

# Многообразии подходов к исследованию и коррекции нарушений поведения у детей и подростков (на примере синдрома дефицита внимания с гиперактивностью)

**Кузьмина Т.И.,**

*кандидат психологических наук, доцент кафедры специальной психологии и реабилитологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, ta-1@list.ru*

**Чижова А.О.,**

*аспирант кафедры специальной психологии и реабилитологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, nnastik@yandex.ru*

---

В статье выделены наиболее популярные подходы к пониманию и объяснению феномена СДВГ, обозначенные в зарубежных и отечественных исследованиях в области нарушения поведения детей и подростков. Авторами выделены четыре базовых подхода к диагностике и коррекции СДВГ: биомедицинский, социопсихологический, воспитательный и комплексный медико-психологический. Обозначены взгляды на этиопатогенетические механизмы возникновения нарушений поведения и их коррекцию.

**Ключевые слова:** нарушения поведения, дефицит внимания, коррекционная психология, психологическая коррекция.

---

**Для цитаты:**

Кузьмина Т.И., Чижова А.О. Многообразие подходов к исследованию и коррекции нарушений поведения у детей и подростков (на примере синдрома дефицита внимания с гиперактивностью) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 1–18. doi: 10.17759/psyclin.2019080101

**For citation:**

Kuzmina T.I., Chizhova A.O. Analytical Review of Approaches in the Study and Correction of Behavioral Disorders in Children and Adolescents (Evidence from Attention Deficit and Hyperactivity Disorder) [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 1, pp. 1–18. doi: 10.17759/psyclin.2019080101 (In Russ., abstr. in Engl.)

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является достаточно распространенным нарушением в детской популяции. По данным Н.Н. Заваденко в России таких детей 4–18%, в США – 4–20%, Великобритании – 1–3%, Италии – 3–10%, в Китае – 1–13%, а в Австралии – 7–10% [5]. Американская психиатрическая ассоциация (The American Psychiatric Association) в пятом издании диагностического и статистического пособия по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5), опубликовано 05.05.13), представила статистику, показывающую, что 5% детей по всему миру имеют диагноз СДВГ. В Америке процент заболеваемости выше, чем в других странах, и он продолжает расти [25].

Фиксация феноменологических проявлений СДВГ у детей и подростков медицинскими специалистами из разных стран отражена в классификациях, согласно которым СДВГ является вполне определенным синдромом с четко обозначенными проявлениями, структурированными в несколько категорий данного расстройства. Диагностирование СДВГ предполагает сочетание и проявление трех основных признаков – гиперактивности, невнимательности и импульсивности. Гиперактивность связана с неосознанными активизмами поведения, не зависящими от ситуационных задач и от необходимости вести себя определенным образом; невнимательность связана с трудностями сосредоточения на объекте или процессе деятельности. Импульсивность подразумевает наличие у ребенка дезадаптивного поведения, необдуманность и преждевременность поступков, неоправданную рискованность поведения, сопровождающуюся нежелательными последствиями [27]. У детей синдром дефицита внимания с гиперактивностью в 25–50% случаев коморбиден антисоциальным расстройствам поведения (conduct disorder) [38].

Особенно часто СДВГ обращает на себя внимание родителей и педагогов, когда возраст ребенка достигает 6-7 лет. Именно в этот период у ребенка должна активно формироваться произвольность поведения и деятельности, что в дальнейшем обеспечивает базис школьной успеваемости и благополучной социальной интеграции. СДВГ у мальчиков диагностируется чаще, чем у девочек (за счет выраженности поведенческих проявлений).

Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM-4-TR) определяло СДВГ как первичное расстройство и разграничивало следующие его формы: сочетанная (комбинированная) форма – имеются все три группы симптомов (гиперактивность, импульсивность, нарушение внимания) (50–75% детей); СДВГ с преимущественными нарушениями внимания (20–30% детей); СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности (около 15% детей). Диагностическое и статистическое пособие по психическим расстройствам (DSM-5), широко используемое в США с 2013 года, определяет СДВГ как расстройство развития нервной системы.

Согласно International Classification of Diseases (ICD-10) (русский вариант: Международная классификация болезней X пересмотра (МКБ-10), используемой,

в том числе, и отечественными медиками для постановки диагноза, СДВГ находится в разделе эмоциональных расстройств и расстройств поведения психиатрического регистра, не относится к неврологическим заболеваниям, определяется как «гиперкинетическое расстройство», ему присвоены коды F90 (синдром дефицита внимания с гиперактивностью) и F91 (нарушения поведения).

International Classification of Diseases (ICD-11, МКБ-11), которая была опубликована в июне 2018 года, представлена на утверждение Всемирной ассамблеи здравоохранения в январе 2019 года, на сегодняшний день активно обсуждается специалистами по всему миру и должна предположительно вступить в силу с 1 января 2022 года. В этой классификации предлагается определять СДВГ как психическое и поведенческое расстройство/нарушение психического развития [10].

И если взгляды специалистов из разных стран в медицинской предметной области на критериальные параметры определения внешних проявлений СДВГ и установления диагноза так или иначе находятся в общем парадигмально-исследовательском поле, то мнения представителей разных предметных областей науки (медицина, психология, психофизиология, психогенетика, педагогика и т.д.) об этиопатогенетических механизмах и направлениях коррекции этого нарушения существенно разнятся. Можно выделить как минимум два направления описания механизмов формирования гиперактивности и нарушения внимания у ребенка.

1. Генетическая теория предполагает, что возникновение СДВГ детерминируется мутациями трех генов, регулирующих дофаминовый обмен, – гена D4 рецепторов, гена D2 рецепторов и гена, ответственного за транспорт дофамина. Носителями мутантного гена являются дети с наиболее выраженной гиперактивностью. Главную роль в формировании нейронных связей в процессе обучения играет дофаминергическая иннервация, которая при СДВГ является аномальной, и этот фактор оказывает влияние на развитие функциональных мозговых характеристик [7]. Также речь может идти и о наследовании предрасположенности к возникновению СДВГ по отцовской линии [27].

2. Перинатальная теория возлагает ответственность за возникновение СДВГ на раннее повреждение центральной нервной системы в период беременности и родов (около 84% диагностированных случаев). Кроме того, СДВГ может возникнуть у ребенка вследствие родовых травм, иммунологической несовместимости с матерью или приема матерью токсических веществ и курения во время беременности [4; 5].

По мнению зарубежных исследователей, изучение СДВГ имеет и медицинскую, и социально-психологическую, и воспитательно-педагогическую проблематику. Целесообразно обозначить как минимум три зарубежных подхода в коррекции СДВГ: социально-психологический [20; 34], биомедицинский [31] и воспитательный [34; 37; 41].

Рассмотрим социально-психологический подход на примере французских концепций СДВГ, согласно которым эта проблема является, прежде всего,

социальной, а методы коррекции – психологическими и психотерапевтическими, включающими в себя психоанализ, когнитивную психотерапию, а также групповые тренинги и разнообразные виды семейной терапии.

В 2012 году А. Францес (A. Frances), один из авторов критериев DSM-4, в своей статье рассмотрел природу возникновения СДВГ как эвристическую [28]. В соответствии с этой системой взглядов разрабатывалась стратегия коррекции нежелательного поведения детей, которая отмечала семейную психотерапию как наиболее эффективное направление помощи, так как именно «плохие» отношения родителей с детьми выступали в качестве фактора, провоцирующего нарастание симптоматики СДВГ [19].

По мнению ряда французских авторов, поведение, свойственное гиперактивным детям с дефицитом внимания, является для них неким средством самовыражения. Такое поведение указывает на глубину страдания и формулирует бессознательный призыв о помощи, направленный вовне. В данном случае психоаналитические гипотезы определяют СДВГ как нарциссический невроз, перетекающий в более взрослом возрасте без должной психотерапевтической помощи в нарциссическое расстройство личности, или так называемые "border-line" расстройства; как результат действия механизмов психологической защиты при соприкосновении ребенка с психотравмирующими ситуациями и проблемами детско-родительских отношений, формирующими вытесненные травматические переживания; как расстройство, возникающее в следствие субдепрессивного состояния с его псевдокомпенсацией (в виде эмоциональных всплесков, бессодержательных активизмов в деятельности, агрессии к окружающему миру и игнорирования и/или неприятия социальных норм и правил) и недостаточности витальной силы, а также неспособности переживать жизнь как что-то хорошее [21].

В терапевтических наблюдениях отмечается ослабление привязанности между родителем и ребенком при обнаружении у последнего СДВГ. На основании социально-психологической концепции психотерапевтическое воздействие производится с обязательным присутствием на сеансах терапии детей совместно с родителями. Необходимым звеном помощи в коррекции СДВГ является проработка внутрисемейных отношений, конфликтов, моделей поведения и семейных сценариев. Медикаментозное лечение детям назначается только в крайних случаях, когда психотерапия является нерезультативной [29].

В русле биомедицинской концепции СДВГ рассматривается как результат нарушения работы префронтальной коры головного мозга (срединной, заднебоковой и орбитофронтальной зон) и является результатом резидуально-органического поражения центральной нервной системы в перинатальный период. Это находит свое отражение в специфических нейрофизиологических и нейропсихологических коррелятах синдрома гиперактивности. Например, Ф. Даффи (F. Duffy) с соавторами отмечает семь когерентных факторов-отличий в анализе электрической активности мозга, которые представляют СДВ-специфичный паттерн для отграничения детей с СДВГ от нормотипичных детей. Значительное количество

МРТ-исследований головного мозга пациентов с СДВГ выявили снижение объема белого вещества в правой лобной доле, снижение размеров хвостатого ядра, скорлупы, мозжечка и мозолистого тела по сравнению с показателями здоровых детей [25]. По мнению сторонников биомедицинского направления, для коррекции СДВГ требуется медикаментозная поддержка с помощью психостимуляторов, схожих по своей структуре с амфетаминами (данные химические соединения запрещены к использованию на территории Российской Федерации) [31]. По сведениям Национального института здравоохранения и клинического совершенствования США, психостимуляторы используются для улучшения поведения гиперактивных детей на протяжении 70 лет (с 1937 года), после первых опытов, проведенных психиатром Ч. Брэдли (C. Bradley) [40] в Великобритании. Во Франции препараты получили широкое распространение с 1998 года после того, как прошли клинические испытания. По мнению специалистов, прием психостимуляторов улучшает поведение ребенка в классе, ведет к повышению его успеваемости [18], а также пролонгированный курс приема способствует лучшей интеграции ребенка в школьную жизнь [36].

Исследования, результаты которых были представлены в широко известном журнале *The Lancet Psychiatry* [23], наиболее популярной помощью детям с СДВГ в США называют именно медикаментозную терапию. Исследователи рассматривали эффективность различных препаратов и указывали, что ранее для лечения СДВГ в клинической практике использовались антидепрессанты и антипсихотики (нейролептики), однако они показали низкую эффективность по сравнению с психостимуляторами.

Психотерапевтическое воздействие применяется в США в качестве дополнения к медикаментозной терапии СДВГ. Используются различные виды терапии и психокоррекции. Особое внимание уделено бихевиорально-ориентированным и когнитивно-поведенческим направлениям помощи, с лежащим в их основе концептом возникновения нарушений поведения через выработку и закрепление «случайных» условных рефлексов и реакций на события окружающей действительности, для устранения которых требуется выработка «контррефлексов» под руководством терапевта. В основе выработки «контррефлексов» лежат метод положительных и отрицательных подкреплений и необходимость научиться переработке информации в соответствующем реальности ключе. Всему этому ребенок и подросток могут научиться не только в процессе тренировки социально желательных видов поведения, но и через развитие способности сознательного контроля поведения, основанного на получении новых знаний о себе как субъекте, способном целенаправленно, планировать и придерживаться сознательно заданного направления в поведении.

Исследования южнокорейских ученых показали, что в этой стране дети с СДВГ демонстрируют схожие паттерны поведения с детьми из других стран. Также отмечен рост количества детей с данным синдромом при анализе эпидемиологии (с 5,9% до 8,5%) [34]. В Корее для достоверной постановки диагноза используется специально разработанная шкала выявления СДВГ – K-ARS.

Южнокорейский подход к коррекции СДВГ коренным образом отличается от европейского, американского и отечественного. Он основан на строгом воспитании и передаче традиций. И основным фактором коррекции нарушения поведения рассматривает именно воспитание ребенка с учетом жестких рамок, требований и норм. Немалую роль в формировании воспитательного подхода играет этнокультуральный фактор и традиции страны. По мнению У.Х. Батчелдер (W.H. Batchelder) [39], социокультурные факторы являются ключевыми для понимания тенденций диагностики и лечения СДВГ в Корее. С точки зрения Дж. Норвиллитис (J. Norvillitis) [37], люди в западных странах ценят автономность и независимость, в то время как для людей из Восточной Азии приоритетом являются моральные обязательства, связанные с обучением и передачей традиций. Интересно отметить, что в Корее, в отличие от западных стран, сформировано негативное отношение к медикаментозному вмешательству для коррекции поведения, так как есть мнение, что лекарства не помогают улучшить школьные достижения детей [32].

Традиционная культура конфуцианства оказывает существенное влияние на организацию взаимодействия в контексте детско-родительских отношений и семейного воспитания в Южной Корее, где подчинение старшим и смирение перед авторитетом являются безусловными ценностями, традиционно сохраняемыми и передаваемыми из поколения в поколение. Для осуществления образовательного и воспитательного процесса от ребенка требуется послушание, самоконтроль и волевое поведение [41]. Родители имеют абсолютную власть над детьми и учат их социально одобряемым и социально желательным формам поведения. Данные Корейской Академии детской и взрослой психиатрии, опубликованные в журнале *Korea Biomedical Review*, указывают, что родители более чем половины детей и подростков с проявлениями СДВГ не обращаются за квалифицированной медицинской и психологической помощью. Это связано с социальной неприемлемостью такого расстройства. У родителей также возникает чувство вины и стыда в связи поведенческими проявлениями ребенка с СДВГ, что еще больше блокирует их интенцию к социальной интеграции такого ребенка, общественному взаимодействию и обращению за помощью к специалистам. Гиперактивность ребенка в понимании родителей не является медицинской или психологической проблемой, а обусловлена «трудновоспитуемостью» и является исключительно проблемой ребенка, не затрагивающей родителей и семейную систему в целом. Ребенок является неким слабым, несовершеннолетним и проблемным звеном семейной системы. Такая установка в свою очередь рождает иллюзию относительно родительской способности самостоятельно, без квалифицированной помощи со стороны справиться с существующей проблемой с помощью традиционных воспитательных методов [35].

В отечественной науке феномен СДВГ освещен с разных исследовательских позиций, что делает понимание этой проблемы в большей степени комплексным, чем в других странах, но не метапредметным, целостным и мультидисциплинарным. Одни исследователи отмечают высокий уровень неопределенности в решениях задач, связанных с верификацией данного расстройства в отсутствие единой

критериально-диагностической основы по оценке проявлений СДВГ [3]. Другие говорят о том, что в настоящее время не сформирован «золотой стандарт» диагностики СДВГ и отсутствуют лабораторные (инструментальные) тесты, позволяющие диагностировать данное расстройство [7]. В то же время современные исследования говорят о том, что своевременное выявление СДВГ у дошкольников позволяет значительно снизить вероятность возникновения трудностей обучения и воспитания в школьном возрасте [11].

Затруднена дифференциальная диагностика СДВГ от сходных состояний и расстройств, в симптомокомплексы которых входят неусидчивость, импульсивность, гиперактивность, в связи с тем, что отсутствуют четкие медико-психолого-педагогические критерии постановки данного диагноза. Это провоцирует популяризацию диагноза «СДВГ», что зачастую приводит к гипердиагностике этой проблемы со стороны разных специалистов в области медицины, психологии, педагогики. В настоящее время СДВГ становится неким «ярлыком» для многих детей с когнитивными и психическими нарушениями и детей, имеющих определенные особенности характера и условия воспитания [11]. Это затрудняет своевременную и адекватную диагностику и коррекцию синдрома.

В медицинском плане СДВГ описывается с психоневрологических позиций [4; 5; 15]. В данном подходе СДВГ представляет собой расстройство со сложной этиологией и патогенезом, сопровождающееся структурными, метаболическими, нейрохимическими, нейрофизиологическими изменениями в ЦНС, а также нейропсихологическими нарушениями со стороны процессов обработки информации и управляющих функций [5].

Существенное значение в исследованиях этиологии и патогенеза данного заболевания приобретают результаты современных методов нейровизуализации и методов регистрации активности мозга, которые позволяют выявить анатомические особенности данной патологии и раскрыть связи подкорковых структур и коры головного мозга. Многочисленные исследования, проведенные в течение последних двух десятилетий, подтверждают нейробиологическую природу СДВГ. При проведении нейровизуализационных исследований отмечается, что объем практически всех отделов коры головного мозга, а также общий объем мозга у детей с СДВГ не достигает показателей здоровых сверстников. Выявляется снижение размеров префронтальных областей мозга, обширное уменьшение размеров коры головного мозга, наиболее выраженное в префронтальных и предцентральных отделах головного мозга, дефицит серого вещества, снижение объема белого вещества (особенно в правой лобной доле), снижение размеров хвостатого ядра, скорлупы, мозжечка и мозолистого тела [7]. При исследовании мозгового кровотока у детей с СДВГ выявляется значительное нарушение венозного оттока головного мозга, в первую очередь в вертебро-базиллярном бассейне. Результаты нейрофизиологических исследований показывают, что общая картина ЭЭГ детей с СДВГ соответствует нормативным показателям ЭЭГ здоровых детей более младшего возраста, при этом отмечается недостаточный уровень сформированности взаимосвязей коры и глубинных структур мозга, снижение

количества межструктурных мозговых связей, незрелость фронто-таламических структур и дефицит неспецифической активации [6; 7]. Для медикаментозной коррекции нарушения внимания и гиперактивности в России не применяются психостимуляторы ввиду их принадлежности к наркотическим веществам и наличия высокого потенциала злоупотребления. Лекарственная терапия СДВГ применяется в особо сложных случаях по назначению врача. Традиционно используются препараты, не являющиеся наркотическими средствами и обладающие низким потенциалом злоупотребления.

Основной вектор помощи ребенку с СДВГ направлен на комбинирование психолого-поведенческих, психофизиологических и нейропсихологических мер коррекции. Такие авторы как Б.А. Архипов, Ж.М. Глозман, А.В. Семенович, А.Л. Сиротюк, Ю.С. Шевченко рассматривают проблематику СДВГ с точки зрения нейропсихологического подхода.

Нейропсихологическую специфику формирования нарушений при СДВГ метафорически можно представить в контексте сравнения истории развития мозга в индивидуальном созревании ребенка со строящимся зданием. Причем каждый раз новый построенный этаж выполняет функции всего мозга [16]. Для детей с СДВГ характерен дефицит неспецифической активации, обеспечиваемый стволовыми структурами мозга и ретикулярной формацией, плюс незрелость фронто-таламической регуляторной системы, в которой лобные доли, получив активационные влияния от ствола, регулируют уровень активации всего мозга в целом. Также отмечается снижение уровня межполушарных связей между лобными и височными, теменными долями [14].

Практическая нейропсихологическая коррекция учитывает основополагающие принципы, изложенные в работах ведущих нейропсихологов (А.Р. Лурии, А.В. Семенович, Л.С. Сиротюк и др.), о закономерностях развития и иерархического строения мозговой организации высших психических функций в онтогенезе, о возможности нейропсихологической реабилитации и формирующего обучения, о возможностях «замещающего онтогенеза» [8; 12].

Нейропсихологический подход предлагает ряд упражнений и техник, направленных на формирование базовых предпосылок к овладению навыками саморегуляции, планированием деятельности, целеполаганием, а также направленных на активацию внимания как процесса, обеспечивающего успешность и simultaneity функционирования психических функций и не имеющего собственного продукта. В контексте нейропсихокоррекции для детей с СДВГ необходимы телесно-ориентированные практики. Например, растяжки и дыхательные упражнения, массаж и самомассаж, глазодвигательные упражнения, техники мышечной релаксации, упражнения на выработку позы сосредоточения, упражнения на реципрокную координацию движений, организующие процессы межполушарного взаимодействия, работа с общей, мелкой, артикуляционной моторикой. Кроме того, необходимы когнитивные упражнения, направленные на концентрацию, переключение, распределение внимания, на свободное



ориентирование в пространстве (внешней среде, в пространстве собственного тела, в пространстве тетради), на совершенствование процессов памяти, развитие эмоционально-волевой сферы, актуализацию и/или сглаживание темпоральных характеристик ребенка [13].

В психофизиологическом сопровождении детей с СДВГ широко используется метод биологической обратной связи (БОС) и транскраниальной микрополяризации (ТКМП). БОС позволяет активировать и направлять внимание с помощью специально организованных наборов стимулов, желательная реакция на которые со стороны ребенка фиксируется с помощью инструментальных методов и специального программного обеспечения, затем положительно подкрепляется, формируя определенные нейронные связи и пути прохождения импульсов, поступающих как в кору головного мозга, так и из коры на периферию. Метод показан детям с 8-9 лет (лучше всего он помогает при СДВГ с преобладанием невнимательности). Метод ТКМП, разработанный в НИИ экспериментальной медицины РАМН, основан на воздействии постоянного гальванического электротока небольшой силы на ткани головного мозга [15].

Психолого-педагогический подход является логическим продолжением нейропсихологического, однако основной фокус внимания специалистов концентрируется на специально организованных формах, принципах и психологических условиях обучения, подходящих для детей с СДВГ. Этот подход находит отражение и в методических рекомендациях для педагогов и воспитателей по работе с детьми с СДВГ, и в популяризации знаний об этом синдроме в книгах для родителей, и в разнообразных авторских программах психологической помощи и педагогической коррекции (Ю.Е. Гусева, Е.К. Лютова, Г.Н. Моница, Е.В. Мурашова, Л.А. Ясюкова).

Не вызывает сомнений важность интеграции детей с СДВГ в коллектив сверстников, их адекватной социализации, развития способности к конструктивному взаимодействию, общению и совместному творчеству. В этом хорошо помогают различные виды немедицинской психотерапии: разнообразные направления арт-терапии (сказкотерапия, музыкотерапия, библиотерапия, танцевально-двигательная терапия), песочная терапия, телесно-ориентированная терапия, поведенческая терапия. Отдельного внимания заслуживает использование педагогических, психокоррекционных и логопедических приемов и методов, позволяющих выявлять у детей с СДВГ сопутствующие этому нарушению частные феноменологические признаки: дискалькулию, дисграфию, иные логопедические и коммуникативные проблемы.

Таким образом, вышеизложенное позволяет сделать ряд теоретических обобщений.

1. Несмотря на широкое изучение феномена СДВГ специалистами разных областей и отраслей науки, не существует единого взгляда на этиопатогенетические механизмы возникновения этого нарушения, эпидемиологию, терапию, допустимые

и эффективные способы коррекции. Последние данные инструментальных медицинских и психофизиологических исследований в большей степени подтверждают тезис о функционально-органической природе СДВГ и необходимости медикаментозного лечения детей, не опровергая при этом эффективность психологических и педагогических воздействий, когда снижение гиперактивности и повышение концентрации внимания у детей достигается без медицинского вмешательства.

2. Перед исследователями встает вопрос: имеем ли мы дело с несколькими формами СДВГ различного генеза (при внешне идентичных феноменологических проявлениях) или имеет место недостаточная разработанность критериев дифференциальной диагностики на медицинском, психологическом, педагогическом уровнях и отсутствие «золотого стандарта» СДВГ? Ответом на данный вопрос может служить организация междисциплинарных комплексных исследований, в которых многокомпонентность нарушений при СДВГ будет освещена с разных исследовательских позиций на материале идентичных выборок

3. Информирование населения о комплексной проблематике поведенческих расстройств (в частности, СДВГ) должно фокусировать внимание взрослых на поведенческих трудностях ребенка не как на результате неверного воспитания, а как на расстройстве, включающем в себя медицинский, социопсихологический, нейропсихологический, педагогический, психотерапевтический аспекты и требующем обращения за профессиональной помощью, основанной на содружественной работе специалистов медицинского, психологического и педагогического направлений.

## Литература

1. Азбукин Д.И. Общественно-педагогическая деятельность В.П. Кащенко // Ученые записки МГПИ имени В.И. Ленина. 1947. Т. 49. Вып. 3. С. 101–109 Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста. М.: Академия, 2009. 272 с.

2. Глозман Ж.М., Шевченко И.А. Проблема синдрома дефицита внимания с гиперактивностью и подходы к его коррекции // Вестник КемГУ. 2013. Т. 55. № 1(3) С. 129–137. doi: org/10.21603/2078-8975-2013-3-129-137.

3. Грибанов А.В., Панков М.Н. Уровень постоянных потенциалов головного мозга у детей при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью // Физиология человека. 2009. Т. 35. № 6. С. 690–695.

4. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: диагностика, патогенез, принципы лечения // Вопросы практической педиатрии. РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва. [Электронный ресурс] URL: <http://www.phdynasty.ru/katalog/zhurnaly/voprosy-prakticheskoy-pediatrii/2012/tom-7-nomer-1/9194> (дата обращения: 01.12.18).

Кузьмина Т.И., Чижова А.О. Многообразие подходов к исследованию и коррекции нарушений поведения у детей и подростков (на примере синдрома дефицита внимания с гиперактивностью) Клиническая и специальная психология 2019. Том 8. № 1. С. 1–18.

Kuzmina T.I., Chizhova A.O. Analytical Review of Approaches in the Study and Correction of Behavioral Disorders in Children and Adolescents (Evidence from Attention Deficit and Hyperactivity Disorder) Clinical Psychology and Special Education 2019, vol. 8, no. 1, pp. 1–18.

5. Заваденко Н.Н., Немкова С.А. Нарушения развития и когнитивные дисфункции у детей с заболеваниями нервной системы. Научно-практическое руководство. М.: Специальное издательство медицинских книг, 2016. 360 с.

6. Зыков В.П., Заваденко Н.Н. Достижения в детской неврологии за последние 20 лет [Электронный ресурс] // Доктор.Ру. Неврология Психиатрия. URL: <https://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1075876&selid=18236177> (дата обращения: 1.09.18).

7. Куликова Т.Г., Баулина М.Е. Нейрофизиологические и нейроанатомические корреляты синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей [Электронный ресурс] // Психология, социология и педагогика. URL: <http://psychology.snauka.ru/2017/04/8078> (дата обращения: 08.02.2019).

8. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учебное пособие для студ. высш. учеб. Заведений. М.: Академия, 2003. 384 с.

9. Лютова Е.К., Монина Г.Б. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. СПб.: Речь, 2000. 136 с.

10. МКБ-11 (Международная классификация болезней 11 пересмотра) [Электронный ресурс]. URL: <http://icd11.ru/syndrom-deficyt-vnymaniya> (дата обращения: 13.11.18).

11. Морозова Е.А. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: причины и последствия // Практическая медицина. 2011. Т. 49. № 1. С. 125–127.

12. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Академия, 2002. 232 с.

13. Сиротюк А.Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения. М.: Сфера, 2003. 288 с.

14. Цветков А.В. Гиперактивный ребенок: нейропедагогика саморегуляции. М.: Спорт и Культура. 2017. 128 с.

15. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю. Современные подходы к лечению и реабилитации детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью // Детская и подростковая реабилитация. 2014. Т. 22. № 1. С. 35–41.

16. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. Практическое руководство для врачей, психологов и педагогов. М.: Вита-Пресс, 1997. 52 с.

17. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций. Методическое руководство. СПб.: Иматон, 1997. 80 с.

18. *Bange F, Mouren M. C.* Le point de vue du prescripteur // *Le carnet psy.* 2003. Vol. 78. № 3. P. 17–19. doi: 10.3917/lcp.078.0017.
19. *Biederman J, Faraone S.* The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on employment and household income [Электронный ресурс] // *MedGenMed.* URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1781280/> (дата обращения: 07.08.18).
20. *Bourdaa M.* Does television reflect the evolution of scientific knowledge? The case of attention deficit hyperactivity disorder coverage on French TV // *Public Understanding of Science.* 2015. Vol. 24. № 2. P. 200–209. doi: 10.1177/0963662513484842
21. *Chagnon J.Y.* L'agression sexuelle à l'adolescence: un destin potentiel de l'hyperactivité // *Perspectives Psy.* 2010. Vol. 49. № 4. P. 303–309. doi: 10.1051/ppsy/2010494303.
22. *Condray R.* Language comprehension in schizophrenia: Trait or state indicator? // *Biological psychiatry.* 1995. Vol. 38. № 5. P. 287–296. doi:10.1016/0006-3223(95)00378-T.
23. *Cortese S, Adamo N.* Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. // *The Lancet psychiatry.* 2018. Vol. 5. P. 727–738. doi:10.1016/S2215-0366(18)30269-4.
24. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association [Электронный ресурс]. URL: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>. (дата обращения: 12.10.18).
25. *Duffy F., Shankardass A.* A unique pattern of cortical connectivity characterizes patients with attention deficit disorders: a large electroencephalographic coherence study [Электронный ресурс] // *BMC Medicine.* URL: <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0805-9> (дата обращения: 14.04.2017).
26. *Evenden J.* Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings // *Journal of Psychopharmacology.* 1999. Vol. 13. № 2. P. 180–192. doi:10.1177/026988119901300211.
27. *Faraone S.V.* Neurobiology of attention deficit disorder // *Biological psychiatry.* 1998. Vol. 44. № 10. P. 951–958. doi: 10.1016/S0006-3223(98)00240-6.
28. *Frances A.J., Widiger T.* Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future // *Annual review of clinical psychology,* 2012. Vol. 8. P. 109–130. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143102.
29. *Golse B., Zigante F.* L'enfant, les psychotropes et la psychanalyse // *Revue française de psychanalyse.* 2002. Vol. 6. № 2. P. 433–446. doi:10.3917/rfp.662.0433.
30. *Gonon F, Bézard E.* Misrepresentation of neuroscience data might give rise to misleading conclusions in the media: The case of attention deficit hyperactivity disorder // *Plos One.* 2011. Vol. 6. № 1. doi:10.1371/journal.pone.0014618.

31. *Gonon F., Kongsman J.P.* Why most biomedical findings echoed by newspapers turn out to be false: The case of attention deficit hyperactivity disorder // *Plos One*. 2012. Vol. 7. № 9. doi: 10.1371/journal.pone.0044275.
32. *Kendall J.I.* Service needs of families with children with ADHD // *Journal of family nursing*. 2005. Vol. 11. № 3. P. 264–288. doi: 10.1177/1074840705278629.
33. *Kewley G.D.* Personal paper: Attention deficit hyperactivity disorder is underdiagnosed and undertreated in Britain // *BMJ (Clinical research)* 1998. Vol. 316. № 7144. P.1594–1596.
34. *Kim M.* Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidity among Korean children in a community population // *Journal of Korean Medical Science*. 2017. Vol. 32. № 3. P. 401–406. doi: 10.3346/jkms.2017.32.3.401.
35. Korean parents tend to leave children with ADHD untreated // *Korea Biomedical Review*. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.koreabiomed.com/news/articleView.html?idxno=2970>. (дата обращения: 06.05.2018).
36. *Lauth B.* Les médicaments stimulants et leurs alternatives dans le traitement psychopharmacologique du syndrome de l'hyperactivité infantile // *Perspectives psy*. 2003. Vol. 43. № 1. P. 46–57. doi: 10.1051/ppsy/2004431046.
37. *Norvillitis J.* Perceptions of ADHD in China and the United States: A Preliminary Study // *Journal of attention disorders*. 2005. Vol. 9. № 2. P. 413–424, doi: 10.1177/1087054705281123.
38. *Osterlaan J., Logan G.D., Sergeant J.A.* Response inhibition in ADHD, CD, comorbid ADHD+CD, anxious, and control children: a metaanalysis of studies with the Stop Task // *Child Psychology and Psychiatry*. 1998. Vol. 39. № 3. P. 411–425.
39. *Oravecz. Z.* Hierarchical bayesian modeling for test theory without an answer key, // *PSYCHOMETRIKA*. 2015. Vol. 80. № 2. P. 341–364. doi: 10.1007/S11336-013-9379-4.
40. *Strohl M.P.* Bradley's Bensedrine Studies on Children with Behavioral Disorders // *The Yale journal of biology and medicine*. 2011. Vol. 84. № 1. P. 27–33.
41. *Yang B.* A meta-analysis of association studies between the 10-repeat allele of a VNTR polymorphism in the 3'-UTR of dopamine transporter gene and attention deficit hyperactivity disorder // *American journal of medical genetics*. 2007. Vol. 144B. № 4. doi: 10.1002/ajmg.b.30453.

# Analytical Review of Approaches in the Study and Correction of Behavioral Disorders in Children and Adolescents (Evidence from Attention Deficit and Hyperactivity Disorder)

**Kuzmina T.I.,**

*PhD. (Psychology), associate professor, chair of Special Psychology and Rehabilitation, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ta-1@list.ru*

**Chizhova A.O.**

*post-graduate student of the chair of special psychology and rehabilitation, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, nnastik@yandex.ru*

---

The article presents the overview of foreign and Russian behavioral disorder studies (e.g. ADHD) in children and teens. Four approaches to the diagnosis and correction of ADHD in children and adolescents are identified: Anglo-Saxon (biomedical), French (socio-psychological), Russian (medical-psychological and neuropsychological), Asian (educational). Prospects on the etiopathogenetic mechanisms of the occurrence of behavioral disorders and their correction (medication, neuropsychological, psychotherapeutic, etc.) indicated.

**Keywords:** behavioral disorder, ADHD, correctional psychology, neuropsychological correction.

---

## References

1. Glozman Zh.M. Nejropsikhologiya detskogo vozrasta [Neuropsychology of childhood]. Moscow: Akademiya Publ., 2009. 272 p. (In Russ.).
2. Glozman Zh.M, Shevchenko I. A. Problema sindroma defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu i podkhody k ego korrektsii [The problem of ADHD and approaches to its correction]. *Vestnik KemGU*, 2013, Vol. 55, no. 3 (1), pp. 129– 37. (In Russ.; abstr. in Engl.). doi: org/10.21603/2078-8975-2013-3-129-137. (In Russ.; abstr. in Engl.).
3. Griбанov A.V, Pankov M.N. Uroven postoyannyh potencialov golovnogo mozga y detei pri sindrome defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu [The level of constant potentials of the brain in children with ADHD]. *Physiologiya cheloveka [Human Psychology]*, 2009, no. 6, pp. 43–48 (In Russ.; abstr. in Engl.).

4. Zavadenko N.N. Syndrom deficit vnymania s gyperaktivnostiyu: diagnostica, patogenez, pryntsiipi lecheniya. [Elektronnyi resurs] [ADHD; diagnostics, pathogenesis and treatment]. *Voprosy Practicheskoi pediatrii* [Practical Pediatric Issues], URL: <http://www.phdynasty.ru/katalog/zhurnaly/voprosy-prakticheskoy-pediatrii/2012/tom-7-nomer-1/9194> (Accessed: 01.12.18). (In Russ.).
5. Zavadenko N.N, Nemkova S.A. Narusheniya razvitiya i kognitivnye disfunktsii u detej s zabolevaniyami nervnoj sistemy [Developmental disorders and cognitive dysfunction in children with diseases of the nervous system]. Moscow: Spetsial'noe izdatel'stvo meditsinskikh knig, 2016. 360 p. (In Russ.).
6. Zykov V.P, Zavadenko N.N. Dostigeniya v detskoj nevrologii za poslednye 20 let [Elektronnyi resurs] [Achievements in children neurology for 20 years]. *Doctor.Ru. Nevrologia. Psihiatria*, [Neurology and Psychiatry doctor.ru]. URL: <https://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1075876&selid=18236177> (Accessed: 01.09.2018). (In Russ.).
7. Kulikova T.G, Baulina M. E. Neyrophysiologicheskyye I neyroanatomicheskyye korrelyaty sindroma deficit vnimanya s giperaktivnost'yu. [Elektronnyi resurs] [Neurophysiological and neuroanatomical correlations in children with ADHD]. *Psichologiya, sociologiya i pedagogika* [Psychology, Sociology and Pedagogics], 2017, vol. 4. URL: <http://psychology.snauka.ru/2017/04/8078> (Accessed: 08.02.2019). (In Russ.).
8. Luriya A.R. Osnovy nejropsikhologii [Neuropsychological basics] Uchebnoe posobie dlya stud. vyssh. ucheb. Zavedenij. Moscow: Akademiya, 2003. 384 p. (In Russ.).
9. Liutova E.K, Monina G.B. Schpargalka dlya vzroslykh: Psyhokorektsionnaya rabota s gyperaktivnymi, agressivnymi, trevozhnymi i autichnymi detiyami [Note for adults: Psychocorrectional work with hyperactive, aggressive, disconcerting and autistic children]. Saint-Petersburg: Rech, 2003. 136 p. (In Russ.).
10. МКБ – 11 (Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznej 11 peresmotra) [Elektronnyj resurs] [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems]. URL: <http://icd11.ru/syndrom-deficyt-vnymaniya>. (Accessed: 02.02.2019). (In Russ.).
11. Morozova E.A. Sindrom defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu: prichiny I posledstviya [ADHD: causes and consequences]. *Practicheskaya medicina* [Practical Medicine], 2011, vol. 49, no. 1, pp. 125–127. (In Russ.; abstr. in Engl.).
12. Semenovich A.V. Nejropsikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v detskom vozraste [Neuropsychological diagnosis and correction in childhood]. Moscow: Akademiya Publ., 2002. 232 p. (In Russ.).
13. Syrotuk A.L. Neiropsihologicheskoe i psyhophiziologicheskoe soprovozhdenye obucheniya. [Neuropsychological and psychophysiological educational support]. Moscow: Sphera, 2003. 288 p. (In Russ.).
14. Tsvetkov A.V. Gyperaktivnyi rebenok: neiropedagogika samoregulyatsyi. [Hyperactiv child: neuropedagogics of self-regulation], Moscow: Sport i cultura, 2017. 128 p. (In Russ.).

15. Chutko L.S, Surushkina S.Y. Sovremennye podkhody k lecheniyu i reabilitatsii detej s sindromom defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu [Modern approaches to the treatment and rehabilitation of children with attention deficit hyperactivity disorder]. *Detskaya i podrostkovaya reabilitatsiya, [Nursery and adolescent rehabilitation]*, 2014, vol. 22, no. 1, pp. 35–41. (In Russ.; abstr. in Engl.).

16. Shevchenko Y.S. Korrektsiya povedeniya detej s giperaktivnost'yu i psichopatopodobnym sindromom. Prakticheskoe rukovodstvo dlya vrachej, psichologov i pedagogov [Correction of the behavior of children with hyperactivity and psychopathic syndrome. Practical guide for doctors, psychologists and teachers]. Moscow: Vita-Press, 1997. 52 p. (In Russ.).

17. Yasukova L.A. Optimizatsiya obucheniya i razvitiya detei s MMD. Diagnostika i kompensatsiya minimalnyh mozgovyh disfunktsiy [Optimization of education and development of children with MBD. Diagnostics and compensation of minimal brain disfunctions]. Saint-Petersburg: Imaton, 1997. 80 p. (In Russ.).

18. Bange F, Mouren M. C. Le point de vue du prescripteur. *Le Carnet psy*, 2003, vol. 78, no. 1, pp. 17–19. doi: 10.3917/lcp.078.0017.

19. Biederman J., Faraone S. The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on employment and household income. [Electronic resource], *MedGenMed*, no. 12. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1781280/> (Accessed: 07.08.18).

20. Bourdaa M. Does television reflect the evolution of scientific knowledge? The case of attention deficit hyperactivity disorder coverage on French TV. *Public Understanding of Science*, 2015, vol. 24, no. 2, pp. 200–209. doi: 10.1177/0963662513484842.

21. Chagnon J.Y. L'agression sexuelle à l'adolescence: un destin potentiel de l'hyperactivité. *Perspectives Psy*, 2010, vol. 49, no. 4, pp. 303–305. doi: 10.1051/ppsy/2010494303.

22. Condray R., et al. Language comprehension in schizophrenia: Trait or state indicator? *Biological Psychiatry*, 1995, vol. 38, no. 5, pp. 287–296. doi:10.1016/0006-3223(95)00378-T.

23. Cortese S, Adamo N. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2018, vol. 5, pp. 727–738, doi:10.1016/S2215-0366(18)30269-4.

24. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013 [Electronic resource] URL: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>. (Accessed: 02.02.2019).

25. Duffy F, Shankardass A. A unique pattern of cortical connectivity characterizes patients with attention deficit disorders: a large electroencephalographic coherence study.



Кузьмина Т.И., Чижова А.О. Многообразие подходов к исследованию и коррекции нарушений поведения у детей и подростков (на примере синдрома дефицита внимания с гиперактивностью) *Клиническая и специальная психология* 2019. Том 8. № 1. С. 1–18.

Kuzmina T.I., Chizhova A.O. Analytical Review of Approaches in the Study and Correction of Behavioral Disorders in Children and Adolescents (Evidence from Attention Deficit and Hyperactivity Disorder) *Clinical Psychology and Special Education* 2019, vol. 8, no. 1, pp. 1–18.

*BMC Medicine*, 2017 [Electronic resource] URL: <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0805-9> (Accessed: 14.10.2017).

26. Evenden J. Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings. *Journal of Psychopharmacology*, 1999, vol. 13, no. 2, pp. 180–192. doi:10.1177/026988119901300211.

27. Faraone S.V. Neurobiology of attention deficit disorder. *Biological Psychiatry*, 1998, vol. 44, no. 10, pp. 951–958. doi: [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(98\)00240-6](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00240-6).

28. Frances A.J, Widiger T. Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2012, vol. 8, pp. 109–130. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143102.

29. Golse B, Zigante F. L'enfant, les psychotropes et la psychanalyse. *Revue Française de Psychanalyse*, 2002, vol. 66, no 2, pp. 433–446. doi:10.3917/rfp.662.0433.

30. Gonon F, Bézard E. Misrepresentation of neuroscience data might give rise to misleading conclusions in the media: The case of attention deficit hyperactivity disorder. *Plos One*, 2011, vol. 6, no 1. doi:10.1371/journal.pone.0014168.

31. Gonon F, Kongsman J. P. Why most biomedical findings echoed by newspapers turn out to be false: The case of attention deficit hyperactivity disorder. *Plos One*, 2012, vol. 9, no. 7. doi: 10.1371/journal.pone.0044275.

32. Kendall J. Service needs of families with children with ADHD. *Journal of Family Nursing*, 2005, vol. 11, no. 3, pp. 264–288. doi: 10.1177/1074840705278629.

33. Kewley G.D. Personal paper: Attention deficit hyperactivity disorder is underdiagnosed and undertreated in Britain. *BMJ (Clinical research)*, vol. 316. no. 7144, pp. 1594–1596.

34. Kim M. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder and its comorbidity among Korean children in a community population. *Journal of Korean Medical Science*, 2017, vol. 32, no. 3, pp. 401–406. doi: 10.3346/jkms.2017.32.3.401.

35. Korean parents tend to leave children with ADHD untreated. *Korea Biomedical Review*, [Electronic resource] URL: <http://www.koreabiomed.com/news/articleView.html?idxno=2970>. (Accessed: 06.05.2018).

36. Lauth B. Les médicaments stimulants et leurs alternatives dans le traitement psychopharmacologique du syndrome de l'hyperactivité infantile. *Perspectives psy*, 2003, vol. 43, no. 1, pp. 46–57. doi: 10.1051/ppspsy/2004431046.

37. Norvillitis J. Perceptions of ADHD in China and the United States: A Preliminary Study. *Journal of Attention Disorders*, 2005, vol. 9, no 2, pp. 413–424, doi: 10.1177/1087054705281123.

38. Osterlaan J., Logan G.D., Sergeant J.A. Response inhibition in ADHD, CD, comorbid ADHD+CD, anxious, and control children: a metaanalysis of studies with the Stop Task. *Child Psychology and Psychiatry*, 1998, vol. 39, no. 3, pp. 411–425.

Кузьмина Т.И., Чижова А.О. Многообразие подходов к исследованию и коррекции нарушений поведения у детей и подростков (на примере синдрома дефицита внимания с гиперактивностью). Клиническая и специальная психология 2019. Том 8. № 1. С. 1–18.

Kuzmina T.I., Chizhova A.O. Analytical Review of Approaches in the Study and Correction of Behavioral Disorders in Children and Adolescents (Evidence from Attention Deficit and Hyperactivity Disorder). Clinical Psychology and Special Education 2019, vol. 8, no. 1, pp. 1–18.

39. Oravecz. Z. Hierarchical bayesian modeling for test theory without an answer key, *PSYCHOMETRIKA*, 2015, vol. 80, no. 2, pp. 341–364. doi: 10.1007/S11336-013-9379-4.

40. Strohl M.P. Bradley's Bensedrine Studies on Children with Behavioral Disorders. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 2011, vol. 84, no. 1, pp. 27–33.

41. Yang B. A meta-analysis of association studies between the 10-repeat allele of a VNTR polymorphism in the 3'-UTR of dopamine transporter gene and attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Medical Genetics*, 2007, vol. 144B, no. 4. doi: 10.1002/ajmg.b.30453.