
Эмоциональная лабильность и ее место в феноменологии синдрома дефицита внимания у детей

Р.Ф. Гасанов

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. В статье рассматривается роль эмоциональной лабильности в структуре синдрома дефицита внимания (СДВГ). Анализируются современные тенденции в описании нового психического расстройства, претендующего на роль коморбидного СДВГ, — «Деструктивное расстройство дисрегуляции настроения» (ДРДН); возможность отмены «Биполярного расстройства детского возраста» (БРДВ) и обсуждается вопрос о роли лабильности аффекта в клинике СДВГ. Рассматриваются критерии предлагаемого расстройства и обсуждается целесообразность введения нового термина в практику детского психиатра. Анализ представленных данных позволяет допустить наличие эмоциональной лабильности в структуре СДВГ, но не в качестве основного, нозоспецифического симптома.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания, эмоциональная лабильность, биполярное расстройство детского возраста, деструктивное расстройство.

On the question of the specificity of emotional instability in children with the syndrome of Attention Deficit Hyperactivity disorder

R.F. Gasanov

The Service of children's psychiatry of St.-Petersburg V.M.Bekhterev psychoneurological research institute of Ministry of public health of Russia

Summary. The article examines the role of emotional lability in the structure of symptoms of Attention Deficit Hyperactivity disorder (ADHD). Modern trends in the description of a new mental disorders, as a candidate for comorbid ADHD, Disruptive Mood Dysregulation (DMD), the abolition of Bipolar disorder in childhood (BD) and discusses the role of the affect lability in the clinic for ADHD. Address the criteria for the proposed disorder and discusses the feasibility of introducing a new term in the practice of child psychiatry. Analysis of data allows us to admit the existence, emotional instability in the structure of ADHD, but not as the core, specific for ADHD symptoms.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity disorder, emotional lability, Bipolar disorder in children, Disruptive Mood Dysregulation.

Эмоциональная лабильность у детей с синдромом дефицита внимания (СДВГ) наблюдается в любом возрасте. В одних случаях проявления этого симптома неявные, в других (особенно на фоне девиации воспитания) — более отчетливые. Но во всех случаях лабильность аффекта при СДВГ не выступает на первый план и не является основным диагнозом. В тех же случаях, когда наблюдались раздражительность, частые жалобы на недомогания, дистимические состояния, предпочитали говорить о сопутствующем заболевании — биполярном расстройстве детского возраста (БРДВ).

Большое влияние на сторонников выделения БРДВ оказало отношение Американской психиатрической ассоциации — АРА [4], которая призывает не останавливаться на особенностях протекания психических расстройств в детском возрасте и указывает, что раздел детской и подростковой психиатрии «выделен для удобства и не означает, что существуют четкие различия между “детскими” и “взрослыми” расстройствами» [4, р. 37].

Однако критерии БРДВ настолько неспецифичны для каждой из предполагаемых фаз и так быстро сменяются (допускается смена фаз у ребенка в течение суток), что существование данного расстройства вызывало длительные дискуссии. Кроме того, в ряде случаев у детей с СДВГ на фоне приема психостимуляторов развиваются раздражительность, различного рода фантазирование, что в сочетании с гипногическими и/или гипнопомпическими галлюцинациями распознается как симптомы мании. С другой стороны, прием психостимуляторов в ряде случаев вызывает снижение фона настроения у детей в виде грусти, что в сочетании с некоторой заторможенностью и безынициативностью выглядит как симптомы детской депрессии. Описанные состояния сочетаются с различного рода расстройствами сна.

Проблемы дифференциальной диагностики СДВГ и БРДВ в последние годы в той или иной форме освещаются разными авторами [17, 21]. Еще в 2009 году Н.С. Акискал [3] предложил дифференциальную диагностику БРДВ и СДВГ, основываясь на следующих клинических симптомах:

1. Ребенок с СДВГ периодически может испытывать приступы гнева. Но подобные состояния, в отличие от детей, страдающих БРДВ, обычно длятся несколько минут, а не часами, не сопровождаются порчей имущества и стремлением принести физический ущерб окружающим.

2. Во время истерических приступов дети с СДВГ не полностью утрачивают связь с реальностью, в отличие от детей с БРДВ.

3. Дети с СДВГ имеют нарушения поведения, которые достаточно предсказуемы (например, гиперактивность). Они могут внезапно становиться либо очень счастливыми, либо печальными. Перепады настроения детей с БРДВ непредсказуемы, а раздражительность может быстро сменяться приподнятым настроением. Однако в последнем случае каждое эмоциональное состояние занимает больший временной промежуток.

4. В отличие от детей с СДВГ, дети с БРДВ дольше переживают фрустрирующие ситуации и более бурно реагируют на внешние социальные стимулы.

5. Еще одним критерием дифференциальной диагностики Н.С. Акискал называет форму сексуального поведения. С его точки зрения, дети с СДВГ могут демонстрировать некоторые признаки «сексуально неадекватного» поведения, но подобного рода поведение обычно кратковременное и «не тяжелое». В случае БРДВ автор говорит о гиперсексуальности (частые разговоры, мысли, действия сексуального содержания).

6. У детей с СДВГ различного рода нарушения сна относятся к частым, или даже хроническим, явлениям, что в дневное время приводит к быстрой утомляемости из-за недостатка сна. С другой стороны, у детей с БРДВ нарушения сна — редкое явление, не вызывает усталости в дневные часы, несмотря на дефицит сна.

Попытки реабилитировать возможность диагностирования биполярного расстройства в детском возрасте оказались несостоятельными. И в проекте новой классификации DSM-V мы наблюдаем ожидаемые и, напротив, неожиданные изменения. Это прежде всего относится к расстройствам детского возраста. Ярким примером подобной метаморфозы служит введение новой нозологической единицы *Disruptive Mood Dysregulation*, или «Деструктивное расстройство дисрегуляции настроения» (ДРДН) [10]. Разумеется, в настоящее время DSM-V проходит этап подготовки апробирования, и ее окончательная редакция планируется к изданию не ранее мая 2012 года. Однако неизменность критериев упомянутого расстройства при изменении названия (в 2009 году был предложен термин «Синдром дисрегуляции темперамента с дисфорией» — *Temper Dysregulation Disorder with Dysphoria*) позволяет ожидать появления нового заболевания с исключением биполярного расстройства детского возраста.

Заболевание определяется хроническим непродолжительным расстройством детского возраста, характеризующимся дистимическими состояниями с выраженными периодическими и частыми вспышками раздражения в ответ на общие стрессовые факторы, и наблюдается в дошкольном и младшем школьном возрасте.

С учетом различного рода уточнений, дискуссий и дополнений, продолжающихся с 2009 года, диагностические критерии «Деструктивного расстройства дисрегуляции настроения» представляются следующими:

А. Расстройство характеризуется дистимическими состояниями с выраженными периодическими вспышками раздражения в ответ на общие стрессовые факторы:

1) вспышки раздражения проявляются устно и/или в виде поведенческих реакций, например в форме вербальной или физической агрессии по отношению к людям или предметам быта;

2) реакции грубые, непропорциональны по интенсивности или продолжительности воздействию факторам;

3) указанные в пунктах 1 и 2 реакции не соответствуют уровню развития ребенка.

В. Частота: вспышки раздражения наблюдаются, в среднем, три или более раз в неделю.

С. Настроение в период между вспышками раздражения:

1) почти каждый день настроение устойчиво отрицательное (раздражительность, гнев и/или грусть);

2) негативный настрой наблюдается окружающими (например, родителями, учителями, сверстниками).

D. Продолжительность: критерии A и C должны непрерывно наблюдаться по крайней мере в течение 12 месяцев.

E. Дисфории и/или дистимии присутствуют, по крайней мере, в двух сферах деятельности (дома, в школе и т. д.).

F. Возраст пациента не менее 6 лет (или эквивалентен уровню его развития).

G. Начало заболевания в возрасте до 10 лет.

H. Периоды, в которые отмечалось бы аномально повышенное или экспансивное настроение, сопровождающееся возникновением или ухудшением критериев мании (таких, как завышенная самооценка, снижение потребности в сне, ускорение темпа речи, полет идей, отвлекаемость, резкий рост целенаправленности деятельности или поведение с высоким риском травматизации), в анамнезе не должны наблюдаться дольше одного дня.

Аномально повышенное настроение должно быть дифференцировано с резким повышением настроения в связи с позитивным событием или его ожиданием.

I. Изменение поведения не наблюдается в рамках какого-либо психотического расстройства (например, не связано с большим депрессивным расстройством) и не проявляется в контексте первичного расстройства развития, посттравматического стрессового расстройства и изолированного тревожного расстройства.

Примечание. Этот диагноз может сочетаться с оппозиционным вызывающим расстройством, синдромом дефицита внимания (СДВГ), расстройством поведения. Симптомы не связаны с приемом наркотических препаратов, соматическими и неврологическими заболеваниями [10].

С учетом того, что вышеописанные критерии относятся к детям 6–10 лет, целесообразно говорить о выраженной степени эмоциональной лабильности и особенностях темперамента ребенка с резидуально-органическим поражением головного мозга.

Что касается эмоциональной лабильности, то долгое время этому симптому не придавалось должного значения ввиду его неспецифичности. Известно, что эмоциональная лабильность определяется неустойчивостью настроения со склонностью к колебаниям, перепадам и частым сменам эмоций [2] и наблюдается в широком спектре психических расстройств, а также у здоровых детей в структуре черт темперамента [18] или в процессе нормального эмоционального развития [12].

У детей с СДВГ эмоциональная лабильность описывается, по данным разных авторов [15, 16, 24], такими особенностями, как раздражительность, непредсказуемость, низкая фрустрационная устойчивость и частая смена настроения в сочетании с низкой способностью к эмоциональному регулированию. Некоторыми авторами было обнаружено, что эмоциональная лабильность сильнее выражена при комбинированном (смешанном) подтипе СДВГ, чем при СДВГ с преобладанием невнимательности [5, 6,

14, 22]. В немногочисленных работах, затрагивающих особенности эмоционального статуса детей с СДВГ, отмечалось, что причиной эмоциональной лабильности у детей с синдромом дефицита внимания являются проблемы нарушения исполнительных функций либо врожденная предрасположенность к повышенному эмоциональному реагированию [6, 7, 16, 19, 20]. Кроме того, считается, что раннее проявление признаков эмоциональной лабильности предшествует плохому качеству социального функционирования и отвержению сверстниками [8, 11, 13, 15, 16]. Отмечалось, что даже в тех случаях, когда контролировались наиболее выраженные симптомы СДВГ, эмоциональная лабильность сохранялась [16].

В 2010 году Esther Sobanski с соавт. опубликовали работу «Эмоциональная лабильность у детей и подростков с дефицитом внимания/гиперактивности (СДВГ): клинические корреляты и распространенность в семье» [23], в которой исследовалась феноменология СДВГ, сопровождающаяся эмоциональной лабильностью. В этой работе авторы надеялись изучить вопрос о вероятности наследования симптомов эмоциональной лабильности, а также обсуждали гипотезу сцепленного наследования симптомов СДВГ и ОВР (оппозиционного вызывающего расстройства) в семьях. Авторы исследования выдвинули следующие положения.

Эмоциональная лабильность при СДВГ является частым, но не обязательным симптомом. Более выражены и чаще наблюдаются симптомы эмоциональной лабильности у девочек и детей старшего возраста. Лабильность аффекта имеет более высокую распространенность при оппозиционном поведении, тревоге, аффективных симптомах и злоупотреблении психоактивными веществами и может быть более тесно связана скорее с оппозиционным вызывающим расстройством, коморбидным СДВГ, чем с симптомами СДВГ. Ученые установили, что наличие сочетания эмоциональной лабильности с СДВГ у пациентов увеличивает риск развития эмоциональной лабильности у их братьев и сестер, но не в отношении СДВГ или оппозиционного вызывающего расстройства [23].

Авторы статьи подчеркивают, что распространяющиеся в последнее время попытки выделения нового подтипа СДВГ, сочетающегося с эмоциональной лабильностью или, как было показано выше, в самостоятельную нозологическую единицу, не состоятельны.

Долгие годы наблюдая за такими детьми, Stella Chess [9] выделила так называемый «трудный» темперамент, характеризующийся высоким уровнем активности, интенсивными эмоциональными реакциями, сложностями приспособления и в целом негативным настроением. Возможно, один из вариантов названия предлагаемого нового психического расстройства детского возраста — «Синдром дисрегуляции темперамента с дисфорией» — отражает идеи известного американского психолога.

Эмоциональная лабильность тесно связана как с первичными, нозообразующими симптомами СДВГ, так и с вторичными, социальными факторами. Негибкость, низкая адаптивная способность к факторам меняющейся социальной среды, низкий порог фрустрационной толерантности могут служить причиной взрывчатости, раздражительности, нестабильности настроения, вербальной и даже физической агрессии, ажитации и в конечном счете приводить к дезоргани-

зованному поведению. И, как следствие, к проблемам взаимоотношения с окружающими. Но все же данный симптом при СДВГ не стоит в ряду основных и не приводит к социальной дезадаптации ребенка.

В некоторых случаях, когда на фоне ярко выраженных основных симптомов СДВГ устойчиво отмечает-

ся лабильность аффекта с тенденцией по мере взросления входить в число дезадаптирующих симптомов, целесообразно говорить о симптоматическом типе СДВГ у 7–8 летних детей [1], а в последующем, в зависимости от наблюдаемой клиники, — о психоорганическом или психопатоподобном синдроме.

Литература

1. Гасанов Р.Ф., Макаров И.В. Типология синдрома дефицита внимания у детей с эпилепсией // *Российский психиатрический журнал*. 2011. № 1. С. 30–35.
2. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов / под ред. С. Н. Бокова. Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 1995. 640 с.
3. Akiskal H.S. Bipolar disorders section of *Mood disorders // Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. by B.J. Sadock, V.A. Sadock. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009. Vol. 1. P. 1629–1653.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: Author, 1994.
5. Barkley R.A., Fischer M., Edelbrock C.S., Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8 year prospective follow-up study // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1990. Vol. 29. P. 546–557.
6. Braaten E.B., Rosen L.A. Self-regulation of affect in attention deficit – hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: Differences in empathic responding // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. Vol. 68. P. 313–321.
7. Carroll A., Houghton S., Taylor M. et al. Responding to interpersonal and physically provoking situations in classrooms: Emotional intensity in children with attention deficit hyperactivity disorder // *International Journal of Disability, Development, and Education*. 2006. Vol. 53. P. 209–227.
8. Caspi A., Moffitt T., Silva P. et al. Are some people crime-prone? Replications of the personality-crime relationship across countries, genders, races, and methods // *Criminology*. 1994. Vol. 32. P. 163–194.
9. Chess S., Thomas A. *Origins and evolution of behavior disorders. From infancy to early adult life*. Cambridge: Harvard Univ. Press, 1987.
10. *Disruptive Mood Dysregulation disorder. 2010: Proposed Revision from APA DSM 5 Development* [<http://www.dsm5.org>]
11. Eisenberg L. When «ADHD» was «the Brain-Damaged Child» // *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2007. Vol. 17(3). P. 279–283.
12. Gershon A.A., La Russa P., Steinberg S. et al. The protective effect of immunologic boosting against zoster: an analysis in leukemic children who were vaccinated against chickenpox // *J. Infect. Dis*. 1996. Vol. 173. P. 450–453.
13. Hinshaw S., Peele P., Danielson L. Public health issues Individual, system, and cost burden of the disorder // *ADHD: 1999*. Retrieved July 6, 2005, from National Center on Birth Developmental Disabilities. [<http://www.cdc.gov>]
14. Landau S., Milich R. Social communication patterns of attention-deficit-disordered boys // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1988. Vol. 16. P. 69–81.
15. Maedgen J.W., Carlson C.L. Social Functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes // *Journal of Clinical Child Psychology*. 2000. Vol. 29. P. 30–42.
16. Melnick S.M., Hinshaw S.P. Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: Linkages with social behaviors and peer preference // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2000. Vol. 28. P. 73–86.
17. Mick E., Biederman J., Pandina G., Faraone S.V. A preliminary meta-analysis of the child behavior checklist in pediatric bipolar disorder // *Biological Psychiatry*. 2003. Vol. 53. P. 1021–1027.
18. Nigg J.T. *What Causes ADHD? Understanding What Goes Wrong and Why*. New York: Guilford, 2006. 422 p.
19. Peris T.S., Hinshaw S.P. Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: the relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behavior // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003. Vol. 44 (8). P. 1177–1190.
20. Rapport L.J., Friedman S., Tzelepis A., Van Voorhis A. Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder // *Neuropsychology*. 2002. Vol. 16. P. 102–110.
21. Rende R., Birmaher B., Axelson D. et al. Childhood – onset bipolar disorder: Evidence for increased familial loading of psychiatric illness // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007. Vol. 46. P. 197–204.
22. Sanson A., Smart D., Prior M., Oberklaid F. Precursors of hyperactivity and aggression // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1993. Vol. 32. P. 1207–1216.
23. Sobanski E., Banaschewski T., Asherson Ph. et al. Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence // *J. of Child Psychology and Psychiatry*. 2010. Vol. 51 (8). P. 915–923.
24. Walcott C.M., Landau S. The Relation between Disinhibition and Emotion Regulation in Boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2004. Vol. 33 (4). P. 772–782.

Сведения об авторе

Гасанов Рауф Фаикович — к. м. н., старший научный сотрудник отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: raufgasanov@mail.ru