

К вопросу о целесообразности выделения гиперкинетического расстройства в самостоятельную нозологическую единицу

Р.Ф. Гасанов

Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Резюме. В статье представлены основные данные о характере дискуссии относительно целесообразности выделения гиперкинетического расстройства, называемого также синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Показаны наиболее частые причины гипердиагностики данного расстройства и результаты экспертизы обзора литературы ведущими научными организациями и учеными. Анализ представленных данных позволяет судить о гиперкинетическом расстройстве как о самостоятельной нозологической единице.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, гиперкинетическое расстройство, нозологическая единица, дети и подростки.

On the question of whether separation of hyperkinetic disorder in an independent clinical entity

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 provides basic information on the nature of the debate on whether to release hyperkinetic disorder, also known as attention deficit disorder with hyperactivity. It shows the most common causes of overdiagnosis of this disorder and the results of examination of the literature review leading scientific organizations and scientists. Analysis of the data gives an indication of hyperkinetic disorder as an independent clinical entity. **Keywords:** attention deficit hyperactivity disorder, children and adolescents.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder, hyperkinetic disorder, clinical entity, children and teenagers.

С конца прошлого века до настоящего времени практически каждое десятилетие научным сообществом ставится вопрос о целесообразности выделения гиперкинетического расстройства в самостоятельную нозологическую единицу. По всей видимости, диагностические критерии данного расстройства, широко известного также как синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), представленные фенологически понятными категориями, вступают в конфликт со сведениями о данном заболевании, как нейробиологическом, сложном патогенетически и одновременно широко распространенным в общей популяции.

Последним научно обоснованным сомнением существования данного расстройства явились статьи немецких исследователей из университетов Ruhr-Universität Bochum и University of Basel под названиями «Является ли синдром дефицита внимания синдромом?» и «Разве СДВГ диагностируется строго на основании предложенных критериев?» [8, 9]. Silvia Schneider, Jurgen Margraf и Katrin Bruchmuller выясняли возможность гипердиагностики СДВГ и масштабы распространения подобного заблуждения среди детских психиатров и психотерапевтов Германии. Были использованы опросники, включающие созданные иссле-

дователями клинические случаи описания детей с СДВГ. Специалистов просили поставить диагноз на основании предложенных эмпирических данных и рекомендовать терапию. Представленные данные в трех из четырех случаях не удовлетворяли критериям гиперкинетического расстройства. Варианты опросника отличались не только соответствием критериям СДВГ, но и включали, как переменную, вариацию пола. Результаты обработки полученных данных привели к нескольким любопытным выводам. Было обнаружено, что детские врачи склонны ставить диагноз СДВГ, больше руководствуясь такими эмпирическими данными, как повышенная двигательная активность, дефицит внимания и импульсивность, чем более широко и точно представленными критериями гиперкинетического расстройства. Кроме того, в случае идентичной клинической картины предложенного в опроснике случая доктора предпочитали выбирать мальчиков в качестве пациентов, страдающих синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, нежели девочек. Авторы исследования поставили под сомнение существование гиперкинетического расстройства как самостоятельной нозологической единицы.

Надо отметить, что сомнения в справедливости выделения гиперкинетического расстрой-

ства высказываются и в отечественной литературе. В частности, Б.В. Воронков считает, что «гиперактивность с дефицитом внимания, как диагностический термин... представляется неудачным...», «не адекватен клинической реальности» и «не приближает к пониманию его [описываемого феномена] природы» [3, с. 126].

Еще с конца 1970-х годов гиперкинетическое расстройство справедливо называли самым противоречивым диагнозом. И этиология, и патогенез и, намного чаще, терапия данного расстройства становились предметом дискуссии настолько, что данный вопрос был освещен в «Энциклопедии социальных проблем» (Encyclopedia of Social Problems) в одной из шестисот статей, поднимающих наиболее острые противоречия современного общества [16]. Основными темами дискуссии явилась гипердиагностика гиперкинетического расстройства и связанное с ним бесконтрольное назначение психостимуляторов [11].

Многочисленные дискуссии ученых привели к необходимости экспертизы данных о целесообразности выделения СДВГ в качестве самостоятельной нозологической единицы. В качестве экспертной комиссии выступил Национальный институт здоровья и клинической квалификации Великобритании (National Institute for Health and Clinical Excellence — NICE). Результаты были представлены в опубликованном в сентябре 2008 года документе «Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): full guideline» [12]. В нем сообщается, что время от времени существование гиперкинетического расстройства [СДВГ] ставится под сомнение [Р. 23]. Однако далее подчеркивается, что основная масса критических высказываний носит либо социальный, либо философский характер и имеет мало отношения к медицине, хотя обзор литературы по данному вопросу подтверждает принятую научными кругами оценку этого явления как самостоятельного расстройства [Р. 133, Р. 138]. Данное расстройство имеет определенную этиологию, известные патогенетические механизмы, клинику и течение [Р. 139].

Но несмотря на то что многие клиницисты поддерживают принятые клинико-этиологические данные и критерии диагностики СДВГ [12, 14], появилось множество теорий происхождения основных симптомов гиперкинетического расстройства [8]. К наиболее распространенным относятся «теория охотника и фермера» [15], нейромногообразия [7] и теория социального конструкта [18].

Теория охотника и фермера была предложена Т. Hartmann в 2003 году [15]. В этой теории гиперкинетическое расстройство объясняется с позиции адаптивного поведения: в течение многих тысячелетий человечество было представлено кочевыми племенами, где залогом успеха являлось развитие у охотников состояния «гиперфокусировки» (hyperfocus), как особое свойство внимания, называемое в современном обществе рассеянным вниманием. Кроме того, Т. Hartmann подчеркивал, что следование социальными нормам, развитие организаторских способностей не явля-

лись необходимыми для кочевых племен. Поэтому не получили развития. С другой стороны, появление земледельческого общества, сменившего кочевое, напротив, способствовало развитию всех этих способностей. Четырех—шестикратное преобладание мальчиков, страдающих СДВГ, над девочками, с точки зрения Т. Hartmann, косвенным образом подтверждает эту теорию: мужчины — охотники, женщины — хранители очага.

В начале этого века, в 2001 году, D.L. Baker предложил теорию нейромногообразия (neurodiversity) [7]. Согласно постулируемому автором данным, гипотетически существует некая идеальная конфигурация головного мозга, включая структуру и функционирование, любое отклонение от которых признано медицинскими кругами «патологическим». Автор призывает относиться к небольшим отклонениям от нормы терпимо и не считать их патологическими. К подобным отклонениям D.L. Baker относит дислексию, дискалькулию, диспраксию, расстройства аутистического спектра, СДВГ и синдром Туретта. Предложенная автором теория стала своеобразным отголоском исследований G.F. Still, проведенных около века назад (1902), где обращалось внимание в первую очередь, на «дефект морального контроля» детей с СДВГ [17]. Но в отличие от D.L. Baker G.F. Still рассматривал такое поведение как патологическое и считал, что работа над редукцией симптомов «морального дефекта» должна сопровождаться и лекарственной терапией, и социальной реабилитацией через качественное изменение социального окружения ребенка [17].

И наконец, теория социального конструкта СДВГ (Social construct theory of ADHD), предложенная психиатрами Sami Timimi and Eric Taylor в 2002 году [18]. Авторы теории выступали против «патологизации» симптомов СДВГ, считая критерии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью не расстройством, а неким «социальным конструктом», то есть состоянием, лежащим в пределах спектра нормального поведения, но неудобным для общества.

Необходимо отметить, что гиперкинетическое расстройство впервые было заявлено в качестве самостоятельной нозологической единицы раньше синдрома Каннера. Впоследствии были описаны этиология, феноменология и патогенетическая терапия. Синдромом дефицита внимания, с одной стороны, называют расстройство развития, проявляющееся выраженными симптомами невнимательности и/или гиперактивности/импульсивности [13], с другой — одним из клинических вариантов минимальной мозговой дисфункции (ММД), которые в настоящее время рассматриваются как особые формы дизонтогенеза, характеризующиеся возрастной незрелостью отдельных высших психических функций и асинхронностью их развития [5]. И.П. Брызгунов и Е.В. Касатикова [2] определяют синдром нарушения внимания с гиперактивностью как нейробиологическое состояние, характеризующееся неадекватной для стадии развития невнимательностью (недостаточность концентрации,

отвлекаемость, неустойчивость внимания), гиперактивностью и импульсивностью. Е.Д. Белоусова и М.Ю. Никанорова считают, что «синдром дефицита внимания/гиперактивности — дисфункция центральной нервной системы (преимущественно ретикулярной формации), проявляющаяся трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов» [1, с. 40]. Н.Н. Заваденко [4] рассматривает ММД как «последствия ранних, локальных повреждений головного мозга, проявляющиеся возрастной незрелостью отдельных выс-

ших психических функций и их дисгармоничным развитием». О.В. Халецкая, В.М. Трошин [6] понимают под этим термином диффузную церебральную дисрегуляцию, которая обусловлена задержкой созревания связей между различными отделами ЦНС.

Наиболее оптимальным, как нам представляется, было бы определить данное расстройство как хроническое непроцессуальное, начинающееся в раннем детстве и имеющее среди основных симптомов нарушение внимания, гиперактивность и импульсивность в сочетании с нормальным интеллектом.

Литература

1. Белоусова Е.Д., Никанорова М.Ю. Синдром дефицита внимания/гиперактивности // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*.—2000.—№ 3.—С. 39–42.
2. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей.—М.: *Медпрактика*.—2002.—128 с.
3. Воронков Б.В. Психиатрия детского и подросткового возраста.—СПб: *Наука и Техника*.—2012.—288 с.
4. Заваденко Н.Н. Факторы риска для формирования дефицита внимания и гиперактивности у детей // *Мир психологии*.—2002.—№ 3.—С. 196–208.
5. Заваденко Я.Я., Горбачевская Я.Л., Григорьева Я.В., Сорокин А.Б., Суворина Я.Ю., Якупова Л.П. Церебролизин в лечении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей // *Неврологический журнал*.—1999.—№ 2.—С. 4–6.
6. Халецкая О.В., Трошин В.М. Минимальные мозговые дисфункции в детском возрасте.—*Нижний Новгород*.—1995.—110 с.
7. Baker D. L. *The Politics of Neurodiversity: Why Public Policy Matters*.—Lynne Rienner Publishers.—2011.—239 p.
8. Barkley R.A. *Taking charge of ADHD: the complete, authoritative guide for parents*.—364 p.
9. Bruchmüller K., Margraf J., Schneider S. Is ADHD Diagnosed in Accord With Diagnostic Criteria? Overdiagnosis and Influence of Client Gender on Diagnosis // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.—2012.—№ 80.—P. 128–138.
10. Bruchmüller K., Schneider S. Fehldiagnose Aufmerksamkeits-und Hyperaktivitätssyndrom? Empirische Befunde zur Frage der Überdiagnostizierung // *Psychotherapeut*.—2012.—№ 57.—P. 77–89.
11. Cormier E. Attention deficit/hyperactivity disorder: a review and update // *J Pediatr Nurs*.—2008.—№ 23 (5).—P. 345–57.
12. CG72 Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): full guideline (PDF). NHS (24 September 2008): <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG72FullGuideline.pdf>
13. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 4-th Ed.*—Washington.—1994.—886 p.
14. *Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents*. Council on Scientific Affairs, American Medical Association // *JAMA*.—1998.—№ 279(14).—P. 1100–1107.
15. Hartmann T. *The Edison gene: ADHD and the gift of the hunter child*.—Rochester, Vt: Park Street Press.—2003.—280 p.
16. Parrillo V. *Encyclopedia of Social Problems*.—SAGE.—2008.—P. 63.
17. Still G.F. *The Goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions in children* // *The Lancet*.—1902.—№ 1.—P. 1008–1012, 1077–1082, 1163–1168.
18. Timimi S., Taylor E. In Debate: ADHD is best understood as a cultural construct // *The British Journal of Psychiatry*.—2004.—№184.—P. 8–9.

Сведения об авторе

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