, в работах отечественных авторов наряду с описанием клиники ГРДВ и его вариантов, различающихся по степени тяжести, рассматривался важный вопрос о необходимости разграничения психопатий и ГРДВ. Следует отметить, что Е. А. Осипова внесла большой вклад в организацию психиатрической помощи детям и подросткам, в том числе внебольничной: по ее инициативе были созданы психоневрологические кабинеты при детских поликлиниках, школы для нервных детей, специализированные детские сады и дома ребенка, логопедические полустационары; ею сформулированы положения о развитии психогигиенической и психопрофилактической работы, необходимости сочетания медицинской и социальной помощи детям и подросткам с нарушениями поведения.

1930—1950 гг. Минимальное мозговое повреждение

В 1940-е гг. А. А. Штраусс (A. A. Strauss) сформулировал *концепцию минимального мозгового повреждения* (minimal brain damage). Так стали обозначать непрогредиентные резидуальные состояния, возникающие в результате ранних локальных поражений ЦНС: пре- и перинатальной патологии, черепно-мозговых травм или нейроинфекций. Что касается гиперактивности, то наличие лишь ее одной стало считаться достаточным основанием для подтверждения диагноза мозгового повреждения, даже если в анамнезе или при непосредственном обследовании детей четких указаний на признаки такого поражения не обнаруживалось. В американском штате Мичиган А. А. Штраусс и его сотрудники одними из первых стали заниматься разработкой

¹ Осипова Е. А. К вопросу о сужении группы конституциональных психопатий // Вопросы детской психиатрии. — М., 1940. — С. 28.

специальных программ стимулирующего школьного обучения для детей с пограничными интеллектуальными способностями. На основании своих наблюдений они пришли к выводу о том, что нарушения поведения у детей с мозговым повреждением характеризуются сходством с картиной последствий черепно-мозговой травмы у взрослых (Strauss A. A., Werner H., 1943). Но в отличие от взрослого у ребенка, перенесшего мозговое повреждение, своеобразные поведенческие расстройства инициируются менее интенсивными внешними стимулами, а проявляются в виде более развернутых реакций. Хотя суждения А. А. Штраусса и его сотрудников первоначально основывались на результатах обследования детей с легкой умственной отсталостью, они считали возможным рассматривать сходные проблемы поведения у детей с нормальным интеллектом как результат мозгового повреждения. Данные этих исследований оказались в свое время очень привлекательными, поскольку авторы пытались объяснить трудности в поведении и обучении у детей с биологических позиций. Кроме того, к этим работам проявили большой интерес врачи, которые пытались лечить детей с помощью методов, основанных на психоаналитической теории, но не получали удовлетворительных результатов. Однако выводы А. А. Штраусса вызвали скептическое отношение со стороны ряда специалистов, критиковавших его в первую очередь за отсутствие четких критериев для подтверждения органического повреждения мозга.

В то время как А. А. Штраусс и его сотрудники сформулировали и начали пропагандировать свои теоретические представления, концепция минимального мозгового повреждения стала получать клинические и экспериментальные обоснования. В эпидемиологических исследованиях была продемонстрирована отчетливая связь неблагоприятных факторов во время беременности и родов с последующими нарушениями поведения у детей (Pasamamick B. et al., 1956). Особенно выраженное негативное влияние на последующее развитие оказывала асфиксия при рождении (Graham F. K. et al., 1957). Результаты экспериментов на животных подтвердили влияние нетяжелых мозговых повреждений на формирование поведенческих нарушений (Cromwell R. L. et al., 1963).

Интересно, что еще в 1930-е гг. исследователи обратили внимание на сходство поведения гиперактивных детей и приматов после повреждения лобных долей головного мозга, что позволило высказать предположение о формировании гиперактивности в результате поражения передних отделов мозга (Blau A., 1930; Levin R. M., 1938).

Следующий шаг вперед был сделан исследователями, предложившими концепцию непрерывного влияния раннего мозгового повреждения на общее состояние здоровья, поведение и способности к обучению у детей (Pasamamick B. et al., 1956). Они основывались на следующих наблюдениях. Причиной перинатальной смертности после тяжелой патологии беременности или преждевременных родов обычно являлось поражение ЦНС у новорожденного. В группе выживших ново-

рожденных часто отмечались последствия раннего поражения ЦНС. В зависимости от степени и локализации мозгового поражения эти расстройства могли варьировать от тяжелых (детского церебрального паралича и умственной отсталости) до умеренно выраженных нарушений поведения и трудностей обучения и далее до легких поведенческих проблем. Таким образом, термин «минимальное мозговое повреждение» отражал относительно малую степень поражения ЦНС в отличие от таких состояний, как детские церебральные параличи или умственная отсталость.

В ходе обследования детей с трудностями в обучении и поведении, родители которых обращались в отделение специальной помощи департамента образования в г. Балтиморе (США), было установлено, что в анамнезе у этих детей в три раза чаще, чем среди обычных школьников, встречались случаи патологии во время родов, в том числе преждевременных родов и асфиксии (Pasamarnick B. et al., 1961, 1966). Особенно характерной эта закономерность была для детей с гиперактивностью. Специальное проспективное наблюдение за 500 детьми, родившимися недоношенными, показало, что частота встречаемости нарушений развития возрастала по мере снижения массы тела детей при рождении. Эти авторы обратили внимание также на более высокую распространенность перинатальной патологии среди населения с низкой материальной обеспеченностью и пришли к выводу, что частота осложнений перинатального периода и действие неблагоприятных факторов окружающей среды служат отражением социального неблагополучия.

1960-е гг. Минимальная мозговая дисфункция

Исследования, направленные на подтверждение связи между минимальным мозговым повреждением и гиперактивностью, продолжались (Pasamarnick B. et al., 1961, 1966), однако некоторые авторы подвергали сомнению концепцию мозгового повреждения как единственную причину гиперактивного поведения детей. Эти исследователи (Birch H. G., 1964; Rapin I., 1964) ставили проблему следующим образом: если исходить из того, что мозговое повреждение обуславливает проблемы поведения, то все дети с нарушениями поведения должны иметь мозговое повреждение, пусть даже его внешние признаки не всегда обнаруживаются. Соглашаясь с этими доводами и стремясь устранить данное противоречие, Оксфордская международная исследовательская группа по детской неврологии (Вах М., MacKeith R. C., 1963) заявила, что не следует делать заключения о мозговом повреждении только на основании оценки поведения, и рекомендовала заменить термин «минимальное мозговое повреждение» на понятие «минимальная мозговая дисфункция» (ММД). Участники группы предложили предпринять усилия для того, чтобы распределить большую гетерогенную группу детей с ММД

на более однородные подгруппы. В 1960-е гг. термин «минимальная мозговая дисфункция» получил широкое распространение, его стали использовать применительно к различным по этиологии и патогенезу состояниям, сопровождающимся расстройствами поведения и трудностями обучения, не связанными с выраженными нарушениями интеллектуального развития. Применение нейропсихологических методов при изучении отмечавшихся у детей с ММД поведенческих, познавательных и речевых расстройств позволило установить определенную взаимосвязь между характером нарушений и локализацией очагового поражения ЦНС (Журба Л. Т., Мастюкова Е. М., 1978; Глезерман Т. Б., 1983). Важное значение принадлежит исследованиям, в которых было выдвинуто предположение о роли генетических факторов в возникновении ММД, ее подтверждением явилось существование семейных форм ММД (Григоренко Е. Л., 1996; Cantwell D. P., 1972; Morrison J. R., Stewart M., 1973).

Дальнейшее всестороннее изучение ММД показало, что ее сложно рассматривать в качестве единой нозологической формы. Об этом свидетельствуют многообразие и неоднородность клинических проявлений, наличие различных факторов, лежащих в основе этиологии и патогенеза ММД. В связи с этим для последнего пересмотра международной классификации болезней МКБ-10 (1994), рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), были разработаны диагностические критерии для ряда состояний, ранее рассматривавшихся в рамках ММД (табл. 1.1). В частности, в разделе F8 «Нарушения психологического развития» представлены рубрики F80 — «Расстройства развития речи», F81 — «Расстройства развития школьных навыков», F82 — «Расстройства развития двигательных функций (диспраксия развития)». Раздел F9 «Поведенческие и эмоциональные расстройства детского и подросткового возраста» содержит рубрику F90 — «Гиперактивное расстройство поведения (гиперактивное расстройство с дефицитом внимания)». Таким образом, по мере научного изучения ММД все более отчетливо прослеживается тенденция к их разграничению на отдельные формы. Тем не менее термин «минимальная мозговая дисфункция» продолжает широко использоваться клиницистами и отказываться от него пока нецелесообразно, поскольку «данная этиологическая концепция направляет внимание исследователей в сторону от рассмотрения факторов социальной среды к тем, что непосредственно связаны с функционированием ЦНС» (Taylor H. G., 1983).

Таблица 1.1

Перечень состояний в рамках ММД по современной классификации МКБ-10 (ВОЗ)

Раздел F8	Нарушения психологического развития
F80	Расстройства развития речи
F81	Расстройства развития школьных навыков: дисграфия, дислексия, дискалькулия

Раздел F8	Нарушения психологического развития
F82	Расстройства развития двигательных функций: диспраксия
Раздел F9	Поведенческие и эмоциональные расстройства детского и подросткового возраста
F90	Гиперактивное расстройство с дефицитом внимания

Примечание. Дисграфия — частичное нарушение навыка письма вследствие очагового поражения, недоразвития или дисфункции коры головного мозга. *Дислексия* — нарушение формирования навыка чтения вследствие очагового поражения, недоразвития или дисфункции коры головного мозга. *Дискалькулия* — нарушение формирования навыка счета вследствие очагового поражения, недоразвития или дисфункции коры головного мозга.

1960—1970-е гг. Синдром гиперактивного ребенка

Для обозначения варианта ММД, проявляющегося гиперактивностью и слабостью контроля импульсов, были предложены новые термины, в которых нашли отражение ведущие проявления этого состояния, в том числе «синдром гиперкинетического поведения», «гиперкинетически-импульсивное расстройство поведения», «синдром гиперактивного ребенка» (Laufer M., Denhoff E., 1957; Knobel M. et al., 1959; Chess S., 1960). Развитие данных симптомов эти авторы связывали с нарушениями функционирования активирующей ретикулярной формации, избыточной стимуляцией коры головного мозга из-за недостаточной фильтрации внешних стимулов в таламусе. В этих и других работах в терминологии стало проследиваться смещение от обозначения в диагнозе патогенетической связи этого состояния с мозговым повреждением или дисфункцией к его феноменологии и основным проявлениям. Так, к основным симптомам расстройства стали относить трудности удержания и слабость концентрации внимания, колебания в поведении, импульсивность, неспособность к отсрочке получения вознаграждения (Laufer M., Denhoff E., 1957). В Международной классификации болезней рубрика «Гиперкинетический синдром детского возраста» появилась в 9-й версии (МКБ-9, ВОЗ, 1975).

В США в 1960-е гг. представления о расстройствах поведения у детей продолжали оставаться под сильным влиянием психоаналитических концепций, в которых эти нарушения рассматривались как реакции на различные внешние факторы, прежде всего на ранние события жизни ребенка в семье. Эти взгляды нашли отражение в опубликованной в 1968 г. классификации психических заболеваний Американской психиатрической ассоциации DSM-II, где все заболевания у детей обозначались как «реакции», а детская гиперактивность была обозначена как «гиперкинетическая реакция детского возраста». Полная характеристика гиперкинетической реакции выглядела следующим образом: «Расстройство характеризуется избыточной двигательной актив-

ностью, неугомонностью, отвлекаемостью, кратким удерживанием внимания, особенно у маленьких детей; эти нарушения обычно убывают к подростковому возрасту. Если это поведение вызвано органическим повреждением головного мозга, то диагноз должен ставиться под соответствующей рубрикой «непсихотического органического мозгового синдрома». Тем не менее представляются важными следующие обстоятельства: отнесение нарушений внимания и отвлекаемости к числу основных симптомов наряду с гиперактивностью и неугомонностью; указание на возрастную динамику симптомов и их постепенный регресс.

В конце 1960-х гг. С. К. Коннерс (Conners C. K. et al., 1969, 1970) с целью объективизации проявлений гиперактивности у детей впервые разработал специальные оценочные шкалы, основанные на анкетировании родителей и учителей. Первоначально эти шкалы были предназначены для наблюдения за детьми в динамике и оценки результатов лечения, но в дальнейшем они стали успешно использоваться в эпидемиологических исследованиях.

В 1970-е гг. активно проводились психофизиологические исследования гиперактивности, были опубликованы результаты электроэнцефалографических исследований, вызванных потенциалов мозга и др. Между тем основная часть этих исследований в дальнейшем критиковалась за серьезные методологические недостатки (Hastings J. E., Barkley R. A., 1978). Существенный недостаток многих психофизиологических исследований этого периода заключался в том, что они основывались на устаревших теоретических концепциях 1950-х гг., исходивших, в частности, из представлений о связи гиперактивности с перевозбуждением коры головного мозга. В то же время все чаще исследователи стали специально останавливаться на симптомах, которые, как считали прежде, могут наблюдаться одновременно с гиперактивностью — это нарушения внимания, импульсивности и отвлекаемости; теперь эти симптомы начинают рассматриваться в качестве основных признаков расстройства наряду с гиперактивностью.

1980-е гг. Синдром дефицита внимания

Значительный вклад в развитие представлений о детской гиперактивности с дефицитом внимания внесли исследования в области когнитивной психологии, развитие которой началось в 1960-е гг. Определяющее влияние на развитие представлений об этом состоянии оказали работы канадской исследовательницы Вирджинии Дуглас (Douglas V. I., 1972), которая впервые предложила рассматривать дефицит внимания с аномально коротким периодом его удерживания на каком-либо объекте или действии в качестве первичного дефекта. При уточнении ключевых характеристик в своих последующих работах наряду с такими типичными проявлениями этого синдрома, как дефицит внимания, импульсивность моторных и вербальных реакций и гиперактивность,

В. Дуглас отметила необходимость существенно большего, чем в норме, подкрепления для выработки поведенческих навыков у этих детей (Douglas V. I., 1988). Одной из первых она пришла к выводу о том, что гиперактивность с дефицитом внимания обуславливается общими нарушениями процессов самоконтроля и поведенческого торможения на высшем уровне регуляции психической деятельности, но отнюдь не элементарными расстройствами восприятия, внимания и двигательных реакций.

Теория В. Дуглас получила широкое признание и до сих пор оказывает влияние на определение основных диагностических критериев состояния, которое получило название «гиперактивное расстройство с дефицитом внимания» (ГРДВ). При этом главное проявление дефицита внимания заключается в нарушениях его непрерывности, или поддерживаемого внимания. Дети с ГРДВ не могут, даже если хотят, выполнять длительные, монотонные задания, требующие повторения одних и тех же действий. Результаты выполнения подобных заданий у детей с ГРДВ гораздо хуже, а количество допускаемых ошибок гораздо больше по сравнению с их сверстниками; как правило, чем более продолжительным оказывается задание, тем хуже становятся результаты.

В. Дуглас (1980) предположила, что основные характеристики поведения и когнитивных нарушения у детей с ГРДВ имеют связь с особой конституциональной предрасположенностью нейроанатомической или нейрохимической природы. Внешние проявления данной конституции связаны с недостаточным функционированием трех тесно связанных механизмов (рис. 1.3), которые регулируют: 1) включение, организацию и поддержание непрерывности внимания и активной деятельности, 2) способность тормозить импульсивное поведение (тормозящий контроль), 3) модуляции уровней активности в соответствии с требованиями задачи или ситуации. В результате нарушений этих трех механизмов формируются расстройства или ограничения в развитии психических функций и схем поведения более высокого уровня, включая стратегии целенаправленного поиска, а также мотивации к деятельности. Поэтому дети с ГРДВ чаще, чем их сверстники, сталкиваются с неудачами. Слабые результаты, неуспешное выполнение заданий вызывают реакции избегания. Тем самым концентрация внимания ухудшается еще больше, усиливаются импульсивность и нерегулируемые колебания уровня активности. Одновременно для детей с ГРДВ характерна необычно выраженная склонность к поиску немедленного вознаграждения (Douglas V. I., 1980).

Сделанный в работах В. Дуглас акцент на нарушениях внимания, наряду с результатами многочисленных последующих исследований внимания, импульсивности и когнитивных функций у гиперактивных детей, послужил основанием для введения в 1980 г. в классификации Американской психиатрической ассоциации DSM-III (1980) и затем в классификации МКБ-10 (1994) термина «синдром дефицита внимания с гиперактивностью».



Рис. 1.3. Схематическое представление о причинах и следствиях нарушений внимания у детей с ГРДВ (по Дуглас В., 1980)

В связи с возросшим интересом к дефициту внимания стало считаться, что гиперактивность не является обязательным симптомом расстройства. В классификации DSM-III (1980) разграничивались два варианта: СДВ с гиперактивностью и СДВ без гиперактивности. Сегодня совершенно очевидно, что выделение формы СДВ без гиперактивности не было достаточно обоснованным, так как не имело необходимых клинических и экспериментальных подтверждений. Однако это событие послужило мощным стимулом для исследований разнообразия спек-

тра проявлений ГРДВ, в том числе направленных на идентификацию его вариантов. Обращение к функциям внимания привело к углубленному изучению психологических аспектов проблемы ГРДВ, в том числе нарушений процессов саморегуляции и тормозящего контроля.

1987 г. Гиперактивное расстройство с дефицитом внимания

Несколько лет спустя все чаще стали высказываться опасения о неправомерности отношения к СДВ без гиперактивности как к особой форме данного расстройства, тем более что при таком подходе не придавалось должного значения гиперактивности и импульсивности — важным проявлениям ГРДВ, имеющим критическое значение для проведения дифференциального диагноза и прогнозирования возможных проблем в ходе дальнейшего развития детей. Поэтому в 1987 г. в новой версии классификации DSM-III-R Американской психиатрической ассоциации (АПА) это состояние получило название «гиперактивное расстройство с дефицитом внимания», а в единый перечень диагностических критериев были включены симптомы трех его проявлений: нарушений внимания, гиперактивности и импульсивности.

Были проведены исследования влияния мотивации на результаты выполнения заданий и показатели внимания у детей с ГРДВ. Оказалось, что в условиях постоянного поощрения дети с ГРДВ справляются с экспериментальными заданиями так же успешно, как и их сверстники. Если же вознаграждение носит частичный характер или вообще отсутствует, то результаты резко снижаются (Douglas V. I. et al., 1983, 1994). В других исследованиях была поставлена под сомнение гипотеза о ведущей роли нарушений устойчивости внимания при ГРДВ. Если бы этот показатель был решающим, то следовало ожидать, что работоспособность детей с ГРДВ будет снижаться по мере увеличения продолжительности задания. Однако этого не происходило. Кроме того, показатели внимания зависели как от характера задания, так и от условий его выполнения. Выполнение задания улучшалось, если экспериментатор находился рядом с ребенком, а не уходил, если ребенка наказывали за ошибки или если задание было интересным (Halperin J. M. et al., 1992).

Начиная с конца 1980-х гг. в изучении ГРДВ стали применяться методы когнитивной психологии (информационный подход), но трудности восприятия и переработки информации оказались у детей с ГРДВ не настолько очевидными, как проблемы, связанные с мотивацией и тормозящим контролем (Barkley R. A., Grodzinsky G., DuPaul G. J., 1992; Schachar R., Logan G. D., 1990; Sergeant J. A., 1988). Было установлено, что гиперактивность и импульсивность могут рассматриваться в рамках единого аспекта — расторможенности, расстройств торможения поведенческих реакций (Achenbach T. M., Edelbrock C. S., 1983; Lahey V. B. et al., 1988; Barkley R. A., 1990). Поэтому во вновь переработанной версии диагностических критериев для ГРДВ классификации DSM-IV, опубликованной в 1994 г., приведен перечень

основных симптомов, распределенных на две группы, по 9 признаков в каждой: нарушения внимания (I раздел) и проявления гиперактивности и импульсивности (II раздел). Постановка диагноза ГРДВ основывается на наличии не менее шести симптомов хотя бы по одному из двух разделов, стабильно сохраняющихся на протяжении 6 месяцев. В случаях полного соответствия наблюдаемой клинической картины одновременно разделам I и II данных критериев ставится диагноз сочетанной формы ГРДВ. Если за последние полгода отмечалось полное соответствие симптомов критериям раздела I при частичном их соответствии критериям раздела II, то используется диагностическая формулировка: «ГРДВ с преимущественными нарушениями внимания». При полном соответствии симптомов критериям раздела II и частичном их соответствии критериям раздела I в формулировке диагноза указывается: «ГРДВ с преобладанием гиперактивности и импульсивности». Диагностические критерии ГРДВ по DSM-V (2013) приводятся на с. 27.

1990-е гг. Дисфункция префронтальной области и нарушения управляющих функций мозга

С начала 1990-х гг. проявления ГРДВ анализируются с позиций недостаточной сформированности управляющих функций (УФ) — в англоязычной терминологии «executive functions». УФ определяются как широкий круг способностей, обеспечивающих поддержание последовательности реакций, связанных с решением проблем и направленных на достижение конкретной цели (Welsh M. C., Pennington B. F., 1988). Термин «управляющие функции» стал применяться с целью емкого определения функций префронтальной коры. Именно эта область мозга характеризуется относительной незрелостью у детей, и ее формирование представляет собой длительный процесс, продолжающийся даже в подростковом возрасте.

Концепция УФ разрабатывается до настоящего времени. Большинство исследователей включают в число данных функций не базисные когнитивные процессы, а такие сложные способности, как саморегуляция, формирование последовательностей и упорядочение поведенческих реакций, гибкость мышления и поведения, торможение реакций, планирование и организация поведения. В наиболее значимых современных теориях ГРДВ рассматривается с позиций нарушений торможения реакций и саморегуляции, при этом симптомы невнимательности стали интерпретироваться с учетом нарушений рабочей памяти (Barkley R. A., 1997).

За последние 20—30 лет достигнут значительный прогресс в изучении нейробиологических основ ГРДВ. Широко проводятся исследования генетических механизмов, нейрофизиологических, нейроморфологических и нейромедиаторных нарушений, основные результаты которых будут представлены в следующих главах.

Вопросы для повторения

1. Когда были опубликованы первые описания детской гиперактивности в медицинской литературе?
2. Изучение каких неврологических заболеваний у детей в первой половине XX в. привело к заключению о роли органического повреждения головного мозга в формировании гиперактивного поведения?
3. Какие нарушения у детей с 1960 г. стали рассматривать в качестве проявлений минимальных мозговых дисфункций?
4. Когда в международной литературе стало использоваться название «гиперактивное расстройство с дефицитом внимания»?
5. Какие функции осуществляются префронтальной областью головного мозга?

Глава 2

ГИПЕРАКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО С ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ: ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Критерии диагноза гиперактивного расстройства с дефицитом внимания у детей

Начиная с 1880-х гг. применяются стандартизированные диагностические критерии ГРДВ, представляющие собой перечни наиболее характерных и четко прослеживаемых признаков данного расстройства. Постановка диагноза ГРДВ основывается на критериях 10-го пересмотра Международной классификации болезней (МКБ-10) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 1994). Одновременно используются критерии классификации Американской психиатрической ассоциации (DSM), рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения для практического применения в качестве критериев диагноза ГРДВ.

Подчеркнем, что в настоящее время диагностика ГРДВ основывается на клинических критериях. Для подтверждения ГРДВ не существует специальных критериев или тестов, основанных на применении современных психологических, нейрофизиологических, биохимических, молекулярно-генетических, нейрорадиологических и других методов.

Рассмотрим последнюю версию диагностических критериев ГРДВ, опубликованную в классификации DSM-V (2013). Если в МКБ-10 (1994) и DSM-IV (2000) ГРДВ был представлен в главе «Расстройства, обычно впервые диагностируемые в младенческом, детском и подростковом возрастах», то в DSM-V (2013) название данной главы изменено на «Расстройства нервно-психического развития».

Диагностические критерии ГРДВ по классификации DSM-V (2013)

А. Постоянный паттерн проявлений невнимательности и гиперактивности-импульсивности, оказывающий влияние на функционирование и развитие, и характеризующийся симптомами из разделов (1) и/или (2):

(1). Невнимательность: 6 (или более) из следующих симптомов постоянно сохраняются на протяжении как минимум 6 месяцев в такой степени выраженности,