

К ВОПРОСУ О ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ ГИПЕРАКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА С ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ

*М.А. Березин, Е.С. Правило
ЮУрГУ*

В статье рассмотрены вопросы патопсихологической и клинической квалификации гиперактивного расстройства с дефицитом внимания (ГРДВ). Раскрываются феноменология и особенности психопатологического и патопсихологического синдромов, дается их сравнительная характеристика. В соответствии с выделенными критериями патопсихологического синдрома ГРДВ рассматривается как один из его вариантов.

Ключевые слова: гиперактивное расстройство с дефицитом внимания (ГРДВ), психопатологический синдром, патопсихологический синдром.

В настоящее время в клинической практике особое внимание уделяется патоморфозу психопатологических синдромов и заболеваний. В частности, одной из задач общей психопатологии, наряду с изучением структуры и динамики синдромов, является исследование причин и факторов, влияющих на их развитие и видоизменение [1]. Наблюдаемые в клинической практике изменения структуры ряда психических расстройств вызывают необходимость выполнения новых теоретических исследований в области этиопатогенеза, клиники и оценки нового проявления ранее известных психических нарушений. Одним из направлений такого рода исследований является определение места этих нарушений в существующих классификаторах психических заболеваний. Фактически речь идет либо о включении такой патологии в число новых вариантов ранее известных форм нарушений психической сферы, либо о квалификации ее как самостоятельной в этиопатогенетическом плане новой форме расстройства.

Методологические проблемы такого рода имеют особое значение для патопсихологии, поскольку именно в ней изучается структура нарушений психической деятельности, закономерности ее распада в их сопоставлении с нормой и, в итоге, осуществляется классификация психопатологических явлений в понятиях психологии [2].

Одним из проявлений этой методологической проблемы в современной патопсихологии является вопрос квалификации гиперактивного расстройства с дефицитом вни-

мания (ГРДВ). В частности, приведенные в литературе данные о широком разбросе показателей распространенности этого нарушения в детской популяции – от 1 до 47% [3] – прежде всего являются следствием отсутствия единых методолого-теоретических и диагностических оснований оценки симптомов ГРДВ. Между тем, при ГРДВ отмечается очевидная специфика наблюдаемой клинической и патопсихологической симптоматики. В частности, триада «импульсивность – гиперактивность – дефицит внимания» имеет явные признаки системно-организованного комплекса. Это является одним из аргументов для исследования феномена ГРДВ в контексте соотнесения его с имеющимися клиническими и клинко-психологическими систематиками психических нарушений.

В отечественной клинической и психологической науке распространены представления об этом нарушении как о синдроме, в связи с чем оно называется «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» – СДВГ (Е.Д. Белоусова, 2000; О.И. Политика, 2006; О.Р. Ноговицина с соавт., 2006 и др.).

В психопатологии под синдромом понимается определенная логическая функциональная система, состоящая из этиопатогенетически взаимосвязанных отдельных составляющих – симптомов. Таким образом, акцент делается на закономерности сочетания симптомов. Синдром является необходимой составляющей заболевания, а клиническая картина болезни как самостоятельной нозологической формы складывается из со-

вокупности синдромов и их последовательной смены [4].

В патопсихологии синдром также определяется как относительно устойчивая внутренне связная совокупность отдельных «симптомов». Но при этом в качестве «симптомов» рассматриваются психологические нарушения поведения, эмоционального реагирования и познавательной деятельности субъекта [5]. Именно понимание системной природы психической деятельности лежит в основе синдромного анализа как базового принципа патопсихологической диагностики. Проводимое при таком анализе «членение психики на отдельные функции» (по Б.В. Зейгарник), является условным, но необходимым, поскольку оно вызвано потребностью определения вклада конкретных проявлений психической деятельности в общую картину наблюдаемой психической патологии.

Таким образом, в патопсихологии, также как и в психопатологии, синдром рассматривается как системное явление. Между тем, патопсихологические синдромы по своим особенностям существенно отличаются от психопатологических (клинических). Эта разница обусловлена не столько различиями между формами синдромов и их составом, сколько разностью уровней функционирования центральной нервной системы, на которых эти синдромы разворачиваются.

В клинической медицине и психологии выделяются следующие уровни иерархии мозговых процессов: патобиологический, физиологический, пато- и нейропсихологический и психопатологический [6]. Очевидно, что феноменология патопсихологического синдрома проявляется на пато- и нейропсихологическом уровне, а психопатологический симптом и синдром являются завершающим этапом всей этиопатогенетической цепи.

Поэтому в психопатологии синдром описывается как совокупность признаков психического заболевания в клинической картине болезни. В свою очередь, описание патопсихологического синдрома указывает на определенное, конкретное, системное звено в структуре симптомообразования, патогенетически предшествующее формированию такой клинической картины и, в силу этого, формирующее ее особенности [2].

В психопатологии такая точка зрения нашла свое развитие при выделении регистр-синдромов как преформированных реакций

психики, обусловленных особенностями этиологии поражения и его уровня. В наиболее общем плане регистр-синдром рассматривается как ограниченный известными пределами объем психического поражения. При этом регистры обнаруживают сложные причинно-следственными отношения с этиологическим фактором. Например, одни и те же психические нарушения могут возникать при различных нозологиях, а по мере углубления болезненного процесса клиническая картина одного и того же заболевания может принимать достаточно различающиеся между собой клинические варианты. Этот факт свидетельствует о весьма вариативном характере участия тех или иных систем мозга в патологическом процессе. Кроме того, может проявляться и вероятностный характер формирования психических нарушений при вовлеченности в патологический процесс одних и тех же структур мозга. По крайней мере, классификации психических расстройств, построенные на основе регистр-синдромов, отражают лишь характер вторичных компенсаторных реакций, а не этиологические факторы патологического процесса [7].

В патопсихологии перечень регистр-синдромов включает в себя все выделенные И.А. Кудрявцевым (1982) и дополненные В.М. Блейхером патопсихологические симптомокомплексы. Эти дополнения обоснованы автором необходимостью учета как этиологических факторов (например, выделение экзогенного и эндогенного вариантов в рамках органического регистр-синдрома), так и сопряженности психических расстройств с определенным кругом заболеваний (психотический и невротический варианты психогенного регистр-синдрома). При этом сохраняются представления о регистр-синдромах как образованиях психики, характеристика которых близка к нозологической, а их выделение знаменует стадию предварительной диагностики заболевания [2].

Патопсихологический синдром как системное образование имеет свою структуру. Его состав образуют следующие компоненты психической деятельности: 1) организационный (действия больного при решении познавательной задачи); 2) динамический, процессуальный; 3) операциональный (тип операциональной оснащенности); 4) эмоционально-мотивационный [5].

В связи с задачами клинико-психологического анализа психических расстройств

патопсихологический синдром выполняет две функции.

Во-первых, этот синдром объединяет патогномичные признаки конкретного психического заболевания. Действительно, каждый синдром содержит в себе и общие особенности (неспецифические для конкретной нозологической формы), и черты нозологической специфичности, отражающейся прежде всего в его структуре [1]. При этом отдельные патопсихологические феномены, как и отдельные клинические симптомы, не являются строго патогномичными в нозологическом плане. Это качество они приобретают только после выяснения механизмов, лежащих в основе их развития и динамики. Правильная классификация патопсихологического синдрома является необходимым промежуточным звеном нозологической диагностики [8]. Патопсихологическая диагностика должна выявлять механизмы формирования патопсихологических феноменов с целью отнесения их к тому или иному патопсихологическому синдрому, относительно специфичному для определенного психического заболевания.

Во-вторых, при диагностике онтогенетических аспектов формирования психической патологии квалификация патопсихологического синдрома играет определяющую роль. Так, при изучении аномального ребенка такой синдром указывает на области психики, в которых первично возникли нарушения. На основании этих данных в патопсихологии определяются пусковые механизмы возникновения расстройства и закономерности его формирования. Итогом такого варианта клинко-психологического анализа нарушений является выделение типа дизонтогенеза, для которого свойственны выявленные дефекты [9]. Таким образом, тот или иной вариант патопсихологического синдрома соотносится с соответствующим ему типом дизонтогенеза психики. Это позволяет объяснить причины и механизмы психических нарушений, возникших в пренатальный, натальный и ранний постнатальный период развития.

Следовательно, в практическом плане квалификация патопсихологического синдрома лежит в основе вынесения психологического диагноза, который формулируется в виде заключения – предпосылки для возможного соотнесения выявленных психических нарушений с тем или иным психиче-

ским заболеванием и (или) для определения того или иного варианта психического дизонтогенеза.

Итак, каждому патопсихологическому синдрому относительно соответствует, с одной стороны, своя нозология (в психиатрической клинике), а с другой стороны – свой вариант дизонтогенеза (в психологии аномального развития). Например, олигофренический патопсихологический синдром (по классификации В.М. Блейхера, 2006) в психопатологии рассматривается в рамках нозологической группы «умственная отсталость», а в психологии аномального развития этому синдрому соответствует свой вариант дизонтогенеза – «психическое недоразвитие» (по классификации В.В. Лебединского, 2003).

Такая позиция логично соотносится, во-первых, с пониманием иерархии функционирования ЦНС. Так, патопсихологический уровень предшествует психопатологическому, что определяет причины и специфику формирования наблюдаемой в клинике симптоматики [2], то есть позволяет выявить относительную нозологическую принадлежность расстройства. Во-вторых, вывод о соотносимости патопсихологического синдрома с типом дизонтогенеза согласуется с предложенным Л.С. Выготским структурно-динамическим подходом к рассмотрению аномального развития. Этот подход постулирует необходимость изучения расстройств у аномального ребенка от анализа симптомов дизонтогенеза к изучению механизмов их возникновения, то есть фактически речь идет о собственно патопсихологическом исследовании. Результаты этого исследования являются основанием для определения типа дизонтогенеза [9].

Кроме того, системный характер синдрома определяется соотношением факторов первичности – вторичности. В психологии в качестве первичных или вторичных рассматриваются как причинные факторы, так и собственно расстройства функций психической деятельности. Опираясь на понимание системного строения дефекта различаются две группы симптомов: первичные нарушения, вызванные биологическими причинами возникновения психического расстройства, и вторичные, возникающие опосредованно в процессе аномального социального развития [9]. В первом случае речь идет о нарушениях, непосредственно вытекающих из биоло-

гического характера болезни, а во втором – о включении в патогенетическую цепь социальных факторов риска. В ряде случаев, например при невротических расстройствах, социальные факторы также могут быть первичными и определять непосредственные нарушения функционирования психики.

С позиций функционального подхода, первичным выступает нарушение «собственной функции», которая обеспечивает нормальное протекание определенного звена функциональной системы. Вторичным следствием данного нарушения является распад всей функциональной системы в целом. Возможно нарушение не только данной функциональной системы, но и других систем, которые связаны с первой [10].

Таким образом, патопсихологический синдром квалифицируется на основании наличия следующих характеристик (критериев): 1) системно-организованная природа образования; 2) локализация наблюдаемых нарушений на пато-и нейропсихологическом уровне функционирования центральной нервной системы; 3) наличие четырех составляющих (организационный, процессуальный, операциональный и эмоционально-мотивационный компонентов деятельности); 4) выполнение двойственного назначения – относительная соотнесенность с нозоспецифической симптоматикой заболевания, с одной стороны, и с типом дизонтогенеза психики, с другой; 5) возможность установления фактора «первичности – вторичности» формирования выявляемой патологии.

Отмеченные дефицит теоретико-методологических исследований ГРДВ, клинически очевидная распространенность этого явления и, как следствие, актуальность проблемы его психологической диагностики в качестве системно-организованного комплекса нарушений «импульсивность – гиперактивность – дефицит внимания» требуют изучения этого феномена с позиций сформулированных выше оснований.

Анализ описываемой в литературе клинико-психологической картины ГРДВ дает все основания рассматривать это нарушение как вид патопсихологического синдрома, т.к. ГРДВ соответствует всем пяти системообразующим критериям такого синдрома.

Во-первых, анализ наблюдаемых при ГРДВ нарушений психической деятельности показывает, что это расстройство является системным явлением, включающим в себя

«множество элементов, находящихся в отношениях и связях друг с другом и образующих определенную целостность, единство» [11]. При этом ГРДВ представляет собой закономерное сочетание синдромов (в первую очередь, синдромов импульсивности, гиперактивности и невнимательности), каждый из которых, в свою очередь, является системно-организованным психическим нарушением. Следовательно, ГРДВ можно определить как «систему систем».

Во-вторых, наблюдаемая при ГРДВ феноменология соответствует основному критерию пато-и нейропсихологического уровня организации психической деятельности, предложенному И.А. Кудрявцевым [8] – «нарушение протекания психических процессов и связанных с ними свойств психики». Действительно, нарушения внимания являются классическим примером нейро-и патопсихологических расстройств. Патопсихологическая квалификация импульсивности позволяет определить ее как слабость контроля импульсов, связанная с дефицитом сдерживающего фактора. Гиперактивность представляется прежде всего как дисрегуляция в системе фазно протекающей целенаправленной психической и поведенческой деятельности. В целом ГРДВ с позиций пато-и нейропсихологического анализа представляет собой, с одной стороны, комплексное нарушение психической саморегуляции, рассматриваемое как нарушение функций организации, программирования и контроля (в отечественной литературе) или дефицит управляющих функций (executive functions – в англоязычной литературе). С другой стороны, возникновение дефицита внимания, импульсивности и гиперактивности обусловлено нарушениями в работе неспецифических морфо-функциональных структур мозга (в частности, ретикулярной формации и среднего мозга), отвечающих за длительные тонические и кратковременные фазические процессы активации. Кроме того, симптоматика ГРДВ объясняется дисфункциями префронтальной коры, обеспечивающей в норме программирование и контроль за сложными формами психической деятельности. Указанные структуры мозга, по А.Р. Лурия, входят в первый и третий структурно-функциональный блоки [10].

В-третьих, ГРДВ как патопсихологический синдром включает в себя все указанные выше четыре компонента психической дея-

тельности. Так, в клинко-психологической картине ГРДВ организационный компонент включает в себя, в первую очередь, симптомы импульсивности, гиперактивности, дефицита внимания и двигательные расстройства. Процессуальный компонент представлен умственной утомляемостью, сниженной работоспособностью и цикличным характером протекания деятельности. Многообразные непатономоничные и неспецифические нарушения познавательных процессов и речи образуют операциональный компонент. В эмоционально-мотивационном компоненте представлены прежде всего неуравновешенность, инфантильность, повышенная тревожность, мотивация избегания ожидания.

В-четвертых, патопсихологический синдром определенным образом соотносится с нозологической специфичностью и дизонтогенезами. В настоящее время в психопатологии (клинической психиатрии) наблюдается очевидный процесс оформления ГРДВ в отдельную нозологическую группу. В частности, в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) оно уже выделено отдельной рубрикой F90 («Гиперкинетические расстройства (или гиперактивность с дефицитом внимания)»), входящей в раздел «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте». В американском «Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств» (DSM-IV) также представлены категориальные критерии ГРДВ и применяются термины «дефицит внимания» (Attention Deficit Disorder – ADD) и «дефицит внимания с гиперактивностью» (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD). Во Французской классификации психических расстройств детей и подростков «CFTMEA» («La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent») [12] ГРДВ тоже рассматривается в качестве отдельного нарушения, определяемого как «гиперкинезия», «психомоторная расторможенность». Кроме этого, в клинической (в первую очередь в неврологической) практике при наличии симптоматики ГРДВ часто выносятся диагноз так называемой «минимальной мозговой дисфункции», т.е. ГРДВ рассматривается как один из ее вариантов (Л.А. Ясюкова, 2003; Е.В. Шарапановская, 2005).

Анализ публикаций по проблеме показывает, что попытки клинической система-

тизации и классификации ГРДВ осуществляются в двух направлениях: с одной стороны, это попытка дифференциации ГРДВ от сходных форм (Л.А. Ясюкова, 2003; Н.Н. Заваденко, 2005 и др.), с другой стороны – стремление уточнить клиническую картину внутри самого расстройства и представить систему клинко-диагностических критериев (И.П. Брызгунов с соавт., 2001; Н.Н. Заваденко, 2005; О.И. Политика, 2006 и др.). В этом плане предлагаемые нами представления о ГРДВ как патопсихологического синдрома являются важными и основополагающими теоретическими психологическими основами для обоснования нозологической специфичности этого вида психических расстройств.

С позиции принятых в психологии аномального развития диагностических подходов ГРДВ по своей этиопатогенетической основе обнаруживает очевидное сходство с поврежденным и дефицитарным вариантами дизонтогенеза. Общим радикалом для всех таких вариантов дизонтогенеза является «поломка в развитии» (в терминологии В.В. Лебединского [9]).

При этом для поврежденного развития характерно наличие грубых поражений головного мозга, возникших либо грубо прогрессирующих в возрасте после 2–3 лет. В отличие от поврежденного развития, при ГРДВ этиопатогенетический фактор преимущественно действует в более ранние сроки (до 3-х лет), но вызванные им нарушения не носят такого грубого характера.

При дефицитарном развитии отмечается первичная недостаточность отдельных систем (зрения, слуха, речи, опорно-двигательной, а также ряд инвалидизирующих соматических заболеваний). Такая квалификация этого варианта дизонтогенеза позволяет нам сформулировать следующую систему критериев его диагностики: 1) включенность в патологический процесс обособленной морфологической либо функциональной системы; 2) наличие первичной недостаточности этой системы; 3) развитие вторичных нарушений психической деятельности, вызванное дефицитарностью системы.

В описанной выше системе критериев диагностики ГРДВ характеризуется первичной недостаточностью саморегуляции. Саморегуляция является функциональной системой, включающей в себя звенья планирования, моделирования, программирования и

оценки результатов деятельности. Морфологической основой этой системы являются первый и третий структурно-функциональные блоки мозга (по классификации А. Р. Лурия). Из-за дефицитарности системы регуляции при ГРДВ возникают вторичные нарушения познавательной деятельности и поведения в целом. Итак,, отмечаются все критерийные основания для того, чтобы включить ГРДВ в группу дефицитарного развития.

В-пятых, любой патопсихологический синдром определяется фактором «первичности – вторичности». При ГРДВ первичные нарушения психической деятельности в виде импульсивности, гиперактивности, дефицита внимания, расстройств двигательной сферы и динамических характеристик вызывают вторичные гностические и речевые нарушения и связанные с ними расстройства школьных навыков, социальных функций и поведения в целом. При этом расстройства эмоционально-мотивационной сферы могут иметь как первичный, так и вторичный характер.

Представляется целесообразным предложить своеобразный «критерий исключения» в качестве дополнительного обоснования для квалификации ГРДВ как отдельного патопсихологического синдрома. Существующая систематика патопсихологических синдромов, предложенная И.А. Кудрявцевым [8] представлена шизофреническим, органическим, олигофреническим, психопатическим и психогенным синдромами.

Рассмотренные выше системообразующие и существенные характеристики ГРДВ не позволяют причислить его ни к одному из этих патопсихологических синдромов. Отмечается кардинальное отличие характеристик «ядра» патопсихологической симптоматики при ГРДВ от представленных в литературе критериев диагностики известных патопсихологических радикалов [2, 7]. Сравнительный анализ патопсихологических симптомов, важных для дифференциальной диагностики ГРДВ, представлен в табл. 1.

Сравнительная характеристика патопсихологических синдромов и ГРДВ

Таблица 1

| Диагностические критерии патопсихологического синдрома | ГРДВ |
|--|--|
| Шизофренический синдром Нарушения селективности информации вследствие изменения структуры и иерархии мотивов. Снижение уровня и искажение процессов обобщения. «Диссоциированность» мыслительного процесса. Изменения самосознания (аутизм, сенситивность, повышенная рефлексия) | Нарушения селективности информации связано с расстройствами регуляторных функций. Отсутствует расщепленность мышления и искажения процессов обобщения. Не отмечаются эмоциональные расстройства шизофренического типа и отсутствуют симптомы аутизма с повышенной рефлексией |
| Органический синдром Снижение интеллектуальных процессов и всех психических функций, имеющее морфологическую основу в связи с общим мозговым характером поражения | Интеллект сохранен. Снижение психических функций имеет дисрегуляторную природу в связи с вовлеченностью среднего мозга, ретикулярной формации и префронтальной коры |
| Олигофренический синдром Дефицит интеллекта. Неспособность к обучению и формированию понятий связана с первичным характером поражения | Интеллект сохранен. Возможность к обучению и формированию понятий сохранена. Трудности обучения носят вторичный характер |
| Психопатический синдром Аффективная обусловленность поведения с парциальной не критичностью. Расстройства поведения обусловлены лабильностью и недостаточной структурированностью смысловой сферы | Аффективная обусловленность поведения не отмечается. Расстройства поведения связаны с нарушением психической регуляции |
| Психогенный синдром Реактивная дезорганизация психической деятельности | Реактивной дезорганизации психической деятельности не отмечается |

Таким образом, наблюдаемые при ГРДВ нарушения являются системным синдромальным образованием. На пато- и нейрорпсихологическом уровне функционирова-

ния центральной нервной системы эти расстройства связываются, в первую очередь, с дисфункцией префронтальных отделов лобных долей и неспецифических срединных

структур головного мозга. В патопсихологическом плане ГРДВ характеризуется первичными и вторичными нарушениями всех четырех компонентов психической деятельности – организационного, динамического, операционального и эмоционально-мотивационного. На психопатологическом уровне картина этого нарушения характеризуется как «минимальные мозговые дисфункции» (ММД). ГРДВ также можно рассматривать в рамках дизонтогенеза в группе дефицитарного развития. Следовательно, ГРДВ на пато- и нейропсихологическом уровне соответствует критериям патопсихологического синдрома, но его невозможно однозначно рассматривать в системе уже выделенных синдромов. Для этого расстройства необходимо определить место в синдромологической патопсихологической группе нарушений. Фактически речь идет о выделении ГРДВ в отдельный новый патопсихологический синдром. Базовым ядром этого нарушения, в отличие от уже выделенных регистр-синдромов, является первичная дисфункция регуляторной сферы, обусловленная легкими церебральными органическими поражениями. Поэтому ГРДВ на пато- и нейропсихологическом уровне можно определить как «дисрегуляторно-органический патопсихологический синдром». В этом случае состав группы органических регистр-синдромов представлен эндогенным, экзогенным и дисрегуляторным вариантами. Обособленность дисрегуляторно-органического синдрома объясняется, в частности, возможностью его формирования под воздействием как эндогенных, так и экзогенных факторов. Первичность дисрегуляции психической деятельности при ГРДВ обусловлена органической патологией структур, отвечающих за управляющие функции. Такой механизм этиопатогенеза нарушений психической регуляции отличает ГРДВ от имеющих дисрегуляторных расстройств, отмечающихся при других формах органической патологии. В последнем случае дисрегуляция не определяет специфику клинико-психологической картины психических нарушений.

Представленные выше аргументы достаточно логично, на наш взгляд, обосновывают необходимость и возможность выделения патопсихологического синдрома гиперактивности и дефицита внимания в качестве отдельного патопсихологического ре-

гистр-синдрома – «дисрегуляторно-органического». В то же время представляет очевидную трудность психологическая квалификация этого нарушения в рамках методологии исследования, сложившейся в нейропсихологии, психологии дизонтогенеза и детской психиатрии. Распространенность этого нарушения в детской популяции дает дополнительные основания для проведения такого рода исследований и дискуссий.

Литература

1. Руководство по психиатрии. / А.С. Тиганов и др. – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – 712 с.
2. Блейхер, В.М. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов / В.М. Блейхер. – М.: Изд-во Московского психолога – социального института; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2006. – 624 с.
3. Брызгунов, И.П. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях / И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова. – М.: Изд-во института психотерапии, 2001. – 96 с.
4. Руководство по психиатрии. / А.В. Снежневский. – М.: Медицина, 1983. – Т. 1. – 480 с.
5. Практикум по патопсихологии / Б.В. Зейгарник и др. – М.: Изд-во Московского университета, 1987. – 184 с.
6. Поляков, Ю.Ф. О методологических проблемах взаимосвязи психиатрии и психологии / Ю.Ф. Поляков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1977. – №12. – С. 1822–32.
7. Нуллер, Ю.Л. Новая парадигма в психиатрии: понятие регистров / Ю.Л. Нуллер // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – №1. – С. 29–38.
8. Кудрявцев, И.А. Патопсихологические симптомокомплексы нарушений познавательной деятельности при психических заболеваниях: факторная структура и диагностическая информативность / И.А. Кудрявцев, Ф.С. Сафуанов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1989. – №6. – С. 86–92.
9. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В.В. Лебединский. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 144 с.

10. Хомская, Е.Д. *Нейропсихология: Учебник для вузов / Е.Д. Хомская.* – СПб.: Питер, 2003. – 496 с.

11. *Советский энциклопедический словарь / А.М. Прохоров.* – М.: Советская энциклопедия, 1988. – 1600 с.

12. Misès, R. *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent / R. Misès et coll. – Psychiatrie de l'enfant.* – 1988. – №31. – P. 67–134.