

## ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ГИПЕРАКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА С ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ

Е.С. Правило

Рассматриваются вопросы клинико-психологической квалификации гиперактивного расстройства с дефицитом внимания (ГРДВ) как особого варианта психического дизонтогенеза. Квалификация ГРДВ как вида аномального развития определяется таксономическими основаниями классификаций нарушений психического развития в детском возрасте.

*Ключевые слова:* гиперактивное расстройство с дефицитом внимания, дизонтогенез психики, аномальное развитие, клинико-психологическая классификация.

Одним из наиболее актуальных проблем детской клинической психологии является проблема квалификации и систематики гиперактивного расстройства с дефицитом внимания (ГРДВ). Это нарушение проявляется несвойственными для нормальных возрастных показателей гиперактивностью, дефицитом внимания, импульсивностью. В настоящее время накоплено большое число теоретических и эмпирических данных по проблеме ГРДВ. Так, в рамках психологии аномального развития ГРДВ рассматривается как один из вариантов психического дизонтогенеза. Но при этом не уточняется место и квалификация ГРДВ как типа дизонтогенеза в классификациях аномального развития.

Любое развитие, в отличие от иных изменений объекта, прежде всего, характеризуется качественными изменениями, появлением новообразований. Наиболее важными признаками развития являются: необратимость; направленность; закономерность; дифференциация, расчленение ранее бывшего единым элемента; появление новых сторон, новых элементов в самом развитии; перестройка связей между сторонами объекта [1, 2]. Одним из продуктов развития является психика человека. Индивидуальное развитие психики (онтогенез) рассматривается не только как рост, но и как процесс, при котором «количественные усложнения и изменения переходят в качественные, коренные, существенные и приводят к скачкообразно проявляющимся новообразованиям» [3].

Под термином *дизонтогенез* принято обозначать *расстройства в индивидуальном развитии ребенка, включая и постнатальный, преимущественно ранний период, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли*

*зрелости* [4, 5]. Приведенное выше определение дизонтогенеза дает достаточные основания для квалификации ГРДВ с позиций психологии аномального развития. Как было сказано выше, аномалии развития распространяются на срок от перинатального периода до периода окончательного формирования морфологических структур. ГРДВ является нарушением, в основе которого лежит небольшое повреждение или функциональное ослабление мозговых тканей во время беременности, в ходе родовой деятельности, либо в раннем детстве, т.е. речь идет о последствиях *ранних*, в частности перинатальных, локальных повреждений головного мозга [6]. Следовательно, возникающие нарушения, связанные с изучаемым расстройством, относятся к периоду *онтогенетического созревания* организма, т.е. имеет место аномалия *развития* (в данном случае не затрагивается вопрос о степени нарушения и его выраженности).

Одной из плоскостей дизонтогенеза является *дизонтогенез психики* (психический дизонтогенез), который «выражается в *различных нарушениях последовательности, темпа и сроков развития психики в целом и ее отдельных составных частей, а также в нарушении соотношения компонентов развивающейся психики ребенка и подростка*» [7, с. 15]. Иными словами, при дизонтогенезе отмечаются, во-первых, асинхронность развития и темповые расстройства, и, во-вторых, дисрегуляция соотношений между отдельными составляющими психики. Имеющиеся в литературе по проблеме данные позволяют нам выдвинуть тезис о том, что ГРДВ может рассматриваться как один из примеров аномалии психического развития. Во-первых, у детей с этим расстройством обнаруживается

диффузная церебральная *дисрегуляция*, обусловленная *задержкой созревания связей* между различными отделами ЦНС [8], т.е. имеется нарушение временного аспекта развития, как и в случае дизонтогенеза. Во-вторых, при этом нарушении отмечается *возрастная незрелость* отдельных высших психических функций и *дисгармоничность развития* [6], что свойственно любой дизонтогенезу. Таким образом, клинико-психологическая квалификация нарушений при ГРДВ соответствует приведенным выше критериям аномального развития психики: наличие темповых нарушений развития ВПФ и патология межструктурных отношений ЦНС, обуславливающая дисрегуляцию функциональных взаимодействий.

Итак, *ГРДВ имеет очевидные признаки дизонтогенеза и может рассматриваться как вариант аномалии развития психики*. Такое представление о ГРДВ требует *представления феномена ГРДВ в системе имеющихся классификаций психического дизонтогенеза*. В настоящее время все классификации нарушений развития можно разделить на два класса. К первому классу относятся *категориальные классификации*, выделяющие какой-либо один четкий критерий для выделения типов расстройств развития. Второй класс классификаций составляют *эмпирические типологии расстройств развития*, использующие для подразделения аномалий несколько полиморфных оснований; при их создании авторы опираются на практическую деятельность, поэтому данные классификации имеют прикладную направленность [9].

Категориальные классификации отклонений в психическом развитии акцентируют внимание на разные стороны дизонтогенеза психики. Так, *по времени возникновения* выделяют врожденные и приобретенные нарушения онтогенеза психики [9]. По этой классификации ГРДВ следует рассматривать как врожденный вариант дизонтогенеза, поскольку это нарушение вызвано преимущественно пренатальными патогенными причинами.

Выбрав в качестве основания для классификации аномалий психического развития *обратимость возникающих отклонений*, все многообразие их вариантов подразделяют на необратимые, частично обратимые и обратимые [9]. Здесь ГРДВ как вариант аномального развития может относиться к любому из его видов в зависимости от индивидуального протекания психического развития. Действительно, по данным [10] к периоду полового созревания гиперактивность и импульсив-

ность практически исчезают (т.е. являются обратимыми расстройствами), но становится ведущим дефицит внимания (необратимое нарушение). Согласно [11] к подростковому возрасту значительно уменьшаются только симптомы гиперактивности. Таким образом, при таком варианте течения ГРДВ квалифицируется как частично или практически обратимый вид дизонтогенеза. Между тем результаты исследований показывают, что в ряде случаев симптомы ГРДВ к периоду зрелости исчезают [6, 10], т.е. в данном случае речь идет об обратимом типе дизонтогенеза.

При создании классификации дизонтогенезов психики также используется *этиологический принцип*; здесь выделяют нарушения развития церебрально-органического, психогенного и соматогенного происхождения [9]. Варианты аномального развития церебрально-органического генеза могут быть очень разнообразны – причинами дизонтогенеза могут быть как легкие диффузные церебрально-органические расстройства, так и четкие топические нарушения. В связи с этим встает необходимость более дифференцированного подхода к этому классу дизонтогенезов. Поэтому нарушения развития церебрально-органического генеза правомерно рассматривать с точки зрения нейропсихологического синдромального подхода. Так, А.В. Семенович выделяет следующие синдромы этого вида отклоняющегося развития: функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга, левой височной области, межполушарных взаимодействий транскортикального уровня, правого полушария мозга, функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер) и стволовых образований мозга. Итак, по классификации психического дизонтогенеза, основанной на этиологическом принципе, ГРДВ является вариантом нарушенного развития психики церебрально-органического генеза с преимущественно функциональной несформированностью префронтальных отделов и функциональной дефицитарностью подкорковых образований мозга.

Другой вариант классификации типов отклоняющегося психического развития на основе этиологического принципа предложен В.В. Ковалевым [7], который в качестве основания для выделения видов дизонтогенеза психики использует критерий *«динамические характеристики этиологического фактора»*. По особенностям генеза и динамики он различает эволютивный (непроцессуальный) психический

дизонтогенез, в основе которого лежит только нарушение развития, и процессуальный психический дизонтогенез, являющийся следствием болезненного процесса, возникшего до завершения созревания центральной нервной системы [7]. В этой типологии отклоняющегося психического развития ГРДВ следует рассматривать как эволютивный дизонтогенез психики. О необходимости исключения при диагностике ГРДВ процессуальных расстройств указывается в DSM-IV (1994) и МКБ-10 (1994).

С точки зрения клинического подхода, традиционным считается выделение типов дизонтогенеза психики по *темповому признаку психического развития*. Здесь расстройства психического развития подразделяют на три больших класса. Первый из них определяется как «ретардация» и обозначает запаздывание или приостановку развития всех сторон или преимущественно отдельных компонентов психики. Второй тип дизонтогенеза психики – асинхрония, указывающая на «неравномерное и диспропорциональное психическое развитие» [7, с. 15]. Автор к двум этим группам дизонтогенеза добавляет третью, связанную «с механизмами высвобождения и фиксации более ранних онтогенетических форм нервно-психического реагирования» [7, с. 9]. Эта группа характеризуется наличием возрастных дизонтогенетических симптомов. По данной классификации ГРДВ принято относить к сложной асинхронии развития [12, 13], которая может приводить к «нозонеспецифическим формам нервно-психического реагирования, ассоциированным с психомоторным уровнем реактивности» [12, с. 22]. Между тем ГРДВ характеризуется и замедленными темпами созревания отдельных психических функций (в первую очередь, регуляторных), что позволяет относить это расстройство и к задержанному типу психического развития. То есть ГРДВ по клинической классификации можно квалифицировать как первый или вто-

рой вариант дизонтогенеза (задержанное или асинхронное развитие), который может перейти в третий предложенный В.В. Ковалевым [7] вариант аномалии развития.

К наиболее распространенным современным *эмпирическим классификациям* отклоняющегося психического развития относятся классификации, предложенные авторами [4, 14].

В своей систематике отклонений психического развития В.В. Лебединский [4] выделяет шесть вариантов психического дизонтогенеза, разделенных на три подгруппы: 1) группа аномалий, вызванных отставанием развития – недоразвитие и задержанное развитие; 2) группа аномалий, в которых ведущим признаком является диспропорциональность (асинхрония) развития – искаженное и дисгармоническое развитие; 3) группа аномалий, вызванных поломкой, выпадением отдельных функций – поврежденное и дефицитарное развитие. Отмечается, что при одном и том же расстройстве могут сосуществовать различные варианты дизонтогенеза, поэтому выделенные автором типы аномалий развития необходимо рассматривать не как самостоятельные, независимые образования, а как синдромы аномального развития, которые могут сочетаться друг с другом при преобладании какого-либо ведущего. По этой систематике ГРДВ следует рассматривать как вариант аномального развития, при котором наблюдаются преимущественно синдромы задержанного, поврежденного и дисгармонического развития (см. таблицу).

В настоящее время, помимо классификации типов дизонтогенеза В.В. Лебединского, используется эмпирическая типология отклоняющегося развития, предложенная Н.Я. Семаго и М.М. Семаго [12]. В данной классификации ГРДВ выделяется в качестве отдельного вида дизонтогенеза. По мнению Н.Я. Семаго и М.М. Семаго, эта патология относится к подгруппе «парциальная несформированность ВПФ», в частности к типу «парциальная не-

#### Синдромы психического дизонтогенеза [4] и их сравнительная характеристика с ГРДВ

<i>Синдромы аномального развития психики</i>	<i>ГРДВ</i>
Задержанное развитие – временное отставание развития от нормы, инфантилизм	Задержка в темпах созревания и возрастная незрелость отдельных психических функций
Поврежденное развитие – первичная недостаточность отдельных систем	Первичная недостаточность (выпадение) регуляторных (управляющих) функций
Дисгармоничное развитие – асинхрония развития при первичном нарушении эмоционально-волевой и мотивационной сферах	Асинхрония и диспропорциональность развития высших психических функций; первичным дефектом могут являться нарушения преимущественно в мотивационной сфере

сформированность ВПФ преимущественно регуляторного компонента». Отличительной чертой развития познавательной сферы этой категории детей является несформированность именно произвольности ВПФ: не столько элементарных (восприятие, память, внимание), сколько «высших» (программирование и контроль), то есть собственно регуляторных процессов. С позиции этих авторов данная подгруппа аномалий развития принципиально отличается от подгруппы задержанного развития: основное отличие детей с парциальной несформированностью ВПФ преимущественно регуляторного компонента от детей с различными типами задержанного развития заключается в том, что дети этой категории «не догоняют» своих сверстников ни к 9–11 годам, ни даже позднее.

Между тем имеются противоположные данные, свидетельствующие о том, что симптомы ГРДВ с возрастом могут исчезать [5]. По некоторым литературным источникам [10, 11] процент людей, у которых наблюдающиеся в детстве симптомы ГРДВ нивелируются, составляет от 25 до 65 %. Таким образом, по методологии В.В. Лебединского [4] ГРДВ возможно рассматривать с позиций задержанного развития, а согласно Н.Я. Семаго и М.М. Семаго [14], изучаемое расстройство следует относить к отдельному варианту дизонтогенеза, не связанному с задержками психического развития.

Итак, с позиций психологии дизонтогенеза данное нарушение рассматривается как вариант аномального развития психики; его локализация в системе имеющихся видов психического дизонтогенеза определяется таксономическим основанием конкретной классификации.

### Литература

1. Обухова, Л.Ф. *Возрастная психология: учебник* / Л.Ф. Обухова. – М.: Педагогическое общество России, 2004. – 442 с.
2. *Психология детства: учебник* / под ред. А.А. Реана. – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2006. – 350 с.
3. Рубинштейн, С.Л. *Основы общей психологии* / С.Л. Рубинштейн. – СПб: Изд-во «Питер», 2000. – 712 с.
4. Лебединский, В.В. *Нарушения психического развития в детском возрасте* / В.В. Лебединский. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 144 с.
5. Микадзе, Ю.В. *Нейропсихология детского возраста: учебное пособие* / Ю.В. Микадзе. – СПб.: Питер, 2008. – 288 с.
6. *Современные подходы к диагностике и лечению минимальных мозговых дисфункций у детей: методические рекомендации* / Н.Н. Заваденко, А.С. Петрухин, Н.Ю. Суворинова и др. – М.: РКИ Соверо пресс, 2003. – 40 с.
7. Ковалев, В.В. *Психиатрия детского возраста: руководство для врачей* / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
8. Халецкая, О.В. *Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте* / О.В. Халецкая, В.М. Трошин // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 1998. – №9. – С. 4–8.
9. Сорокин, В.М. *Специальная психология: учебное пособие* / В.М. Сорокин / под научн. ред. Л.М. Шитицкой. – СПб.: Речь. – 2003. – 216 с.
10. Брызгунов, И.П. *Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях* / И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова. – М.: Изд-во института психотерапии, 2001. – 96 с.
11. Заваденко, Н.Н. *Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений* / Н.Н. Заваденко. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 256 с.
12. *Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ): этиология, патогенез, клиника, течение, прогноз, терапия, организация помощи* / Экспертный доклад (на рус. яз.). – М.: САФ, 2007. – 67 с.
13. Сухотина, Н.К. *СДВГ: современные подходы к клинике и течению* / Н.К. Сухотина; научн. ред. А.А. Северный // *Материалы 1-й Межрегиональной научно-практической конференции «Психосоматические и пограничные нервно-психические расстройства в детском и подростковом возрасте» (Новосибирск, 4–6 марта, 2008 г.)*. – Новосибирск, 2008. – С. 85–86.
14. Семаго, Н.Я. *Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога* / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М.: АРКТИ, 2000. – 208 с.

Поступила в редакцию 10 января 2009 г.

**Правило Екатерина Сергеевна.** Старший преподаватель кафедры клинической психологии Южно-Уральского государственного университета: e\_prav@rambler.ru.

**Ekaterina S. Pravilo.** Assistant of professor of Department of Clinical Psychology, South Ural State University: e\_prav@rambler.ru.