

*ДИСКУССИИ И ДИСКУРСЫ*  
*DISCUSSION AND DISCURSIS*

## О культурно-исторической нейропсихологии и диагнозе СДВГ: комментарий к статье А. Куцоклениса, Ю. Соловьевой, Л. Кинтанара Рохаса «Диагностика СДВГ с позиций культурно- исторической нейропсихологии»

Т.В. Ахутина<sup>1</sup> ✉

<sup>1</sup>Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова

✉ akhutina@mail.ru

### *Резюме*

В данной статье предлагается комментарий к статье «Диагностика СДВГ с позиций культурно-исторической нейропсихологии». Авторы комментируемой статьи А. Куцокленис, Ю. Соловьева и Л. Кинтанар Рохас решительно выступают за смену парадигмы от традиционного диагностического подхода к культурно-исторической нейропсихологии (КИНП). По мнению авторов, подход с позиций КИНП позволяет отказаться от постановки диагноза СДВГ при диагностике этого синдрома. Авторы предполагают, что такой отказ от промежуточного уровня абстракции (в форме диагноза) в пользу результатов нейропсихологической оценки конкретного ребенка позволит напрямую перейти к персонализированным рекомендациям по коррекционно-развивающей помощи данному ребенку. Несмотря на общность наших исходных теоретических позиций, т. е. принципов культурно-исторической психологии и нейропсихологии, разработанных в трудах Л.С. Выготского и А.Р. Лурии, я не согласна с предлагаемым авторами статьи решением вопроса о диагнозе СДВГ.

Предложение отказаться от диагноза СДВГ не решает проблему помощи детям, в частности проблему их стигматизации. Проблема решается или не решается в зависимости от того, какие средства помощи реально доступны в данной социальной ситуации развития ребенка. Решение проблемы лежит в увеличении эффективности оказываемой детям помощи, в том числе нейропсихологической. Отказ от диагноза и попытка его обоснования культурно-исторической нейропсихологией связан с игнорированием ряда ее положений и может повести в конечном счете к дискредитации КИНП. Кроме того, отказываясь от диагноза СДВГ, мы одновременно отказываемся от необходимости все глубже изучать механизмы синдрома, используя современные и будущие научные средства.

**Ключевые слова:** культурно-историческая нейропсихология, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), диагноз СДВГ, социальная ситуация развития

**Финансирование.** Исследование выполнено в рамках государственного задания МГУ имени М.В. Ломоносова № АААА-А20-120012890168-8.

**Для цитирования:** Ахутина Т.В. О культурно-исторической нейропсихологии и диагнозе СДВГ: комментарий к статье А. Куцоклениса, Ю. Соловьевой, Л. Кинтанара Рохаса «Диагностика СДВГ с позиций культурно-исторической нейропсихологии» // Культурно-историческая психология. 2025. Том 21. № 1. С. 88–92. DOI: <https://doi.org/10.17759/10.17759/chp.2025210109>

# Cultural-Historical Neuropsychology and ADHD: Commentary on the Article “ADHD Diagnosis from the Perspective of Cultural-Historical Neuropsychology” by Athanasios Koutsoklenis, Yulia Solovieva, and Luis Quintanar Rojas

T.V. Akhutina<sup>1</sup> ✉

<sup>1</sup> Lomonosov Moscow State University

✉ akhutina@mail.ru

## Abstract

This article presents a commentary on the paper “ADHD Diagnosis from the Perspective of Cultural-Historical Neuropsychology”. The authors of this paper, Athanasios Koutsoklenis, Yulia Solovieva, and Luis Quintanar Rojas, strongly advocate for a paradigm shift from the traditional diagnostic approach to cultural-historical neuropsychology (CHNP). According to the authors, the CHNP approach allows us to reject ADHD diagnosis when assessing the corresponding syndrome. The authors suggest that such a departure from an intermediate level of abstraction (in the form of a diagnosis) in favor of the results of neuropsychological evaluation of a particular child will enable a direct transition to personalized recommendations for corrective and developmental support for that child. Despite the commonality of our initial theoretical positions, namely the principles of cultural-historical psychology and neuropsychology developed by Lev Vygotsky and Alexander Luria, I do not agree with the solution proposed by the authors regarding the issue of diagnosing ADHD.

The proposal to renounce the diagnosis of ADHD does not address the issues of providing support to children and their stigmatization. These problems are either resolved or left unresolved depending on the resources available to help a child in a given social context. The solution lies in enhancing the efficiency of the support provided to children, including the neuropsychological support. The rejection of the diagnosis and the attempt to justify this through CHNP involves overlooking several of its key principles, which could ultimately lead to discrediting of CHNP. Furthermore, while rejecting the ADHD diagnosis we simultaneously refuse the necessity to further investigate the mechanisms of the syndrome via current and future scientific tools.

**Keywords:** cultural-historical neuropsychology, attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), diagnosis of ADHD, social context of development

**Funding.** The study was conducted under the state assignment of Lomonosov Moscow State University № AAAA-A20-120012890168-8.

**For citation:** Akhutina T.V. Cultural-Historical Neuropsychology and ADHD: Commentary on the Article “ADHD Diagnosis from the Perspective of Cultural-Historical Neuropsychology” by Athanasios Koutsoklenis, Yulia Solovieva, and Luis Quintanar Rojas. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya = Cultural-Historical Psychology*, 2025. Vol. 21, no. 1, pp. 88–92. DOI: <https://doi.org/10.17759/10.17759/chp.2025210109>

В статье моих коллег и друзей Афанасия Куцоклениса (из Греции), Юлии Соловьевой и Луиса Кинтанара Рохаса (из Мексики) рассматриваются дебаты о статусе и диагностике СДВГ с позиций культурно-исторической нейропсихологии (КИНП) и предлагается точка зрения на основы КИНП и ее перспективы. Оба вопроса — и о диагнозе СДВГ, и о перспективах КИНП, безусловно, актуальны и требуют тщательного рассмотрения. Несмотря на общность наших теоретических позиций — я имею в виду принципы культурно-исторической психологии, разработанные в трудах Л.С. Выготского и А.Р. Лурии, — наше понимание поднятых вопросов, как и предлагаемое решение вопроса о статусе СДВГ, различа-

ются. Учитывая важность, социальную значимость и сложность обоих вопросов, я решила вынести на суд читателей наши разногласия.

Начнем обсуждение с констатации общей точки зрения. В своей статье авторы, говоря о нейропсихологической диагностике, справедливо настаивают на необходимости синдромного анализа, направленного на выявление причин, лежащих в основе симптомов. Они подчеркивают, что синдром — это не набор наблюдаемых симптомов, их нельзя «просто суммировать и маркировать произвольным диагностическим термином». Здесь они следуют за Л.С. Выготским, который выступал против феноменологического подхода, ограничивающегося описанием и систе-

матизацией симптомокомплексов, и отстаивал необходимость перехода к «каузально-динамической точке зрения в методике изучения и диагностике развития» (Выготский, 1983, с. 272). Л.С. Выготский подчеркивал, что для решения вопросов диагностики за сбором симптомов необходимо должен следовать этап их «динамического типологического толкования», «квалификации симптомов», т. е. объединение симптомов в целостную картину с выделением объединяющей их специфики на основании чего и ставится диагноз. Об этом же пишет и А.Р. Лурия в своей научной автобиографии: «Только после того, как он [клинический психолог] собрал достаточное количество сходных симптомов, образующих вместе единый «синдром», он получает право считать, что его гипотеза... доказана (или отвергнута)» (Лурия, 1982, с. 123). А.Р. Лурия называет этот этап исследования «синдромным анализом», выделением «фактора».

Ученики А.Р. Лурии так определяют синдром и синдромный анализ: «Синдром — это закономерное сочетание симптомов, обусловленное определенным первичным дефектом (патологическим фактором). В пределах синдрома выделяют определенные первичные, вторичные и третичные (компенсаторные) симптомы. Синдромный анализ (синоним — факторный анализ) — это анализ наблюдаемых симптомов с целью нахождения общей основы (фактора), объясняющей их происхождение. Он включает в себя пошаговую процедуру, которая включает сравнение всех наблюдаемых симптомов, качественную оценку симптомов, обнаружение их общей основы, т. е. выявление первичного дефекта, его системных последствий и компенсаторной реорганизации» (Akhutina, Glozman, Moskovich, 2005, p. 200. See also Akhutina, Shereshevsky, 2014).

В контексте этой статьи важно, что Л.С. Выготский считал «квалификацию дефекта» и тесно связанную с ней «постановку диагноза» необходимой составной частью диагностики и добавлял, что «...научная диагностика может быть установлена и тогда, когда причины того процесса, который устанавливается в диагнозе, нам еще не известны», и разъяснял, что «...суть дела в том, что при научном диагнозе мы на основании известных симптомов, идя от них, констатируем некий процесс, лежащий в основе этих симптомов» (Выготский, 1983, с. 317). Он предупреждал, что «...ошибкой является попытка видеть диагноз в установлении ряда симптомов или фактических данных» (там же). Таким образом, по Л.С. Выготскому, для диагноза необходимо не только нахождение некоторых симптомов, но и установление связи между ними, постулирование общего лежащего в их основе процесса — первичного дефекта. На основе современных данных, полученных в исследованиях когнитивных нарушений при СДВГ и трудностей обучения, можно предположить, что первичный дефект может иметь и единственный, и множественные корни (Pennington, 2006). На наш взгляд, Б. Пеннингтон справедливо указывает, что сложные поведенческие расстройства могут быть вызваны «...взаимодействием множественных факторов риска и защиты, которые могут быть как генетическими, так и средовыми»; он

уточняет, что «...эти факторы риска и защиты изменяют развитие когнитивных функций, необходимых для нормального развития, тем самым вызывая поведенческие симптомы, которые определяют эти расстройства» (Pennington, 2006, p. 404). Эти идеи Пеннингтона созвучны точке зрения Л.С. Выготского, который рассматривал развитие как самоорганизующийся вероятностный процесс и указывал, что «...на ребенка все время влияют положительные и отрицательные начала. Таким образом, вторичные образования могут идти как по линии выравнивания, так и вызывать добавочные осложнения...» (Выготский, т. 5, с. 130).

Перейдем теперь к диагностике СДВГ и механизмам синдрома. Авторы комментируемой статьи, говоря о понимании механизмов СДВГ, рисуют противоречивую картину. Так, они начинают с утверждения, что в DSM, отражающем «преобладающую точку зрения на СДВГ», синдром характеризуется как «комплексное, многофакторное нарушение нейроразвития» (complex, multifactorial neurodevelopmental disorder). Но тут же они пишут о сомнениях в валидности СДВГ как диагноза и приводят целый ряд причин, включая в качестве первой причины «отсутствие когнитивных, метаболических или неврологических маркеров и отсутствие медицинских тестов» (the absence of cognitive, metabolic, or neurological markers and the lack of medical tests). В конце статьи утверждается, что «СДВГ рассматривается как уникальная клиническая картина» (ADHD is considered as a unique clinical picture, p. 6). В то же время в статье есть ссылки на работы, включая работы авторов комментируемой статьи, в которых говорится о выявлении «различных мозговых механизмов, которые могут быть ответственны за “симптомы”, представленные в общепринятой диагностике СДВГ».

Нарисовав такую пеструю картину, авторы предлагают отказаться от диагноза СДВГ. По мнению авторов, такой отказ от промежуточного уровня абстракции (в форме диагноза) в пользу результатов нейропсихологической оценки конкретного ребенка позволит напрямую перейти к персонализированным рекомендациям по помощи данному ребенку.

Какие доводы приводятся за отказ от диагноза? Это отсутствие когнитивных и медицинских маркеров СДВГ и существующая во многих странах практика применения медикаментозных способов помощи детям с СДВГ, а также стигматизация таких детей.

Отказ от диагноза СДВГ авторы обосновывают подходом культурно-исторической нейропсихологии. Но при этом они не вполне учитывают важные положения этого подхода. Это относится прежде всего к нахождению маркеров СДВГ. Так, авторы статьи, говоря об «...отсутствии когнитивных, метаболических или неврологических маркеров и отсутствии медицинских тестов» обнаружения СДВГ, опираются на выводы весьма спорной статьи Стефана Шлейма (Schleim S., 2022). В этой статье Шлейм говорит о «биомаркерах» психических нарушений и, в частности, СДВГ. Для него биомаркер должен показывать непосредственную связь особенности поведения и мозгового субстра-

та. Это возможно для первичных полей коры мозга и элементарных ощущений или движений, где имеется изученная прямая связь между центром и периферией. Но, как следует из современной психофизиологии и нейропсихологии, за поведением человека и в том числе за психологически более базовыми когнитивными и эмоциональными процессами стоят сложные иерархические многозвенные функциональные системы. Это понимал Л.С. Выготский, предвидя развитие нейропсихологии, и поэтому он настаивал, что заведомо ошибочны попытки непосредственно связать ряд установленных симптомов или фактических данных с механизмом нарушения (Выготский, 1983, с. 317). Развивая мысль Выготского, можно сказать, что при постановке диагноза мы на основании известных симптомов должны постулировать некий процесс, лежащий в основе этих симптомов, предполагая, что дальнейшее развитие науки позволит точнее изучить постулированный процесс. Отказываясь от диагноза, мы одновременно отказываемся от необходимости изучать постулируемый процесс.

Авторы статьи полагают, что «качественная оценка детей с диагнозом СДВГ позволяет обнаружить различные механизмы, ответственные за трудности ребенка» (с. 5), при этом они ссылаются на совместную работу физиолога Р.И. Мачинской, специалиста по ЭЭГ, и нейропсихолога О.А. Семеновой (Machinskaya, Semenova, 2004). В статьях авторов комментируемой статьи о диагностике СДВГ очень часто также одним из авторов является физиолог. Таким образом, авторы не ограничиваются одним качественным нейропсихологическим обследованием детей, они дополняют и проверяют его ЭЭГ-анализом. Но доступно ли это рядовому психологу?

Нейропсихолог в ходе обследования получает результаты тестов и наблюдений за поведением ребенка, далее идет следующий шаг — объединение и осмысление полученных данных, т. е. постановка диагноза. Предположим, что нейропсихолог не делает этого шага и пишет в заключении, что у ребенка обнаруживается повышенная двигательная активность и отставание в развитии функций программирования и контроля. Каковы будут его рекомендации, лечебно-педагогическое назначение — необходимый компонент диагностики, по Л.С. Выготскому (1983, т. 5, с. 321)? Рекомендации будут зависеть от того, какие средства помощи реально доступны в данной социальной ситуации ребенка. Будут ли дети дразнить ребенка словами «дурак» или «псих», как будут относиться к нему педагоги и врачи, опять же это зависит от социальной ситуации.

Отказ от диагноза СДВГ социальную ситуацию изменить не может. Здесь важно, имеются ли оптимальные средства помощи, насколько доступна и эффек-

тивна нейропсихологическая служба, насколько она популярна, каков ее авторитет. Вопросы эффективности и доступности нейропсихологической помощи стоят остро и в тех странах, где медикаментозная помощь детям и подросткам с СДВГ мало популярна.

Важный вопрос, незатронутый авторами, — это сравнение эффективности разных подходов: фармакологического, нефармакологического (поведенческая терапия, когнитивная тренировка) и комбинированного. Исследования долгосрочных эффектов разных видов помощи показали максимальный эффект комбинированной помощи. В работах Л.Е. Арнольда и соавторов (Arnold et al., 2015, 2020) приводятся данные о том, что при комбинированной помощи результаты тестов достижений (первая цифра в скобках) и успеваемости (вторая цифра) улучшились больше (100% и 67% соответственно), чем при фармакологической (75% и 33%) или нефармакологической (75% и 50%) помощи в отдельности.

Конечно, встает вопрос: какова была нефармакологическая помощь и можно ли отнести эти данные к нейропсихологической помощи? В литературе по СДВГ не удалось найти данные об эффективности этой помощи и тем более сравнения разных вариантов нейропсихологической помощи, хотя есть ее описание (см., например, Solovieva Y., Quintanar L., 2022). И это не случайно. Нейропсихологи всерьез принимают требование индивидуального (individually-tailored) подхода к коррекции. Cochrane-требования к проверке эффективности трудно совместимы с таким подходом. Индивидуальный подход к пациенту требует высокой квалификации и больших энергозатрат от психолога, работа по шаблону легче и более доступна для массовой проверки в соответствии с Cochrane-требованиями.

Подведем итоги нашему комментарию.

Предложение отказаться от диагноза СДВГ не решает проблему стигматизации детей, которым сейчас ставится этот диагноз. Решение проблемы лежит в увеличении эффективности оказываемой им помощи, в том числе эффективности нейропсихологической помощи. Вполне возможно, что помощь должна быть комплексной. Привлечение психофизиологов и грамотных врачей может быть шагом в нужном направлении. Отказ от диагноза, замена его данными нейропсихологического исследования и попытка их обоснования культурно-исторической нейропсихологией может повести к игнорированию ряда ее положений и в конечном счете к дискредитации КИНП. И еще надо иметь в виду, что, отказываясь от диагноза СДВГ, мы одновременно отказываемся от необходимости все глубже изучать механизмы синдрома, используя современные и будущие научные средства.

### Список источников / References

1. Выготский Л.С. К вопросу о компенсаторных процессах в развитии умственно отсталого ребенка: сбсоч:

в 6 т. Т. 5: Основы дефектологии. М., Педагогика, 1983. С. 115–136.

Vygotskii L.S. Diagnostika razvitiya i pedologicheskaya klinika trudnogo detstva: sobr. soch.: v

6 т. Т. 5: Osnovy defektologii. Moscow: Pedagogika, 1983, pp. 115–136.

2. *Выготский Л.С.* Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства: собр. соч. в 6 т. Т. 5: Основы дефектологии. М., Педагогика, 1983. С. 257–321.

Vygotskii L.S. Diagnostika razvitiya i pedologicheskaya klinika trudnogo detstva: sobr. soch. v 6 t. T. 5: Osnovy defektologii. Moscow: Pedagogika, 1983, pp. 257–321.

3. *Лурия А.Р.* Этапы пройденного пути. Научная автобиография. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982.

Luriya A.R. Etapy proidennogo puti. Nauchnaya avtobiografiya. Moscow: Publ. Mosk. un-ta, 1982.

4. *Akhutina T.V., Glzman J.M., Moskovich L.I.* Short glossary of Lurian terminology / Akhutina T., Glzman J., Moskovich L., Robbins D. (Eds.) // A.R. Luria and Contemporary Psychology: Festschrift celebrating the centennial of his birth. N.Y.: Nova Science Publishers, 2004. P. 199–200.

5. *Akhutina T.V., Shereshevsky G.* Cultural-historical neuropsychological perspective on learning disability / A. Yasnitsky, R. van der Veer, M. Ferrari (Eds.) // The

Cambridge Handbook of Cultural-Historical Psychology. New York: Cambridge University Press, 2014. P. 350–377.

6. *Arnold L.E., Hodgkins P., Kahle J., Madhoo M., Kewley G.* Long-term outcomes of ADHD: Academic achievement and performance [Электронный ресурс] // Journal of Attention Disorders. 2020. Vol. 24. Issue 1. URL: <https://doi.org/10.1177/1087054714566076>

7. *Machinskaya R.I., Semenova O.A.* Peculiarities of formation of the cognitive functions in junior school children with different maturity of regulatory brain systems [Электронный ресурс] // Journal of Evolutionary Biochemistry and Physiology. 2004. Vol. 40. № 5. P. 528–538. <https://doi.org/10.1007/s10893-005-0009-3>

8. *Pennington B. F.* From single to multiple deficit models of developmental disorders // Cognition. 2006. Vol. 101. № 2. P. 385–413.

9. *Schleim S.* Why mental disorders are brain disorders and why they are not: ADHD and the challenges of heterogeneity and reification // Frontiers in Psychiatry, 2022. Vol. 13. DOI: [10.3389/fpsy.2022.943049](https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.943049)

10. *Solovieva Y., Quintanar L.* Neuropsicología del déficit de atención: de evaluación a su corrección. Puebla: CONCYTEP, 2022.

#### **Информация об авторах**

*Ахутина Татьяна Васильевна*, доктор психологических наук, главный научный сотрудник лаборатории нейропсихологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8503-2495>, e-mail: [akhutina@mail.ru](mailto:akhutina@mail.ru)

#### **Information about the authors**

*Tatiana V. Akhutina*, Doctor of Psychology, Chief Researcher, Laboratory of Neuropsychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8503-2495>, e-mail: [akhutina@mail.ru](mailto:akhutina@mail.ru)

Получена 14.03.2025

Принята в печать 14.03.2025

Received 14.03.2025

Accepted 14.03.2025