

Содержание

| | |
|--|----|
| Отзывы | 19 |
| Об авторе | 23 |
| Предисловие | 25 |
| Введение | 33 |
| Трудности воспитания ребенка с СДВГ | 38 |
| Станьте родителем, ориентированным на принципы | 39 |
| Станьте ответственным родителем | 46 |
| Станьте научно подкованным родителем | 48 |
| Признайте неопределенность | 48 |
| Ищите информацию | 48 |
| Критически оценивайте информацию | 49 |
| Экспериментируйте и пересматривайте свои планы | 50 |
| Что предлагает эта книга | 51 |
| ЧАСТЬ I. ПОНИМАНИЕ СУТИ СДВГ | 53 |
| Глава 1. Что такое синдром дефицита внимания/ гиперактивности | 55 |
| “Почему они ничего не делают с этим ребенком” | 56 |
| Факты против вымыслов | 58 |
| Вопрос перспективы | 64 |
| Вы видели этих детей? | 67 |
| Эми: постоянная борьба | 67 |
| Рики: искаженный образ селф | 70 |
| Сэнди: справляется только с посторонней помощью | 72 |
| Брэд: загадка для родителей | 73 |
| Что такое СДВГ | 74 |
| Трудности с поддержанием внимания | 78 |
| Фильтрация информации не является проблемой | 80 |
| Больше ли отвлекаются дети с СДВГ | 80 |

| | |
|--|-----|
| Проблема отложенного удовлетворения | 82 |
| Сложность контроля импульсов | 84 |
| Выбирать легкий путь | 86 |
| Принимать слишком много рисков | 86 |
| СДВГ и употребление психоактивных веществ | 88 |
| Финансовые проблемы | 89 |
| Импульсивное мышление | 89 |
| Проблема слишком активного поведения | 89 |
| Дети с СДВГ гиперактивны | 90 |
| Дети с СДВГ также гиперреактивны | 91 |
| Трудности при выполнении инструкций | 93 |
| Непоследовательное выполнение работы | 97 |
| Где самоконтроль моего ребенка? Новый взгляд на СДВГ | 98 |
| Глава 2. Что на самом деле не так с ребенком | 101 |
| Выигрывают те, кто умеет ждать. СДВГ и ведущие функции мозга | 103 |
| Самонаправленное торможение. Сдерживание собственных реакций | 105 |
| Самонаправленное внимание (самоосознание). Зеркало разума | 107 |
| Самонаправленное воображение. Глаз разума | 107 |
| Самонаправленная речь. Голос разума | 112 |
| Самонаправленные эмоции. Сердце разума | 115 |
| Самомотивация | 117 |
| Самонаправленная умственная игра. Источник решения проблем | 119 |
| Социальные цели ведущих функций и саморегуляции | 120 |
| Инструментальный/самонаправленный уровень | 122 |
| Уровень самодостаточности | 122 |
| Уровень социальной взаимопомощи | 124 |
| Уровень социального сотрудничества | 124 |
| Развитие ведущего функционирования | 125 |
| Неврологическая связь. Переосмысление представления о силе воли | 126 |
| Глава 3. Что приводит к СДВГ | 129 |
| Сложность определения причин | 129 |
| Существует ли последовательная связь между диагнозом или симптомами и определенным фактором | 130 |

| | |
|---|------------|
| Естественные травмы как причина СДВГ | 130 |
| Сравнение исследований животных, подвергавшихся воздействию определенного фактора, с теми, кто не подвергался | 131 |
| Что показывает сканирование головного мозга | 131 |
| Подведем итоги | 132 |
| Причины СДВГ. Имеющиеся доказательства | 132 |
| Исследования травм головного мозга и СДВГ | 133 |
| Аномальное развитие головного мозга при СДВГ | 134 |
| Некоторые причины аномального развития мозга | 145 |
| Выводы | 155 |
| Глава 4. Что не является причиной СДВГ | 157 |
| Вряд ли дело в еде | 157 |
| Участвуют ли гормоны в развитии СДВГ | 162 |
| Может ли плохое воспитание или нестабильная семейная ситуация вызвать СДВГ | 163 |
| Связан ли СДВГ с большим количеством экранного времени | 166 |
| Факторы риска развития СДВГ | 168 |
| Родители и семейная атмосфера | 168 |
| Специфика протекания беременности | 168 |
| Особенности младенчества, раннего детства и дошкольного возраста | 169 |
| Глава 5. Чего ожидать от СДВГ | 171 |
| Случаи СДВГ с трудом поддаются количественной оценке | 172 |
| СДВГ изменяется по мере взросления ребенка | 175 |
| Дошкольники | 176 |
| Школьники | 177 |
| Подростки | 180 |
| Взрослые | 181 |
| Симптомы СДВГ меняются в зависимости от ситуации | 183 |
| Незнакомая обстановка или новизна | 184 |
| Немедленное вознаграждение за выполнение указаний | 184 |
| Личное внимание | 185 |
| Самый требовательный утренний график | 185 |
| Другие проблемы, связанные с СДВГ | 185 |
| Интеллект | 185 |

| | |
|---|------------|
| Школьная успеваемость | 186 |
| Другие умственные способности | 188 |
| Физическое развитие | 188 |
| Адаптивное функционирование | 191 |
| Поведенческие и эмоциональные проблемы | 192 |
| Как дети с СДВГ ладят с другими детьми | 192 |
| Выводы | 193 |
| Глава 6. Контекст семьи ребенка с СДВГ | 195 |
| Взаимодействие матерей с детьми, страдающими СДВГ | 198 |
| Взаимодействие отцов с детьми, страдающими СДВГ | 199 |
| Как дети с СДВГ взаимодействуют с братьями и сестрами | 200 |
| Как СДВГ влияет на взаимодействие родителей и детей | 200 |
| Как родители реагируют на проступки детей с течением времени | 202 |
| Психические проблемы родителей | 203 |
| Родительский стресс | 203 |
| Психические расстройства | 204 |
| Что это значит для вас как для родителя | 205 |
| ЧАСТЬ II. СТАНЬТЕ УСПЕШНЫМ ОТВЕТСТВЕННЫМ РОДИТЕЛЕМ | 207 |
| Глава 7. Решение об обследовании ребенка с СДВГ | 209 |
| Когда стоит задуматься о профессиональной оценке ребенка | 209 |
| Как выбрать специалиста | 212 |
| Врачи | 212 |
| Психологи и другие терапевты и консультанты | 213 |
| До принятия окончательного решения... | 213 |
| Вопрос цены | 214 |
| Школьный персонал | 215 |
| Полезные советы для эффективного проведения оценки школьной комиссией | 217 |
| Выводы | 219 |
| Глава 8. Подготовка к оцениванию | 221 |
| Подготовка к проведению психологической или психиатрической оценки | 221 |
| Чего ожидать от встречи со специалистом | 225 |
| Записываясь на прием | 225 |

| | |
|--|------------|
| День приема | 226 |
| Собеседование с вами | 227 |
| Информация о вашем ребенке | 228 |
| Сведения о вас и вашей семье | 229 |
| Собеседование с ребенком | 230 |
| Собеседование с учителем | 231 |
| Медицинское обследование | 231 |
| Собеседование | 231 |
| Медосмотр | 232 |
| Лабораторные анализы | 233 |
| Последний шаг: постановка диагноза | 233 |
| Глава 9. Как справиться с диагнозом СДВГ | 239 |
| Ваша реакция | 239 |
| Отрицание или облегчение | 239 |
| Гнев | 240 |
| Горе | 240 |
| Принятие | 241 |
| Понимание возможных вариантов лечения | 242 |
| Получение информации об СДВГ | 244 |
| Принципы исполнительного родительства | 246 |
| Принцип 1. Используйте ключи к успеху | 247 |
| Принцип 2. Помните, что это расстройство | 247 |
| Принцип 3. Будьте пастырем, а не инженером | 247 |
| Принцип 4. Правильно расставляйте приоритеты | 248 |
| Принцип 5. Наблюдайте за действиями своего ребенка | 248 |
| Принцип 6. Поощряйте осознанность и ответственность | 248 |
| Принцип 7. Больше тактильности, вознаграждения и меньше разговоров | 248 |
| Принцип 8. Сделайте время более осознаваемым для ребенка | 249 |
| Принцип 9. Разгрузите оперативную память ребенка | 249 |
| Принцип 10. Будьте организованы | 249 |
| Принцип 11. Сделайте решение проблем наглядным | 249 |
| Принцип 12. Будьте проактивны, заранее продумывайте решения сложных ситуаций | 249 |
| Глава 10. Специально для родителей | 251 |
| Предупреждение стрессовых событий | 252 |
| Как справиться с неизбежным | 253 |

| | |
|--|-----|
| Не спешите с ответом | 254 |
| Практикуйте релаксацию или медитацию | 254 |
| Расширьте фокус своего внимания | 255 |
| Начинайте с конца | 255 |
| Практика личного восстановления | 255 |
| Устройте себе длинный выходной | 255 |
| Найдите хобби или общественную деятельность | 256 |
| Станьте активным участником группы поддержки | 256 |
| Обращайтесь за поддержкой к близким друзьям | 256 |
| Практикуйте совместное воспитание детей | 259 |
| Фокусируйтесь на текущем моменте | 259 |
| Выявляйте и изменяйте стрессовые паттерны мышления | 259 |
| Регулярно выполняйте физические упражнения | 261 |
| Избегайте употребления психоактивных веществ | 261 |
| Работа с собственным СДВГ | 262 |

ЧАСТЬ III. УПРАВЛЕНИЕ ЖИЗНЬЮ С СДВГ: КАК СПРАВЛЯТЬСЯ С ПРОБЛЕМАМИ ДОМА И В ШКОЛЕ

265

| | |
|--|-----|
| Глава 11. Восемь шагов к улучшению поведения | 267 |
| Подходит ли вам эта программа | 269 |
| Как использовать программу | 270 |
| Шаг 1. Проводите позитивно время с ребенком | 271 |
| Задачи и цели | 271 |
| Инструкции | 271 |
| Советы | 275 |
| Шаг 2. Используйте свое внимание для достижения соответствия требованиям | 276 |
| Задачи и цели | 276 |
| Инструкции | 276 |
| Установление сроков обучения | 277 |
| Шаг 3. Давайте более эффективные команды | 277 |
| Задачи и цели | 277 |
| Инструкции | 278 |
| Убедитесь в том, что вы серьезно настроены | 278 |
| Не озвучивайте указания в виде вопроса или услуги | 278 |
| Не давайте слишком много указаний одновременно | 278 |

| | |
|--|-----|
| Убедитесь, что ребенок слушает вас | 278 |
| Устраните все отвлекающие факторы перед озвучиванием указания | 278 |
| Попросите ребенка повторить указание | 279 |
| Придумайте карточки с заданиями | 279 |
| Установите сроки | 279 |
| Шаг 4. Научите ребенка не прерывать вашу деятельность | 280 |
| Задачи и цели | 280 |
| Инструкции | 280 |
| Шаг 5. Установите домашнюю систему вознаграждений | 281 |
| Задачи и цели | 281 |
| Инструкции к игре “покерные фишки” | 282 |
| Инструкции для домашней системы поощрений | 285 |
| Советы | 286 |
| Шаг 6. Наказывайте ребенка за плохое поведение конструктивно | 286 |
| Задачи и цели | 286 |
| Инструкции по штрафованию ребенка | 287 |
| Инструкции по использованию “тайм-аута” | 288 |
| Что делать, если ребенок встал со стула без разрешения | 290 |
| Где следует размещать стул | 291 |
| Чего ожидать на этой неделе | 291 |
| Что делать, если вы расстраиваетесь | 292 |
| Советы | 292 |
| Шаг 7. Увеличьте частоту применения “тайм-аута” | 293 |
| Цель | 293 |
| Шаг 8. Научитесь управлять ребенком в общественных местах | 293 |
| Задачи и цели | 293 |
| Инструкции | 293 |
| Правило 1. Установите правила перед тем, как прийти в общественное место | 294 |
| Правило 2. Стимулируйте соблюдение правил | 294 |
| Правило 3. Установите наказание за невыполнение требований | 294 |
| Правило 4. Определите вид деятельности для ребенка | 295 |
| Когда применение метода “тайм-аут” нецелесообразно | 297 |
| Когда в дальнейшем возникают проблемы с поведением | 297 |
| Заключительное замечание | 299 |

| | |
|---|-----|
| Глава 12. Как справиться с СДВГ дома | 301 |
| Искусство решения проблем | 301 |
| Системный подход в решении новых проблем | 301 |
| Шаг 1. Определите проблему | 302 |
| Шаг 2. Переформулируйте проблему в позитивный результат | 302 |
| Шаг 3. Перечислите возможные варианты | 303 |
| Шаг 4. Трезво оценивайте свои возможности | 303 |
| Шаг 5. Выберите оптимальный вариант | 303 |
| Шаг 6. Старайтесь найти компромисс | 304 |
| Шаг 7. Выполните свой план и оцените его успешность | 305 |
| Подготовка ребенка к переходу от одного занятия к другому | 305 |
| Использование стратегий “когда — тогда” | 306 |
| Глава 13. Как помочь ребенку наладить отношения со сверстниками | 309 |
| Развитие эффективных социальных навыков | 311 |
| Как справиться с дразнилками | 314 |
| Установление позитивных контактов со сверстниками вне школы | 316 |
| Создание позитивных контактов в широком социальном кругу | 318 |
| Обращение за помощью к школьному персоналу | 319 |
| Общение с братьями и сестрами | 322 |
| Как ослабить соперничество в семье | 324 |
| Объясните детям, что такое СДВГ | 324 |
| Проводите время с детьми наедине | 325 |
| Поощряйте детей за сотрудничество | 325 |
| Остерегайтесь буллинга по отношению к младшим детям | 326 |
| Не формируйте негативное отношение к ребенку с СДВГ | 326 |
| Не используйте своих детей в качестве няньки для ребенка с СДВГ | 326 |
| Глава 14. Преодоление подросткового кризиса | 327 |
| Разница в понимании горизонта планирования между родителями и подростками | 328 |

| | |
|--|------------|
| Золотые правила | 329 |
| Подростковое развитие и СДВГ. Краткий курс | 330 |
| Правильное понимание проблемы и разумные ожидания | 332 |
| Ожидания vs требования | 332 |
| Попытки предотвратить “непоправимые” ошибки подростков | 332 |
| Формирование ложных предположений | 333 |
| Измените свои ожидания | 333 |
| Представьте, как бы вы себя чувствовали... | 333 |
| Наихудший сценарий | 334 |
| Установите правила поведения дома и на улице | 337 |
| Мониторинг соблюдения правил | 338 |
| Создайте единый фронт со своим супругом | 339 |
| Тщательный и частый контроль | 339 |
| Продолжайте использовать систему поощрения и наказания | 340 |
| Излучайте уверенность | 340 |
| Будьте готовы обратиться за профессиональной помощью | 342 |
| Эффективное общение | 342 |
| Разрешение конфликтов с вашим подростком | 344 |
| Шаг 1. Определите проблему | 345 |
| Шаг 2. Сгенерируйте возможные решения | 347 |
| Шаг 3. Оцените альтернативные варианты | 347 |
| Шаг 4. Реализация решения | 349 |
| Разумное использование профессиональной помощи | 350 |
| Отдыхайте и сохраняйте чувство юмора | 350 |
| Дополнительная литература | 352 |
| Глава 15. Формирование здорового образа жизни | 353 |
| Здоровье подростка в долгосрочной перспективе | 356 |
| Питание | 359 |
| Физические упражнения | 361 |
| Экранное время и онлайн-игры | 361 |
| Гигиена сна | 363 |
| Гигиена полости рта | 368 |
| Прогнозируемый распорядок дня | 369 |
| Наблюдайте за вашим ребенком | 369 |
| Сексуальные отношения | 370 |
| Вождение | 374 |

| | |
|--|-----|
| Глава 16. Правильное начало обучения в школе | 385 |
| На что следует обратить внимание в школе | 388 |
| Как выбрать учителя | 390 |
| Насколько хорошо информирован учитель | 390 |
| Отношение учителя к СДВГ и методам коррекции поведения | 391 |
| Чем вы можете помочь | 392 |
| Рекомендации в выборе класса и учебной программы | 393 |
| Куда лучше отправить ребенка с СДВГ | 396 |
| Специальные образовательные услуги | 397 |
| Следует ли оставлять ребенка на второй год | 399 |
| Варианты, которые следует обдумать | 400 |
| Академические способности | 400 |
| Физические параметры и возраст | 400 |
| Эмоциональная зрелость | 401 |
| Стиль поведения и ожидания учителя | 401 |
| Альтернативные варианты занятий/расписание | 401 |
| Глава 17. Повышение качества образования в школе и дома | 403 |
| Общие принципы управления школьным процессом | 404 |
| Методы управления поведением в классе | 406 |
| Положительные последствия | 406 |
| Внимание учителя | 406 |
| Сигналы для обеспечения последствий | 408 |
| Материальное вознаграждение и фишки | 409 |
| Негативные последствия | 411 |
| Игнорирование | 411 |
| Порицание | 412 |
| Наказания или штрафы | 412 |
| "Тайм-аут" | 413 |
| Отстранение от занятий | 415 |
| Как ограничить побочные эффекты наказаний | 415 |
| Получение результатов, переходящих на другие ситуации | 416 |
| Помощь одноклассников в управлении поведением ребенка с СДВГ | 417 |
| Домашние программы поощрения | 418 |
| Табель поведения | 419 |

| | |
|---|------------|
| Примеры программ, основанных на сотрудничестве родителей и учителей | 424 |
| Обучение детей с СДВГ мыслить вслух и думать наперед | 425 |
| Решение академических трудностей подростков с СДВГ | 426 |
| Глава 18. Поддержание успеваемости в школе | 433 |
| Уроки семейной жизни | 435 |
| Урок 1 | 435 |
| Урок 2 | 436 |
| Урок 3 | 436 |
| Урок 4 | 437 |
| Урок 5 | 437 |
| Урок 6 | 437 |
| Приоритетные задачи для родителей | 437 |
| ЧАСТЬ IV. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СДВГ | 441 |
| Глава 19. Признанные эффективные препараты-стимуляторы | 443 |
| Во что не стоит верить | 445 |
| Принцип действия стимуляторов | 453 |
| Как препараты влияют на поведение и эмоции | 456 |
| Влияние лекарств на способность к обучению и школьную успеваемость | 456 |
| Корректируют ли лекарства социальное поведение | 457 |
| Длительность действия лекарственных препаратов | 457 |
| Был ли когда-то доступен другой стимулятор под названием Cylert | 459 |
| Побочные эффекты | 459 |
| Снижение аппетита | 460 |
| Повышение частоты сердечных сокращений и артериального давления | 460 |
| Повышенная электрическая активность мозга | 460 |
| Бессонница | 461 |
| Нервный тик и нервное поведение | 461 |
| Временный психоз | 463 |
| Долгосрочные эффекты | 463 |
| Должен ли ребенок принимать стимуляторы или другие лекарства | 465 |

| | |
|---|------------|
| Как назначают стимуляторы | 469 |
| Когда прекратить прием лекарств | 472 |
| Глава 20. Другие лекарственные препараты | 473 |
| Страттера (атомоксетин) | 473 |
| Побочные действия | 474 |
| Как назначают атомоксетин | 474 |
| Вызывает ли атомоксетин проблемы с печенью | 475 |
| Intuniv (гуанфацин XR) | 475 |
| Побочные эффекты | 476 |
| Как назначается гуанфацин XR | 477 |
| Клонидин XR | 478 |
| Побочные эффекты | 479 |
| Как применять клонидин XR детям | 480 |
| Антидепрессанты трициклического ряда | 481 |
| Побочные эффекты | 482 |
| Замедление частоты сердечных сокращений | 482 |
| Судороги | 483 |
| Незначительные побочные эффекты | 483 |
| Редкие побочные эффекты | 483 |
| Взаимодействие лекарственных препаратов | 484 |
| Как эти препараты применять детям | 484 |
| Wellbutrin (бупропиона гидрохлорид) | 485 |
| Может ли прием антидепрессантов привести к самоубийству | 485 |
| Службы поддержки родителей | 487 |
| Крупнейшие ассоциации | 487 |
| Другие полезные организации | 488 |
| Ресурсы для получения информации и консультаций по специфическим вопросам | 489 |
| Гигиена полости рта | 489 |
| Физические нагрузки | 489 |
| Семейные будни | 490 |
| Контроль за детьми | 490 |
| Питание | 490 |
| СДВГ у родителей | 491 |
| Экранное время | 491 |
| Братья и сестры | 492 |

| | |
|-------------------------------------|-----|
| Дети с СДВГ и их братья и сестры | 492 |
| Гигиена сна | 493 |
| Вожделение и СДВГ у подростков | 493 |
| Сексуальная жизнь подростков с СДВГ | 493 |
| Рекомендуемая литература | 495 |
| Книги для родителей и учителей | 495 |
| Книги об СДВГ для детей | 498 |
| Книги по СДВГ для взрослых | 499 |
| Профессиональные публикации | 500 |
| Журналы | 506 |
| Издательства | 507 |
| Список литературы | 509 |



ЧАСТЬ I

Понимание сути СДВГ



Глава 1

Что такое синдром дефицита внимания/ гиперактивности

Синдром дефицита внимания/гиперактивности, или СДВГ, — это нарушение самоконтроля в процессе развития. Он представляет собой очевидные проблемы с концентрацией внимания, контролем импульсов и уровнем активности. Но это не все. Это расстройство также выражается в нарушении воли, или способности ребенка контролировать свое поведение относительно течения времени, т.е. удерживать в голове будущие цели и последствия своих действий. СДВГ — не просто невнимательность и гиперактивность, как утверждается в других книгах. Это не просто временное состояние, которое в большинстве случаев проходит, а трудный, но естественный этап детства. Этот синдром не вызван неспособностью родителей должным образом дисциплинировать или воспитывать ребенка, и это не признак какой-то врожденной “ненормальности” или моральных недостатков ребенка.

СДВГ — реальное расстройство, реальная проблема и часто реальное препятствие. При отсутствии должного лечения он может стать невыносимым и изматывающим для родителей.

“Почему они ничего не делают с этим ребенком”

Легко понять, почему многим людям трудно воспринимать СДВГ также, как инвалидность, слепоту, глухоту, церебральный паралич или другие физические недостатки. Дети с СДВГ выглядят вполне нормальными. Никаких внешних признаков того, что в их центральной нервной системе или в мозге что-то не так на физическом уровне. Однако исследования показывают, что именно отклонение в мозге является причиной постоянного движения, недостаточного контроля импульсов, отвлекаемости и другого поведения, которое люди считают невыносимым у ребенка с СДВГ.

Возможно, вы уже знакомы с тем, как другие реагируют на поведение ребенка с СДВГ. Поначалу многие взрослые пытаются не обращать внимания на то, что он перебивает их, говорит невпопад и нарушает правила. Однако при повторных ситуациях они стремятся усилить над ним контроль. Когда ребенок не реагирует, подавляющее большинство взрослых решают, что он сознательно нарушает порядок. В конечном счете большинство людей приходят к одному, пусть и ошибочному, выводу: проблемы ребенка — из-за воспитания, нужно больше дисциплины, структурирования, ограничений и меньше опеки. Родители такого ребенка считаются невежественными, беспечными, всепозволяющими, невовлеченными, нелюбящими, или, говоря современным языком, “дисфункциональными”.

Так почему бы им не сделать что-нибудь с этим ребенком?

Конечно, родители часто что-то предпринимают. Но когда они объясняют посторонним, что у ребенка диагностирован СДВГ, люди могут отреагировать осуждающе и скептически. Они увидят в этом ярлыке просто отговорку родителей, стремящихся избежать ответственности за воспитание своего чада и сделать из него очередную беспомощную жертву, не отвечающую за свои поступки. Такая лицемерная реакция — смотреть на поведение ребенка столь негативно и в то же время называть его “вполне нормальным” — дает окружающим возможность продолжать обвинять родителей.

Даже менее критическая реакция (считать поведение с СДВГ своего рода этапом, который нужно перерасти) в долгосрочной перспективе не так уж благостна. Многие взрослые, в том числе некоторые специалисты, советуют родителям не беспокоиться. “Просто держитесь” или “займите их чем-то”, “и к подростковому возрасту дети перерастут этот период”, советуют они. Это, безусловно, верно в отношении некоторых более легких форм СДВГ:

в 1/6–1/3 случаев, выявленных в детстве, поведение, скорее всего, будет в пределах нормы к зрелому возрасту, хотя довольно часто будет не соответствовать норме. Однако если у вашего ребенка-дошкольника более серьезные проблемы с симптомами СДВГ, такой совет мало поможет. Рекомендации “продержаться” 7–10 лет вряд ли утешат вас. Хуже того, зачастую это ошибочные или даже вредные советы. Жизнь ребенка, у которого синдром остается недиагностированным и не лечится годами, скорее всего, будет наполнена неудачами и провалами, или даже закончится ранней смертью в результате случайных травм. До 90% детей с СДВГ плохо успевают в школе, 30–50% этих детей могут быть оставлены на второй год хотя бы один раз. До 40% из них нуждаются в специальных образовательных услугах. Но благодаря включению СДВГ в законы и пособия по специальному образованию с начала 1990-х годов, подростки с СДВГ теперь заканчивают среднюю школу с успеваемостью, близкой к показателям обычных детей — по сравнению с 35%, которые не заканчивали школу до 90-х. Положительное влияние этих улучшений доказывает, что СДВГ — реальное расстройство с особыми потребностями. У половины таких детей серьезно нарушены социальные отношения, а вызывающее поведение у 60% или более из них приводит к непониманию и обидам со стороны братьев и сестер, частой ругани и наказаниям, а также к более высокому риску правонарушений и злоупотребления психотропными веществами в дальнейшем. Неспособность взрослых распознать и лечить СДВГ у ребенка может привести к тому, что он будет постоянно ощущать неудачи в ключевых сферах жизни.

Не является ли СДВГ преувеличением? Разве невнимательность, активность и импульсивность не присущи большинству детей?

И да, и нет. СДВГ, наоборот, *недостаточно диагностируется* в большинстве стран. Причем 20–40% таких детей в любом населенном пункте США не диагностируются и не лечатся. Однако у большинства детей время от времени проявляются признаки невнимательности, гиперактивности или импульсивности. Что отличает детей с СДВГ от их сверстников, так это гораздо большая частота и сложность, с которой проявляется такое поведение, и гораздо большие нарушения, которые дети с СДВГ могут испытывать во многих сферах жизни.

Представьте себе нагрузку на общество, когда, по самым скромным подсчетам, 5–8% (или 1–5,9 млн детей школьного возраста) страдают СДВГ. Это означает, что в каждом классе США есть как минимум один или даже два ученика с СДВГ. Это также говорит о том, что СДВГ — одно из самых распространенных детских расстройств, известных специалистам. Нако-

нец, это означает, что каждый из нас так или иначе знает кого-то с этим расстройством.

Затраты общества на СДВГ ошеломляют, причем не только в виде потерянной производительности и неполной занятости среди взрослых, но и в виде затрат на перевоспитание. А во что обходится обществу тот факт, что люди не получают достаточного образования, более склонны к несчастным случаям, антисоциальному поведению, преступности и злоупотреблению наркотиками? Даже при более высоком проценте окончания средней школы благодаря специальным образовательным программам, дети с СДВГ заканчивают школу с более низкими оценками и академическими знаниями, а также имеют меньше шансов поступить в колледж или получить техническое образование, чем обычные дети, и все это оказывает существенное экономическое воздействие на ребенка и на общество. Конкретные статистические данные приведены далее.

Признание этих негативных последствий породило огромные усилия по изучению СДВГ. Этому вопросу посвящено свыше 50 тыс. научных работ и более 200 учебников, столько же книг написано для родителей и учителей. За 230 лет, в течение которых медицинская наука признала это расстройство серьезной проблемой, об СДВГ написано бесчисленное количество статей. Возникло множество местных ассоциаций поддержки родителей, в первую очередь, *Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD)*, которая превратилась в национальную организацию, насчитывающую более 50 тыс. членов. По меньшей мере пять профессиональных организаций ежегодно включают в программы своих конференций ряд научных презентаций на эту тему, а почти 20 лет назад была создана организация, полностью фокусирующаяся на специалистах по СДВГ (*American Professional Society for ADHD and Related Disorders*). Более подробную информацию смотрите в разделе *Службы поддержки для родителей* в конце книги. Таких шагов вряд ли можно было бы ожидать, если бы расстройство не было “реальным”, как продолжают утверждать некоторые критики.

ФАКТЫ ПРОТИВ ВЫМЫСЛОВ

Как уже упоминалось во Введении, различные необоснованные утверждения о легитимности расстройства, которое мы называем СДВГ, периодически появляются в средствах массовой информации. Попытки разобраться в них, а также скептическое отношение друзей, родственников и учителей могут усложнить для родителей принятие диагноза СДВГ и продвижение к продуктивному лечению своего ребенка. Возможно, вас

успокоит тот факт, что прошло 20 лет с тех пор, как консорциум из почти 100 мировых ученых (многие из которых посвятили значительную часть своей карьеры изучению СДВГ) подписал в январе 2002 года консенсусное заявление, подтверждающее обоснованность СДВГ и его негативное влияние на жизнь людей с таким диагнозом. В настоящее время проводится работа по обновлению и повторному подписанию этого документа с участием большего числа специалистов и стран. Полный текст оригинального заявления можно найти на сайте www.russellbarkley.org или в журнале *Clinical Child and Family Psychology Review* [Vol. 5, No. 2, pp. 89–111]. Более 100 европейских специалистов подписали этот документ и в версии, опубликованной в Германии несколько лет спустя. Кроме того, вот что нам известно на сегодняшний день.

Вымысел: СДВГ не существует, потому что нет доказательств того, что он связан или является результатом явного заболевания или серьезного повреждения мозга.

Факт: многие расстройства признаны на законодательном уровне без очевидного основного заболевания или серьезной патологии. И СДВГ входит в их число. Тем не менее, СДВГ связан со значительными задержками в росте и функционировании мозга и нарушениями связей между его различными областями.

Расстройства, при которых нет доказательств существенного повреждения мозга (таких как рубцы, атрофия, киста или опухоль мозга) или заболевания (инфекционные) включают в себя подавляющее большинство случаев умственной отсталости (например, различные методы сканирования мозга не выявляют очевидных заболеваний или повреждений у детей с синдромом Дауна), детский аутизм, нарушения чтения, языковые и биполярные расстройства, глубокую депрессию и психозы, а также медицинские расстройства, в том числе раннюю стадию болезни Альцгеймера, первичные проявления рассеянного склероза и многие виды эпилепсии. Большинство расстройств возникает из-за проблем развития мозга или его функционирования на уровне нервных клеток. Некоторые расстройства являются генетическими, когда синдром появляется из-за сбоя в развитии мозга, а не из-за разрушительного процесса или вторжения микроорганизмов. Тот факт, что мы пока не знаем точных причин многих из этих расстройств на молекулярном уровне, не означает, что они не признаны на уровне законодательном. Как объясняется в разделе *Что такое СДВГ* далее в этой главе, расстройство определяется как “пагубная дисфункция”, а не по наличию очевидных патологических причин.

СДВГ дорого обходится обществу

- Более 20% детей с СДВГ устраивают серьезные пожары в своих сообществах.
- Свыше 30% совершают кражи.
- Более 40% рано начинают употреблять табак и алкоголь.
- Свыше 25% отстраняются от занятий или исключаются из школы из-за серьезных проступков.
- В течение первых 5–10 лет самостоятельного вождения подростки и молодые взрослые с диагнозом СДВГ в 4-5 раз чаще получают штрафы за превышение скорости, в 2-3 раза чаще попадают в ДТП (при этом последствия аварий в 2-3 раза серьезнее с точки зрения ущерба или телесных повреждений) и в 3 раза чаще получают штрафы за нарушение правил дорожного движения, чем молодые водители, не страдающие СДВГ.
- Ущерб для общества из-за того, что подросток не заканчивает среднюю школу, оценивается \$370–450 тыс. в виде потерянной заработной платы, налогов и другого вклада в сообщество, а также в виде потребности в дополнительных социальных или медицинских услугах.
- Медицинские счета для детей с СДВГ, по оценкам, более чем в 2 раза выше, чем для обычных детей, даже без учета стоимости лечения СДВГ — в основном ввиду более частого использования услуг отделения неотложной помощи и других амбулаторных медицинских услуг.

Что касается СДВГ, то в настоящее время неоспоримы доказательства того, что в большинстве случаев мы имеем дело с задержкой раннего развития мозга, либо с едва заметными травмами мозга, полученными во время его раннего развития, либо с его аномальным функционированием (генетического происхождения более чем в 2/3 всех случаев, а в остальных ситуациях — в результате травм или неблагоприятных факторов беременности, родов или раннего детства). В главе 3 более подробно рассказывается о том, что известно о генетическом происхождении СДВГ. В случаях наследственного происхождения многие исследования с использованием методов визуализации показали, что площадь серой поверхности моз-

га у детей с СДВГ на 3–10% меньше, чем у других детей того же возраста, особенно в лобной части, и на 2-3 года задерживается в созревании. Более поздние исследования также выявили достаточно аномальную структуру связей между основными областями мозга, известную как нарушение функциональной связи белого вещества. Определенные участки мозга также оказываются менее возбужденными или активными либо проявляют аномальные вариации активности.

Хотя большинство случаев СДВГ, по-видимому, является следствием генетического влияния и трудностей с развитием и функционированием мозга, СДВГ может возникнуть также в результате прямого повреждения или заболевания мозга. Употребление матерью алкоголя во время беременности может увеличить риск развития СДВГ у ребенка в 2,5 раза. СДВГ связан не только с фетальным алкогольным синдромом, но и с повторными материнскими инфекциями во время беременности. Недоношенность, достаточная для проведения неонатальной интенсивной терапии, может быть связана с небольшими кровоизлияниями в мозг и, таким образом, с повышенным риском развития СДВГ в более позднем развитии. Хорошо известно, что дети, получившие серьезную травму лобной части мозга, скорее всего, будут иметь симптомы СДВГ.

Все это указывает на то, что любой процесс, нарушающий нормальное развитие или функционирование лобной части мозга и ее связей с рядом других областей (таких как стриатум, передняя поясная кора и мозжечок) может привести к СДВГ. Так уж сложилось, что большинство случаев не связано с такими серьезными повреждениями, а возникает из-за проблем в раннем нейронном развитии этих важнейших областей мозга или в их нормальном функционировании. Когда-нибудь мы поймем природу этих проблем с большей точностью. Но пока отсутствие детального понимания не означает, что расстройства не существует. Если бы демонстрация повреждения мозга или болезни была решающим критерием для диагноза, то подавляющее большинство психических расстройств, почти все отклонения в развитии и многие медицинские состояния пришлось бы считать несуществующими. Бесчисленное количество людей, страдающих от вполне реальных проблем, остались бы без лечения, а их болезни — неизученными.

Вымысел: если бы СДВГ был реальным, существовал бы лабораторный тест для его выявления.

Факт: не существует медицинского теста ни для одного известного в настоящее время “реального” психического расстройства.

Точно так же, как нет теста, гарантированно выявляющего СДВГ, нет надежного лабораторного теста на шизофрению, биполярное расстройство, алкоголизм, синдром Туретта, депрессию, тревожные расстройства или любые другие хорошо известные психические расстройства, или на многие широко распространенные медицинские заболевания, такие как артрит или ранние стадии рассеянного склероза либо болезни Альцгеймера. Тем не менее, все эти состояния вполне реально являются пагубными дисфункциями.

Вымысел: СДВГ, вероятно, американская выдумка, поскольку он диагностируется только в США.

Факт: исследования, проведенные во многих зарубежных странах, показывают, что дети с СДВГ есть во всех культурах и этнических группах. В настоящее время установлено, что распространенность заболевания в мире составляет 4,5–5,5% среди детей и 3,5–4,5% среди взрослых.

Например, в Японии, где, по словам некоторых скептиков, нет случаев СДВГ, на самом деле выявлено до 7% детей с этим расстройством, в Китае — до 6–8%, во Франции — до 7%, в Новой Зеландии — до 7%, и это лишь некоторые из многих стран, где проводились исследования на сегодняшний день. СДВГ — универсальное расстройство, встречающееся во всех странах, где оно изучалось; хотя этот синдром может называться каким-то другим термином, особенно в развивающихся странах. Там может быть меньше известно о его причинах и лечении, и, возможно, оно даже еще не признано на законодательном уровне, как в большинстве развитых странах. Распространенность СДВГ в Скандинавии (Норвегии, Швеции и Дании) также несколько ниже. Неясно, связано ли это с большим нежеланием родителей в указанных странах сообщать о поведенческих проблемах своих детей (или с большей готовностью англоговорящих родителей делать это) либо с более качественным и широким медицинским обслуживанием всего населения, что может снизить риск развития СДВГ по сравнению с другими западными странами. Но нет никаких сомнений в том, что СДВГ является признанным на законодательном уровне расстройством, встречающимся во всем мире.

Вымысел: поскольку частота диагностирования СДВГ и назначения стимуляторов для его лечения заметно возросла за последние 10–20 лет, СДВГ в настоящее время гипердиагностируется.

Факт: согласно выводам Конференции по развитию консенсуса по СДВГ, проведенной Национальным институтом здоровья (НИИ) в конце 1998 года, согласно докладу о психическом здоровье детей в США глав-

ного медицинского офицера Корпуса офицеров здравоохранения Министерства здравоохранения и социального обеспечения США в 2002 году, согласно выводам Центров по контролю и профилактики заболеваний в рамках Национального анкетирования по вопросам здоровья в 2005 году и выводам Национального института психического здоровья (NIMH) в рамках повторного Национального исследования коморбидной патологии в 2005 и 2010 годах, именно недостаточная диагностика и недостаточное лечение СДВГ (и других расстройств) у детей являются проблемами в США, и этот факт остается верным по сей день.

Некоторые исследования демонстрируют, что количество случаев СДВГ у детей в США выросло, при этом у 60–80% детей с СДВГ определяется диагноз этого расстройства, а от 50% до 2/3 из них получают медикаментозное лечение. Тем не менее, значительное меньшее детей с СДВГ не направляется на исследования, не диагностируется и не получает должного лечения. Ситуация обстоит еще хуже с подростками и молодыми взрослыми с СДВГ, где наблюдается гораздо более высокий уровень недодиагностики и недостаточного лечения, особенно в сообществах меньшинств. Также проблематично то, что услуги, предоставляемые в США детям с СДВГ, непоследовательны, непостоянны и часто значительно ниже того уровня, который считается стандартом лечения этого расстройства. Таким образом, заявления о том, что в США наблюдается гипердиагностика или избыточное лечение СДВГ или любого другого детского психического расстройства, не имеют достоверных научных доказательств.

Одна из возможных причин роста количества диагнозов и частоты лечения СДВГ стимуляторами заключается в том, что распространенность этого расстройства, возможно, действительно увеличилась. Однако проведено не так много исследований, в которых измерялась распространенность психических расстройств у детей в разных поколениях. Те немногочисленные исследования, которые были выполнены, не демонстрируют прирост СДВГ у детей за последние два поколения, но при этом есть вероятность увеличения частоты встречаемости некоторых других расстройств, таких как оппозиционно-девиантное расстройство (ОДР; см. случай Эми ниже), расстройство поведения и расстройство аутистического спектра. В основном мы наблюдаем рост признания этого расстройства среди населения в целом и, следовательно, увеличение числа детей, у которых диагностируют это расстройство и которых направляют на лечение. За последние 30 лет были достигнуты огромные успехи в просвещении американской общественности относительно СДВГ. Благодаря значительному росту исследований этого расстройства

с 1970-х годов, благодаря различным группам защиты прав родителей, повышающим уровень общественной и политической осведомленности о СДВГ с 1990-х годов, а также благодаря повышению уровня профессионального образования в этой сфере и признанию СДВГ инвалидностью в Законе об образовании инвалидов и в Законе об американцах с ограниченными возможностями, все больше детей (и взрослых) с этим расстройством получают надлежащую диагностику и лечение. Но нам еще предстоит пройти долгий путь: особенно это касается девочек, подростков и молодых взрослых с СДВГ, которые остаются недодиагностированными и недолеченными по сравнению с мальчиками, страдающими этим заболеванием.

Аналогичный сценарий, по-видимому, развивается в последнее время и в других странах (таких как Канада, Австралия, Великобритания, Италия, Испания и Скандинавия), где предпринимаются серьезные усилия по просвещению общественности и профессиональных сообществ об этом расстройстве. Результатом стало заметное увеличение количества детей, которых направляют за профессиональной помощью, ставят правильный диагноз и, возможно, назначают препараты от СДВГ и другие методы лечения. Поэтому, скорее всего, увеличение числа диагнозов в США связано с большей осведомленностью об этом расстройстве.

В заключение следует отметить, что ряд фактов свидетельствует о том, что у нас нет широко распространенной сверхдиагностики или чрезмерного медикаментозного лечения, несмотря на заметный рост обоих показателей в США за последние 20–30 лет. Действительно, результаты диагностики и применения лекарств среди мальчиков с СДВГ остаются стабильными в течение последнего десятилетия, но показатели среди девочек, подростков и взрослых продолжают расти, поскольку в предыдущих поколениях они чаще всего недодиагностировались и недолечивались. Вероятно, в США есть учреждения, где диагностируется больше детей, чем ожидается или положено, или где назначается больше лекарств, чем было бы разумно; но это, по-видимому, локальные проблемы, а не в масштабах страны.

Вопрос перспективы

Повышенный интерес к демистификации СДВГ привел к появлению огромного количества исследований. Ежегодно в научных журналах публикуется более 1300 статей, посвященных этому расстройству, а со времени последнего издания этой книги в 2013 году было опубликовано более 9 тыс. статей. Как будет подробно описано в главе 2, исследования, проведенные в 1990-х годах, привели меня к разработке нового взгляда на СДВГ

в 1997 году, который я пересмотрел в 2012 году, и который постоянно подкрепляется исследованиями, проводимыми с момента появления теории и ее растущим признанием среди клиницистов. Я рассматриваю СДВГ как нарушение развития способности к саморегуляции поведения с перспективой на будущее. Считаю, что это расстройство возникает из-за неустойчивой активности и, прежде всего, недостаточной активности в определенных областях мозга, которые, по мере созревания, обеспечивают все больше средств для поведенческого торможения, самоактивации, самоорганизации, саморегуляции, предвидения и управления временем. Относительно скрытая от глаз в сиюминутном поведении ребенка поведенческая дисфункция, которую вызывает этот фактор или недостаточная активность, является губительной, коварной и катастрофической в своем воздействии на способность человека управлять важнейшими повседневными делами, посредством которых люди готовятся к будущему, как ближайшему, так и далекому.

Тот факт, что повседневное влияние поведенческой дисфункции незаметно, но последствия для адаптивного функционирования ребенка серьезны, привел ко многочисленным изменениям в обозначениях и концепциях, применяемых к этому расстройству в течение последнего столетия. Это объясняет, почему клиническая наука, пытаясь определить природу проблемы, прошла путь от расплывчатых, нефокусированных понятий расстройства внимания в 1775 году (Мельхиор Адам Вейкард в Германии, как говорилось в моей с Хельмутом Петерсом, доктором медицины, статье 2012 года) и в 1798 году (Александр Крихтон в Шотландии) до дефектов морального контроля в 1902 году (Джордж Стилл в Англии) и до более четких, более конкретных понятий гиперактивности, невнимательности и импульсивности в 1960–1980-х годах и более широкого термина саморегуляции в 1990-х годах. Эволюция наших знаний от очень общих до очень конкретных привела к большому скачку в нашем понимании отклонений у детей с СДВГ, но при этом исчезла более широкая перспектива того, как такое поведение влияет на социальную адаптацию этих детей в течение длительных периодов времени.

Однако в 1990-х годах клиническая наука начала “отходить от своего микроскопа” для изучения специфического поведения детей с СДВГ и снова “взглянула в телескоп” на более долгосрочное социальное развитие и другие результаты, во многом благодаря публикации исследований детей с СДВГ, отслеживаемых в течение 20 лет до взрослого возраста, таких как мое с доктором Мариэлен Фишер исследование в Медицинском колледже Висконсина в Милуоки и работы Сальваторе Маннуцца и Рейчел Кляйн

в Медицинской школе Нью-Йоркского университета, докторов Габриэль Вайс и Лилли Хечман в Детской больнице Монреала, доктора Яна Лони в Университете Айовы, доктора Стивена Хиншоу и коллег из Калифорнийского университета в Беркли, доктора Кристофера Гиллберга и коллег из Гетеборга, Швеция, и других (см. книгу *ADHD in Adults: What the Science Says* (СДВГ у взрослых: что говорит наука) 2008 года). Теперь мы понимаем, как “атомы” сиюминутного поведения при СДВГ образуют “молекулы” повседневной жизни, которые в свою очередь формируют более крупные “соединения” еженедельной и ежемесячной саморегуляции, направленной на будущее, являющееся частью нашего социального существования, и как социальные “соединения” составляют более крупные этапы или структуры жизни, разыгрывающейся в течение многих лет и во многих сферах основной жизнедеятельности. В результате становится понятно, что СДВГ — не просто гиперактивность или отвлекаемость в текущий момент или неспособность выполнить ежедневную работу, а относительное нарушение в том, как поведение саморегулируется, организовывается и акцентируется на будущее. Этот более широкий взгляд на СДВГ как на расстройство ведущего функционирования (поведения, направленного на будущее) и саморегуляции, которую оно обеспечивает, прояснил, почему люди с этим нарушением испытывают трудности в адаптации к требованиям большинства основных сфер жизни. Это также показывает, почему они так часто не достигают целей и планов на будущее, которые пытались поставить перед собой или которые от них требуют другие.

Если помнить, что поведение людей с СДВГ фокусируется на “сейчас”, а не на “потом”, и имеет неврологическую подоплеку, вы не будете строго осуждать их действия. Никто не понял бы и половины того, что делаем мы, “нормальные” люди, если бы эти действия оценивались исключительно по их непосредственным последствиям. Например, отказываясь от немедленного вознаграждения в виде большого количества конфет или нездоровой пищи, доступной в данный момент, и выбирая меньшие порции овощей, орехов или ягод, мы делаем это, учитывая наш текущий и особенно будущий вес и здоровье, чего не может понять ни одно животное. Ни одно другое существо, кроме человека, не думает о будущем и не действует с расчетом на него. Многие наши действия планируются с акцентом на будущее. Точно так же мы не понимаем и спешим раскритиковать поведение людей с СДВГ, поскольку ожидаем от них самоограничения и предусмотрительности, в то время как они всегда сосредоточены на “здесь и сейчас”. Человек с СДВГ всегда действует с точки зрения текущего момента. Нам

сложно терпеть поведение людей с СДВГ, решения, которые они принимают, и их жалобы на негативные последствия, которые с ними происходят, потому что мы не страдаем этим расстройством, можем предвидеть, к чему все это может привести, и использовать это видение для регулирования нашего текущего поведения, а они не могут. Только сейчас психотерапия приходит к пониманию этой очень важной особенности расстройства и рассматривает СДВГ как расстройство поведения с акцентом на будущее, или то, что я называю “временной слепотой”.

Вы видели этих детей?

Примеры, описанные ниже, могут быть вам хорошо знакомы. Это реальные случаи из моей более чем 30-летней клинической практики, хотя имена и идентификационные данные клиентов изменены в целях сохранения конфиденциальности. Эти истории дадут некоторое представление о том, в каких обстоятельствах сегодня оказываются дети с СДВГ. Вы, вероятно, поймете, как могла бы измениться их жизнь, если бы родители, учителя и другие люди действительно понимали их дефицит ведущего функционирования — неспособность смотреть в будущее и регулировать собственное поведение. Однако вы должны знать, как далеко продвинулись ученые. Чтобы дать вам представление о том, насколько лучше перспективы этих детей сегодня, нежели в прошлом, я также описал, как к таким детям относились в предыдущие десятилетия.

У моего ребенка СДВГ?

Эми: постоянная борьба

Роуз и Майкл очень переживают об их 7-летней дочери Эми. Им приходится повторять свои просьбы к ней гораздо чаще, чем к ее братьям и сестрам, и иногда приходится физически направлять ее при выполнении заданий, таких как одевание и раздевание или сбор игрушек. Кажется, она уделяет внимание домашнему заданию, работе по дому или словам окружающих, только если заинтересована в этом. Ей очень трудно спокойно есть, смотреть телевизор в кругу семьи или лежать в постели ночью. Она везде бегает, а не ходит, и часто забирается на мебель, когда мечется по комнате.

Эми перебывает других во время семейного обеда, чтобы поделиться своими идеями, а затем и вовсе меняет тему. Из-за непрекращающейся болтовни братья и сестры прозвали ее Болтушкой.

Когда родители запрещают ей что-то делать, Эми часто спорит, злится, обижается и ведет себя агрессивно. Она говорит: “А я все равно хочу, чтобы было по-моему”, — повторяет свои требования и устраивает истерику. Когда ее просят собрать свои игрушки, убрать грязную одежду или подготовиться к банным процедурам, она дуется или скрещивает руки на груди и заявляет резкое “Нет!”, просто игнорирует указания родителей, продолжая играть, либо выходит из комнаты.

Родители Эми заметили, что она не думает, прежде чем действовать. Врывается в игру других детей, не спрашивая, можно ли ей присоединиться. Начинает управлять игрой, командуя другими, и расстраивается, когда дети не подчиняются ее указаниям. Она попадает под власть своих эмоций во время мероприятий. На днях рождения становится взбудораженной, взбалмошной и громкой, часто радуясь больше, чем именинник. Во время игр возбуждается еще больше и не может дождаться своей очереди поучаствовать. Как только игра заканчивается, ей трудно утихомириться и перейти к более спокойной деятельности, например, к поеданию праздничного торта. Бывали случаи, когда она даже открывала подарки, предназначенные для именинника.

Эми часто завидует другим детям и иногда забирает домой чью-то новую игрушку, которой у нее нет. Она хвастается своими достижениями, придумывая множество несуществующих деталей. Ее сверстники и их родители считают ее неуместные комментарии грубыми, а ее поведение в играх с детьми — рассеянным и эгоистичным. Эми быстро теряет друзей, и теперь ее нечасто приглашают в гости. Соседские дети стали называть ее “странной” и “гиперактивной”. Родители беспокоятся, что скоро Эми останется без друзей и что у нее может развиваться негативное представление о себе или даже депрессия.

Несмотря на свое беспечное отношение к миру, Эми чрезмерно зависит от родителей или учителей при выполнении школьных заданий, постоянно протестуя и заявляя “мне скучно!” и “ненавижу это!”. Способность Эми выполнять школьные задания уже не соответствует тем результатам, которые выявило первоначальное тестирование, и она начинает отставать от одноклассников. Ей трудно сосредоточиться на словах учителя. Вместо этого она разговаривает с одноклассниками, рисует или встает и вертится, рассматривая аквариум в конце классной комнаты, или постоянно точит карандаши.

Школьный психолог протестировал Эми и обнаружил, что уровень ее интеллекта в норме. Ее ранние школьные навыки на среднем уровне или

выше; он не выявил никаких причин ее плохой успеваемости в школе. Однако, скорее всего, ее оставят на второй год.

Эми родилась недоношенной и весила менее 2,5 кг. Не было других проблем, кроме того, что она медленно набирала вес. Она немного поздно научилась ходить, но произнесла первые слова раньше, чем большинство детей. Родители не помнят никаких серьезных медицинских проблем во время ее развития. В возрасте 4 лет воспитательница Эми сказала, что девочка была “дикой”, постоянно бегала по комнате, забиралась на мебель и полки, отбирала игрушки у других детей, бросала вещи и ерзала, когда рассказывала истории в группе. Все те поведенческие проблемы, которые она демонстрирует сейчас, были замечены и в детском саду.

Когда я впервые встретился с родителями Эми, они были в полном недоумении. Исключение сахаросодержащих продуктов из рациона дочери дало незначительный эффект; ужесточение дисциплины также не привело к улучшению результатов. Роуз считала, что не справилась с ролью матери, жаловалась на чрезмерный стресс и усталость, когда ей приходилось длительное время быть с дочерью; Майкл заявил о многочисленных ссорах с Эми из-за ее неудовлетворительного поведения. Оба родителя опасались, что их семья разваливалась, и с ностальгией вспоминали спокойный период брака до появления детей.

Случай Эми иллюстрирует классические симптомы СДВГ: невнимательность и неспособность довести начатое до конца, импульсивность и неумение обдумать свои будущие действия, а также гиперактивность или частое беспокойство. Как и у большинства детей с СДВГ, проблемы у Эми начались в дошкольном возрасте, но диагноз был поставлен спустя годы. За профессиональной помощью родители не обращались до тех пор, пока поведенческие проблемы дочери не начали создавать трудности вне семьи: в данном случае в школе, что бывает довольно часто. Поведение Эми также вполне типично для многих детей с СДВГ, поскольку демонстрирует вторую модель: оппозиционное, вызывающее и враждебное отношение к другим, особенно к родителям. Эта модель известна как *оппозиционно-вызывающее расстройство* (ОВР). От 35 до 85% детей с СДВГ, направленных в клиники, страдают от этой проблемы (нижняя граница диапазона наиболее характерна для детей, наблюдающихся в учреждениях оказания первичной помощи, таких как кабинет педиатра, а верхняя граница — для детей, наблюдающихся в психиатрических лечебницах или в клиниках психического здоровья). У детей с СДВГ она встречается в 11 раз чаще, чем в общей популяции. К счастью, для та-

ких, как Эми, раннее вмешательство дает надежду не только справиться с симптомами СДВГ, но и, возможно, минимизировать влияние ОВР на развитие ребенка в целом.

Рики: искаженный образ селф

Рики — 8-летний второклассник, родители которого “перепробовали все”, чтобы заставить его лучше учиться. Его оставили на второй год в первом классе, и родители боятся, что это повторится снова до перехода в среднюю школу. Рики — шумный, неугомонный мальчик, который бегаёт по дому или классу, хватаясь за множество дел одновременно, но не задерживаясь на одном достаточно долго, чтобы довести его до конца. Почти каждый день родители получают письменные замечания от учителя, в которых говорится, что их сын “не справляется с заданиями”, ведет себя агрессивно и мешает другим детям работать и играть. В этом году без видимых причин он начал толкать детей, отбирать у них вещи, задирает сверстников на перемене и мешать им работать, когда он не находится под непосредственным присмотром. Его мать считает, что учитель слишком много полагается на наказание, но мало — на положительную обратную связь, личное внимание, помощь и воспитание, в которых нуждается Рики. Впервые родителям трудно собрать его в школу. Он жалуется на неопределенную боль в теле и недомогания явно для того, чтобы остаться дома. Недавно он сказал, что ненавидит себя и хотел бы умереть, и стал называть себя “глупым”.

Родители Рики всегда воспринимали то, что отличало его от старших брата и сестры, как часть его уникальной личности. Он часто адекватно реагирует на похвалу в свой адрес, они его считают любящим, ласковым ребенком. Однако в этом году его самооценка резко упала, он легко раздражается и порой бывает на грани слез, расстраиваясь из-за самых банальных вещей. Родители видят, что ему очень плохо, но могут дать только временное облегчение. У них враждебные отношения с учителем Рики из-за его жесткого подхода к дисциплине и отсутствия снисходительности, которые во многом способствуют снижению самооценки мальчика.

Рики прошел все этапы развития в том же возрасте, что и другие дети, хотя в младенчестве он постоянно находился в движении. Родители были вынуждены накрывать его кроватку сеткой, чтобы он не бродил по дому, пока другие спали. Как-то раз, когда Рики немного подрос, его нашли катающимся на трехколесном велосипеде на въездной дорожке в 4 часа утра.

В детстве он часто попадал в неприятности и всегда считался “болтуном”, легко вовлекая в разговор даже незнакомых людей. Бабушка Рики часто отмечала сходство между ним и его отцом в том же возрасте.

Рики, в отличие от Эми, не страдает ОВР. Однако, как это бывает у некоторых детей с СДВГ, самооценка Рики начала снижаться из-за хронической неуспеваемости в школе и, он все чаще попадал в неприятности. Строгий и неприветливый взгляд учителя, по-видимому, способствовал такому снижению самооценки и, как следствие, более частым конфликтам. Это привело к депрессии, что также не редкость для детей с СДВГ с ранними признаками низкой самооценки, хотя его заявления о причинении себе вреда в столь юном возрасте ненормальны для большинства таких детей.

Если бы Рики жил в 1920–1940-х годах в США, ему могли бы поставить диагноз *синдром беспокойства*, или *естественная одержимость*, — термины из научных журналов того времени. Ему даже могли бы поставить диагноз *постэнцефалитного расстройства поведения*, если бы он пережил недавнюю серьезную инфекцию нервной системы (энцефалит), прокатившуюся по Европе и США в то время. Поведение некоторых детей, как у Рикки, называли *синдромом ребенка с травмой головного мозга*, поскольку повреждения мозга, вызванные болезнью или травмой, могут привести к такой активности. Поэтому любой ребенок, который вел себя подобным образом, даже если у него не было явных признаков травмы мозга, считался больным этим синдромом. Рики могли поместить в специальный класс, где было очень мало дополнительного поощрения, кроме основного материала, связанного с уроком. В таких классах учителя носили одежду тусклых тонов без украшений, а интерьер классной комнаты был максимально простым, чтобы свести к минимуму отвлекающие факторы, которые считаются самой серьезной проблемой для детей с синдромом ребенка с черепно-мозговой травмой. Но таких классов было мало, они были довольно необычны для своего времени и поэтому недоступны для большинства семей с такими детьми, как Рики.

Родителям Рики могли говорить, что он просто “как все обычные мальчишки” и, вероятно, перерастет такое поведение. Если бы его проблемы сохранились в подростковом возрасте, его считали бы проказником или ребенком с социальным отклонением, и, вероятно, он бросил бы школу как можно раньше, чтобы работать на ферме либо на фабрике за низкую заработную плату. Окружающие, скорее всего, сочли бы его бесхарактерным молодым человеком, в чем, несомненно, обвинили бы его родителей.

Сэнди: справляется только с посторонней помощью

Сэнди — 15-летняя ученица 10 класса небольшой частной школы для детей с трудностями в обучении. Родители отдали ее туда, когда несколько лет назад заметили низкую успеваемость в государственной школе, несмотря на то, что уровень интеллекта девочки был выше среднего и никаких признаков снижения способностей к обучению не наблюдалось. Самой большой проблемой Сэнди всегда было неумение сосредоточиться на работе в классе и приложить усилия для выполнения скучных, но необходимых заданий. Она редко может выполнить школьные задания без посторонней помощи, но обычно знает ответы или правильные шаги для решения проблемы. Похоже, она не может обойтись без некоторой внешней организации, управления и дисциплины. Хотя она несколько беспокойна, уровень ее активности значительно снизился с тех пор, как она была маленькой, и в настоящее время ограничивается главным образом подергиванием ног, когда она сидит, постукиванием пальцами или карандашом во время работы, а также частыми изменениями позы тела.

Школьные работы Сэнди неструктурированы, а ее тетрадь — просто катастрофа. Сэнди часто приходит на занятия, забывая какие-то вещи дома: карандаши, учебники или принадлежности для лабораторных. Однако когда ей указывают на многочисленные ошибки в домашнем задании, она быстро понимает, что именно сделала не так. Учителя и родители пытались использовать тетради с заданиями для ежедневной проверки и карточки оценки поведения для поддержания успеваемости Сэнди в школе, но с ограниченным и временным успехом. На уроках она обычно поднимает руку, а затем выпаливает ответ, часто неправильный. Тем не менее, учителям нравится ее спонтанность, хотя они считают ее немного неразвитой и рассеянной.

Проблемы у Сэнди были как минимум с детского сада, а возможно и дольше. На протяжении всего обучения в школе учителя жаловались на ее невнимательность, импульсивность и неудовлетворительное выполнение заданий. Однако у нее всегда были друзья, Сэнди любила, включала в игры других детей, у нее не было проблем с дисциплиной. Она трижды проходила тестирование у различных психологов и специалистов в области образования, было установлено, что ее интеллект находится на уровне 75-го перцентиля¹, а все академические навыки — на среднем уровне или выше. Однако при этом у нее был неаккуратный и вялый почерк и слегка замедленная тонкая моторика по сравнению с другими детьми.

¹ Перцентиль — процент значений ниже определенного показателя. В то время как процент сравнивает количества, перцентиль используется для отображения позиции или ранга. 75-й перцентиль (также известен как “в третьих”, или верхний квартиль) — это значение, при котором 25% ответов находятся выше этого значения, а 75% — ниже его. — *Примеч. ред.*

Хотя Сэнди хорошо ладит с родителями, братьями и сестрами, их школьная успеваемость значительно превосходила ее собственную. У всех членов семьи есть высшее образование, и родители считают, что Сэнди тоже должна его получить. У нее несколько занижена самооценка, она периодически “опускает руки” из-за переживаемых трудностей. Сэнди боится, что разочарует свою семью, и очень обеспокоена тем, какие действия можно предпринять, чтобы стать лучше.

Сэнди — тот редкий ребенок с СДВГ, который вступил в подростковый возраст, относительно не пострадав от последствий расстройства. Думаю, это произошло потому, что СДВГ главным образом отразился на ее учебе, а не на социальной и семейной жизни. У нее было несколько внимательных учителей, которые пытались ей помочь; родители также старались защитить ее, насколько это было возможно (включая перевод в частную школу, когда возникла такая необходимость). Однако не стоит упускать из виду и приятный нрав самой Сэнди, который мог заставить окружающих простить ей проблемы с управлением временем, организацией и выполнением школьных заданий и позволить быстро оправиться от любой социальной критики. Нельзя забывать и о силе близких дружеских отношений, помогающих смягчить сложности, с которыми сталкивается такой ребенок, как Сэнди. Наконец, тот факт, что уровень ее интеллекта выше среднего, возможно, помог ей найти более социально приемлемые способы справиться с трудностями в школе. Многочисленные исследования доказывают, что высокий уровень интеллекта дает лучшие результаты в учебе у детей (с СДВГ или без него).

Брэд: загадка для родителей

Брэд — 12-летний ученик 6-го класса, который всегда начинает учебный год с отличных оценок и приемлемого поведения, но постепенно, в течение осени и зимы, его успеваемость снижается до троек и двоек, а поведение в классе — до деструктивного. Несколько раз Брэд был близок к тому, чтобы остаться на второй год, но учителя всегда относились к нему с пониманием, поскольку его интеллект и успеваемость выше среднего. В школе Брэд беспокойный и гиперактивный, плохо концентрируется на работе и много говорит. Он небрежно относится к заданиям и нарушает порядок в классе. В результате он требует много времени и внимания учителя, и раз в несколько недель его отправляют в кабинет директора. Он жалуется родителям и учителям на скучную школьную работу, и часто сомневается в ее соответствии тому, чем, по его словам, хочет заниматься во взрослой жизни: быть детективом.

Родители Брэда заметили, что уровень активности и концентрация внимания их сына отличались от этих показателей у других детей, когда Брэду было 3-4 года. Он постоянно переключался с одной игровой деятельности на другую и совался во все, что вызывало его любопытство. В его шалости входило заливание средства для мытья посуды в вентиляционную решетку нового стереоусилителя отца или украшение нового дивана шоколадным сиропом. Он также любил разбирать все механические предметы, чтобы посмотреть, как они работают: часы, мелкие приборы и игрушки. В процессе он терял детали, так что большинство вещей никогда не удавалось вернуть в рабочее состояние.

В возрасте 5 лет Брэд начал ссориться с родителями из-за того, что его просили убирать за собой игрушки, принимать ванну, посещать церковь или не заходить в комнату сестры. По мере взросления он стал дразнить других детей, постепенно они перестали приходить к нему или приглашать к себе. Несмотря на частые напоминания Брэду контролировать свой пресловутый нрав непосредственно перед тем, как он начинал играть с кем-то, проходило совсем немного времени, прежде чем он прибежал жаловаться родителям на то, что другой ребенок поступил “нечестно” или внезапно ушел домой без объяснений. В какой-то момент родители отправили сына в летний лагерь для развития социальных навыков, но ни одно из улучшений, отмеченных за время его пребывания в лагере, не перешло в его домашнюю или школьную жизнь — типичный результат традиционных программ развития социальных навыков.

Как и трудности Эми, проблемы Брэда относительно типичны для детей с СДВГ. Однако, в отличие от других описанных здесь примеров, СДВГ Брэда влияет на его школьную жизнь эпизодически, а не постоянно. Необычная модель поведения может быть обусловлена интеллектом Брэда, который позволяет ему без особых усилий усваивать новую информацию в начале учебного года, но у мальчика не хватает терпения, когда нагрузка увеличивается и необходимо выполнять долгосрочные проекты.

Что такое СДВГ

Чтобы утверждать, что СДВГ — реальное расстройство развития, ученые должны доказать, что оно:

- возникает на ранних этапах развития ребенка;
- явно отличает этих детей от типичных или тех, у кого нет этого расстройства;

- является относительно распространенным или встречается во многих различных ситуациях, хотя не обязательно во всех;
- влияет на способность ребенка успешно выполнять стандартные требования, предъявляемые к детям его возраста в различных основных видах деятельности;
- относительно устойчиво во времени или развитии;
- не может быть легко объяснено чисто экологическими или социальными причинами;
- связано с аномалиями в функционировании или развитии мозга;
- связано с другими биологическими факторами, которые могут повлиять на функционирование или развитие мозга (генетика, травмы, токсины и т.д.).

Решение этих научных вопросов было нелегким, но в настоящее время имеются многочисленные доказательства всех восьми перечисленных пунктов, полученные в результате тысяч исследований СДВГ. Как будет сказано далее, доказательства того, что СДВГ — действительно расстройство, не только многочисленны, но существуют давно и признаются учеными-клиницистами на протяжении десятилетий, если не столетий. Эти доказательства весьма убедительны, и некоторые из них описаны в следующих четырех главах.

Описанные выше примеры также иллюстрируют, что СДВГ представляет собой существенное нарушение способности ребенка сдерживать свое поведение и учитывать последствия своих действий. В самом начале своей истории как уже хорошо узнаваемого явления (где-то в 1775 году) это расстройство внимания воспринималось как результат плохого воспитания. К 1902 году СДВГ рассматривался как проблемное развитие способности детей сознательно сдерживать свое поведение, обдумывать последствия своих поступков для себя и других и придерживаться правил социального взаимодействия — не просто этикета, а фундаментальных моральных принципов того времени. Как ни странно, несмотря на довольно жесткие моральные ценности, суть этого взгляда была отчасти верной и сейчас пересматривается с точки зрения, представленной и в этой книге, как расстройство саморегуляции. Одной из многих проблем, к которым приводит развязное поведение, является нарушение способности детей думать о долгосрочных последствиях своих действий и о том, насколько хорошо правила, инструкции и внутренний голос ребенка (голос разума) или “совесть” могут помочь ему контролировать свое поведение и сделать

его более подходящим, эффективным и способствующим долгосрочной адаптации и благополучию. Именно это подразумевалось под моральными нормами в начале 1900-х годов.

В течение следующих нескольких десятилетий ученые-клиницисты отошли от рассмотрения поведения, характеризующего расстройство (скажем, гиперактивности), и сосредоточились на его возможной глубинной природе и причинах. Они утверждали, что расстройство, по-видимому, возникает из-за нарушений работы мозга, особенно его лобных долей, и объясняли заболевание посредством ярлыков, связанных с дисфункцией мозга (*синдромом ребенка с травмой мозга*). Но когда выяснилось, что у многих детей с СДВГ нет явных тяжелых повреждений мозга, по крайней мере по тогдашним методам оценки, термин был несколько смягчен до *минимальной дисфункции мозга*, что все-таки подразумевало, что с мозгом не все в порядке. Позже исследователи вернулись к поиску лучшего описания поведенческих проблем и более тщательно изучили предполагаемое неврологическое происхождение этого состояния. Акцентирование внимания на таком поведении, как гиперактивность, привело к тому, что расстройство стало называться *гиперкинезом* или *синдромом гиперактивного ребенка*. Затем в 1970-х годах благодаря канадским и американским клиническим исследователям, концепция была расширена, и ученые признали, что дефицит самоконтроля и устойчивого внимания в равной степени проблематичен для людей с СДВГ. Впоследствии исследования перешли от изучения уровня активности к изучению природы внимания, его различных типов и того, какие типы могут быть вовлечены в расстройство.

В этот период расстройство было переименовано в *синдром дефицита внимания* (СДВ с гиперактивностью или без). По мере развития клинических исследований стало ясно, что гиперактивность и импульсивность, наблюдаемые у детей с диагнозом СДВ с гиперактивностью, тесно связаны друг с другом, что позволяет предположить, что они образуют единую проблему недостаточного ингибиторного контроля. Кроме того, исследования все чаще демонстрировали, что проблема столь же важна (как и трудности со вниманием) для отличия СДВГ от других детских расстройств и даже ведет к гиперактивности (несдерживаемой двигательной активности), связанной с этим состоянием. В результате в 1987 году термин был немного изменен на *синдром дефицита внимания/гиперактивности* (текущее название). Большая часть того, что я хочу сказать в этой книге, относится к СДВГ, включающему гиперактивность и импульсивность, как следует из самого термина. Детей, которые в основном невнимательны, но не гипе-

рактивны или импульсивны, сейчас называют детьми с СДВГ с преобладанием невнимательности. О таких детях будет сказано далее, поскольку в настоящее время около 50% из них могут иметь недавно обнаруженное и явное расстройство внимания, совершенно отличное от наблюдаемого при СДВГ, названное исследователями *вялым когнитивным темпом* (ВКТ) или, с недавних пор, *расстройством дефицита концентрации* (СДК), чтобы избежать уничижительного тона, который прослеживается в первоначальном названии.

Важно понять, какой взгляд на СДВГ преобладал среди многих ученых и клинических специалистов в течение последних 30 лет, поскольку именно с этой точкой зрения вы, скорее всего, столкнетесь при обращении за профессиональной помощью для своего ребенка. Поэтому в следующих разделах этот взгляд будет рассмотрен более подробно. Однако помните, что ученые могут пересмотреть свою позицию, чтобы привести ее в соответствие с последними данными об СДВГ, полученными в области поведенческих наук, нейронаук и генетики поведения.

Сегодня большинство клинических специалистов (врачей, психологов, психиатров и других) считают, что СДВГ означает три основных проблемы в способности человека контролировать поведение: трудности с удержанием внимания и повышенная отвлекаемость, сложности с контролем импульсов или торможением и проблемы с регуляцией уровня собственной активности. Другие специалисты (в том числе и я) признают, что люди с СДВГ имеют дополнительные проблемы с самосознанием и самоконтролем, оперативной памятью (запоминанием того, что нужно сделать), обдумыванием последствий своих предполагаемых действий, включающих в себя планирование, управление временем, запоминание и выполнение правил и инструкций, сложности с саморегуляцией эмоций и мотивации, с решением проблем для преодоления препятствий на пути к своим целям и с чрезмерной изменчивостью своих реакций на ситуации (особенно при выполнении работы). Все эти симптомы подпадают под термин “ведущее функционирование”, обозначающий те умственные способности, что используются для саморегуляции в течение какого-то времени для достижения целей и выполнения запланированных действий. Полагаю, что именно это и является отличительной чертой СДВГ. Некоторые ученые-клиницисты в других странах также пришли к такому выводу. Они продолжают спорить о степени и причине проблемы *ведущего функционирования*: насколько она применима ко всем случаям и вызвана трудностями с регулированием активации/возбуждения мозга или какими-то более глупо-

кими проблемами, связанными с ростом (развитием) мозга и миграцией нервных клеток, их связью и функционированием. Тем не менее, в настоящее время большинство исследователей согласны с тем, что торможение и активация/фокусировка поведения по требованию в частности и определенные аспекты ведущего функционирования в целом — центральные проблемы для большинства детей с этим расстройством.

Трудности с поддержанием внимания

Родители и учителя часто описывают своих детей с СДВГ следующим образом.

- Ребенок не слушается.
- Он не справляется с поставленными задачами.
- Моя дочь часто теряет вещи.
- Сын не может сосредоточиться и легко отвлекается.
- Мой ребенок не умеет работать самостоятельно, без контроля со стороны.
- Мою дочь необходимо направлять.
- Он переключается с одной незавершенной задачи на другую.
- Она часто забывчива в повседневной жизни.

Все это относится к проблемам со вниманием и концентрацией.

Считается, что СДВГ связан со значительными трудностями с удержанием внимания или настойчивостью в приложении усилий. Если говорить простым языком, то людям с СДВГ сложно заниматься какой-то деятельностью так долго, как другим. Им трудно, иногда невероятно трудно, концентрировать свое внимание на занятиях, которые длятся дольше обычного, особенно на скучных, повторяющихся или утомительных. Нудные школьные задания, длительная работа по дому и долгие лекции доставляют им немало сложностей, так же как и чтение объемных скучных произведений, вникание в описание неинтересных объектов и завершение длительных проектов. Наши исследования показывают, что так как у детей с СДВГ короткая продолжительность концентрации внимания, им чрезвычайно сложно фокусироваться на чем-то, что занимает более длительное время, чем обычно.

К сожалению, по мере взросления детей мы ожидаем, что они смогут справиться даже со скучными или требующими усилий заданиями. Чем старше они становятся, тем больше они должны быть способны выпол-

нять необходимые, но неинтересные задачи практически без посторонней помощи. Люди с СДВГ отстают от других в этой способности, возможно, на 30% и выше. Таким образом, 10-летний ребенок с СДВГ может обладать вниманием 7-летнего без СДВГ. В результате его деятельность потребует вмешательства других людей, которые будут направлять, контролировать и структурировать его работу и поведение. Легко представить, как часто возникают конфликты между детьми с СДВГ, их родителями и учителями.

Вплоть до настоящего времени сотни исследователей изучали проблемы внимания детей с СДВГ различными способами, и в подавляющем большинстве случаев было установлено, что эти дети уделяют меньше времени и внимания тому, что их просят выполнить, чем дети, не страдающие СДВГ. Например, еще в 1975 году я зафиксировал такие различия в диссертационном исследовании 36 мальчиков, половине из которых был поставлен диагноз “гиперактивность” (сейчас его назвали бы СДВГ), а другой половине — “отсутствие гиперактивности”. Я попросил их выполнить различные виды деятельности в игровой комнате клиники на факультете психологии Государственного университета Боулинг-Грин в Огайо, где я получил докторскую степень. Одним из заданий, которое должны были выполнить дети, было 6-минутное ожидание моего прихода в игровой комнате, чтобы я мог забрать их для выполнения других заданий. В комнате были игрушки. Я нанес на пол тонкие черные линии, в виде сетки или шахматной доски, чтобы измерить их активность, подсчитав, сколько линий они пересекли, когда ходили, танцевали или бегали. Через одностороннее окно я также наблюдал и записывал количество различных игрушек, которые они брали, и сколько времени они проводили с каждой. Как выяснилось, мальчики с СДВГ играли в 3 раза с большим количеством игрушек, чем другие дети, и проводили на 50% меньше времени с каждой. Они также пересекали больше линий сетки на полу. Все это объективно подтвердило, что родители десятилетиями рассказывали терапевтам о детях с СДВГ: они не могут долго фокусировать внимание на чем-либо, так как очень активны, беспокойны и непоседливы.

Затем я отвел мальчиков в другую комнату и попросил их сесть и посмотреть короткий фильм о выдуманном существе. Я сказал им, что задам вопросы о фильме, когда вернусь. Во время просмотра киноленты мальчики с СДВГ почти в 2 раза чаще отвлекались, чем другие. Дети с СДВГ также дали на 25% меньше правильных ответов на вопросы о содержании фильма. Эти и другие измерения, проведенные мной во время эксперимента, ясно показали, что мальчики с СДВГ уделяли меньше внимания тому,

что делали, и поэтому получали меньше информации, чем остальные дети. Многие исследователи обнаружили аналогичные результаты с помощью различных экспериментов. Можно сказать, что родители справедливо описывают таких детей как невнимательных, гиперактивных и импульсивных.

Фильтрация информации не является проблемой

Интересно, что исследования также демонстрируют, что у детей с СДВГ нет проблем с фильтрацией информации — отличить важное от второстепенного в том, на что их просят обратить внимание. Они фокусируются на тех же вещах, что и дети без СДВГ, когда их просят посмотреть или послушать что-то. Просто дети с СДВГ не могут поддерживать это усилие так же долго, как другие. Они чаще отвлекаются от задания, будто их мысли и внимание блуждают. Кроме того, они охотнее занимаются более полезными видами деятельности. Таким образом, дети с СДВГ на самом деле не перегружены информацией или стимуляцией, как считали ученые в 1950-х годах. Напротив, они не могут удерживать свои усилия и внимание, и их отвлекает все, что может быть более стимулирующим или интересным.

Больше ли отвлекаются дети с СДВГ

Ученые теперь убеждены, что СДВГ связан с высокой степенью отвлекаемости. Но дети с СДВГ не просто чаще других замечают отвлекающие факторы, а чаще реагируют на события, не имеющие отношения к текущей работе или целям. И будучи отвлечены, они с гораздо меньшей вероятностью вспомнят или вернуться к деятельности, которой занимались. Помимо того, что дети с СДВГ более отвлекаемы (особенно во время работы), у них есть две проблемы, из-за которых они могут казаться еще более рассеянными.

1. *Дети с СДВГ, вероятно, начинают скучать или теряют интерес к своей работе гораздо быстрее, чем их ровесники без СДВГ.* Это проблема мотивации или того, насколько задание для них полезно. Это заставляет их целенаправленно искать другое занятие, более веселое, интересное, стимулирующее и активное, даже когда порученная работа еще не закончена. Некоторые ученые утверждают, что у таких детей более низкий и непостоянный уровень возбуждения мозга и поэтому им требуется больше стимуляции для поддержания его стабильного функционирования, чем детям без СДВГ. Другие предполагают, что для детей с СДВГ вознаграждение быстрее теряет свою ценность со временем, что означает меньшую чувствитель-

ность к подкреплению. На данный момент причина подобной скуки до конца не определена, но, возможно, она связана с нарушениями в мотивационных центрах мозга или в центрах вознаграждения. Ясно лишь то, что она существует в достаточно большой степени, поэтому некоторые ученые называют детей с СДВГ “искателями стимуляции”.

2. *Дети с СДВГ, похоже, тянутся к наиболее полезным, веселым или подкрепляющим аспектам любой ситуации.* Подобно магнитам, их притягивает деятельность, приносящая немедленное вознаграждение, нежели работа, не предполагающая особого поощрения. Например, в 1992 году доктора Стивен Ландау, Элизабет Лорх, Ричард Милич и их коллеги, работавшие тогда в Университете Кентукки, изучали детей с СДВГ и без него во время просмотра телепередач. Когда в комнате не было игрушек, дети с СДВГ смотрели телепередачи столько же, сколько и дети без СДВГ, и были так же способны отвечать на вопросы о том, что они видели, хоть и чаще отводили взгляд от телевизора. Однако когда в комнате были расставлены игрушки, дети с СДВГ чаще занимались с игрушками и меньше смотрели телепередачу, чем их сверстники, не страдающие СДВГ. Когда программа представляла собой типичную комедию, дети с СДВГ могли ответить на столько же вопросов о сюжете, сколько и дети без синдрома, но когда программа выполняла образовательную функцию и передавала информацию больше визуально, чем вербально, дети с СДВГ реже отвечали правильно. Они оказывались в невыгодном положении, только когда требовалось зрительное внимание.

Почему одних детей смогли увлечь игрушки, а других — нет? Возможно, дети с СДВГ просто быстрее теряют интерес. Или они находят физическую деятельность более веселой, стимулирующей и полезной, чем пассивные занятия, такие как просмотр телевизора.

Третье объяснение можно найти в исследовании любопытства у детей с СДВГ, проведенном более 40 лет назад моими бывшими коллегами по Государственному университету Боулинг Грин, докторами Нэнси Фидлер и покойным Дугласом Ульманом. Они обнаружили, что дети с СДВГ проявляли больше физического любопытства во время игры, поэтому больше манипулировали предметами, чаще переключались с одного предмета или игрушки на другой и проводили меньше времени с какой-либо конкретной

игрушкой или предметом. Их сверстники, не страдавшие СДВГ, проявляли больше вербального или интеллектуального любопытства. Они говорили вслух о предмете или об игрушке, описывали их различные характеристики, казавшиеся им интересными, придумывали способы использования их в игре, дольше играли и даже сочиняли истории об игрушках. Таким образом, дети без СДВГ тратили больше времени на взаимодействие, обдумывание и творческое использование конкретной игрушки, если учесть, что ее интеллектуальные свойства, похоже, интересовали их больше, чем детей с СДВГ.

Начиная с 1980-х годов, доктора Рональд Розенталь и Терри Аллен из Университета Вандербильда доказали, что большая отвлекаемость детей с СДВГ по сравнению с их сверстниками без синдрома зависит, в конечном счете, от того, насколько заметен или привлекателен источник отвлечения. Скажем, если ребенок с СДВГ находит на своем столе видеоигру, когда идет в комнату, чтобы сделать домашнее задание, можете представить, чем он будет занят, когда вы придете проверить его через 20 минут.

Еще раньше доктора Дэвид Бремер и Джон Стерн из Вашингтонского университета в исследовании 1976 года обнаружили, что дети с СДВГ несколько чаще, чем другие, отвлекались от чтения, когда звонил телефон с мигающими лампочками или когда осциллограф выводил на экране в той же комнате необычные волнистые линии. Однако группы гораздо существеннее различались по тому, как долго они отвлекались на это событие: в среднем 18 секунд для детей с СДВГ и 5 секунд для остальных. Таким образом, детям без симптомов СДВГ гораздо легче вернуться к работе после отвлечения, чем детям с СДВГ. Последние отвлекаются от деятельности на более длительные промежутки времени и не возвращаются к работе с такой же легкостью, как их сверстники. С тех пор многие исследования подтвердили эти выводы: дети с СДВГ явно более отвлекаемы, их сильнее привлекает окружающая среда либо более стимулирующие или интересные события, чем то, что их попросили сделать.

Проблема отложенного удовлетворения

Неспособность упорно выполнять скучное задание — признак незрелости. По мере взросления дети лучше могут сопротивляться привлекательным, но неподходящим и бесполезным занятиям, когда им дают задание. Ребята могут объяснить для себя важность работы, вспомнив, какое вознаграждение они получают после выполнения задания, или какое наказание может последовать, если они его не выполняют, могут искать способы

сделать работу более интересной с интеллектуальной точки зрения. Дети без СДВГ также учатся продумывать последствия, чтобы поощрять себя за продолжительное выполнение трудной задачи. По мере взросления значимые, но отсроченные вознаграждения становятся для таких детей более привлекательными, и ребята, скорее всего, будут ценить их и работать ради них чаще, чем выбирать меньшие, сиюминутные награды. Напротив, дети с СДВГ предпочитают выполнить несущественный объем работы за незначительное, но немедленное поощрение вместо того, чтобы трудиться дольше и получить гораздо большую выгоду, но намного позже.

Это явно проблема отложенного вознаграждения. Ее понимание имеет решающее значение для оказания помощи детям с СДВГ. Если считать, что люди с СДВГ просто сильно отвлекаются на все подряд, то можно использовать исключительно методы, рекомендуемые уже более 40 лет: устранение источников отвлечения внимания. Но это может сделать таких детей более беспокойными и менее внимательными. Уменьшение стимуляции фактически еще больше затрудняет поддержание внимания ребенка с СДВГ. Доктор Сидни Зенталл и ее коллеги из Университета Пердью более 30 лет назад в ходе нескольких исследований продемонстрировали, что добавление цветовой гаммы в рабочие материалы детей и подростков с СДВГ уменьшало количество ошибок, которые они допускали во время работы. Аналогичным образом, примерно 10 лет спустя доктор Мариэллен Фишер из Медицинского колледжа Висконсина, я и другие коллеги попросили подростков наблюдать за экраном компьютера, пока на нем мелькали цифры со скоростью одна в секунду. Ребята должны были нажать кнопку, когда увидят цифру 1, за которой следовала 9. Мы обнаружили, что подростки с СДВГ делали больше ошибок при выполнении этого скучного задания, чем подростки, не страдающие СДВГ. Когда мы повторили этот тест с отвлекающими цифрами, мигающими справа и слева от тестовых чисел, ребята с СДВГ действительно стали лучше справляться с заданием, сравнившись с подростками без СДВГ. Эти и многие другие исследования говорят о том, что добавление стимуляции к задаче может повысить способность детей и подростков с СДВГ быть внимательными и выполнять свою работу с меньшим количеством ошибок. Например, доктор Говард Абикив и его коллеги из Медицинской школы Нью-Йоркского университета более 20 лет назад установили, что подростки с СДВГ могли выполнить больше заданий по математике при прослушивании рока, чем если бы им приходилось работать без фоновой музыки. Это еще раз говорит о том, что некоторая стимуляция может помочь детям с СДВГ лучше концентрироваться и управлять своим вниманием.

Возвращаясь к основному вопросу этого раздела, мы должны попробовать увеличить степень новизны, стимуляции или удовольствия, связанные с заданиями, которые предлагается выполнить ребенку с СДВГ. Также дайте ему понять, что определенные желаемые награды или последствия можно получить сразу после выполнения задачи, а не потом. Лучше всего разбить работу на более мелкие сегменты, позволяя ребенку с СДВГ делать более частые перерывы. И конечно, не забывайте убирать привлекательные, интересные или очень заметные отвлекающие факторы, которые не являются частью выполняемой работы, из зоны видимости ребенка. Но это не единственное, что нужно сделать: повышение привлекательности или увлекательности задания или более приятные последствия, связанные с ним, могут быть не менее важными.

Сложность контроля импульсов

Родители и учителя часто утверждают, что их дети “пытаются выпалить что-то в ответ еще до того, как взрослые закончили говорить”, а также “постоянно требуют желаемое”. Детям с СДВГ очень трудно ждать. Необходимость играть по очереди, стоять за обедом или на перемене в школе, ожидать окончания какого-либо мероприятия (скажем, религиозной службы) вызывает у них беспокойство и раздражение. Они могут жаловаться на ожидание и даже начать заниматься делом, которое им велели отложить. Когда родители обещают в конце концов сводить их в магазин или в кино, дети могут чрезмерно приставать к ним с требованиями пойти туда скорее. Из-за этого они кажутся постоянно требовательными, нетерпеливыми и крайне эгоцентричными. Поэтому вторая основная категория симптомов, наблюдаемых при СДВГ, — снижение способности сдерживать свое поведение или контролировать импульсы. Люди с СДВГ испытывают значительные трудности с самоограничением, сдерживанием своей первоначальной реакции на ситуацию, чтобы подумать, прежде чем действовать. Они часто срываются на комментарии, которые, вероятно, не сделали бы, если бы сначала подумали. Они также импульсивно, иногда эмоционально, реагируют на то, что говорят или делают по отношению к ним другие, и в итоге подвергаются критическому осуждению. Они могут быстро реагировать на пришедшую в голову идею, не думая, что в это время занимались чем-то, что следовало бы закончить в первую очередь. Они слишком много и громко разговаривают, часто не давая собеседнику сказать ни слова.

СДВГ и отложенное вознаграждение

- В 1982 году доктор Сьюзен Кэмпбелл и ее коллеги из Питтсбургского университета провели эксперимент: они прятали маленькое печенье под одной из трех чашек, пока дети наблюдали за движением их рук. Затем дети должны были подождать, пока экспериментатор позвонит в колокольчик, прежде чем они смогут поднять чашку и съесть печенье. Процедура повторялась шесть раз, при этом период ожидания варьировался от 5 до 45 секунд. В результате дети с СДВГ приняли гораздо больше импульсивных решений, взяв и съев печенье до того, как экспериментатор звонил в колокольчик.
- В 1986 году доктор Марк Раппорт и его коллеги из Университета Род-Айленда дали группе из 16 детей с СДВГ и 16 детей, не страдающих им, задание по математике. Когда ребятам сказали, что за выполнение небольшого количества арифметических задач они сразу же получают маленькую игрушку, группы выполнили одинаковое количество задач. Затем детям был предоставлен выбор: получить маленькую игрушку за выполнение небольшого объема работы или потрудиться усерднее за гораздо большую и ценную вещь. Но большую игрушку они получают только через 2 дня. В этих условиях большинство детей с СДВГ выбрали незначительное, но немедленное вознаграждение за несложную работу, в то время как другие чаще выбирали более существенное отложенное вознаграждение за больший объем работы.
- В 2001 году я с доктором Гвенит Эдвардс и коллегами из Медицинской школы Массачусетского университета предложили подросткам с СДВГ различные суммы денег (гипотетические, нереальные и обычно гораздо меньше 100 долларов), которые они могли бы получить прямо сейчас. Мы также предлагали им 100 долларов, если они готовы подождать месяц, год или даже больше. Обнаружилось, что подростки с СДВГ гораздо чаще, чем те, кто не страдал этим расстройством, выбирали получить меньшую сумму денег немедленно, а не крупную сумму позже. Такое исследование дает возможность оценить, насколько подростки с СДВГ занижают ценность вознаграждения, если им приходится ждать. Для них это вознаграждение было на 20–30% менее значимым, чем для ребят без СДВГ.

Такое поведение нередко рассматривается как грубое, бесчувственное и имеет негативные последствия как в социальной, так и в образовательной сфере. Учителя отмечают, что дети с СДВГ часто “выкрикивают комментарии, не поднимая руки” в классе и “приступают к заданиям или тестам, не прочитав внимательно инструкции”. Они часто “не делятся” с другими тем, что имеют, и “берут то, что им не принадлежит”.

Поскольку у детей с СДВГ уже есть проблемы с поддержанием внимания, представьте, как их неспособность сопротивляться импульсам (например, желанию бросить скучное задание) усугубляет их проблемы с продолжительной работой ради более позднего и крупного вознаграждения. Этот вопрос изучался в трех исследованиях, описанных ниже.

Выбирать легкий путь

Проблемы со вниманием и контролем импульсов также проявляются в том, что дети с СДВГ, как известно, выбирают наиболее легкий путь в своей работе. Они прилагают минимальное количество усилий и времени на выполнение скучных или неприятных заданий. По этой причине неясно, действительно ли приносит пользу предоставление детям или взрослым с СДВГ дополнительного времени для сдачи экзаменов в школе или в высших учебных заведениях, поскольку они могут просто растратить его в никуда. Возможно, школам и организациям, проводящим экзамены, следует вместо этого поставить на стол людям с СДВГ секундомер и дать им столько же времени на выполнение задания, сколько и другим, но разрешить останавливать часы на короткие промежутки, чтобы встать, размяться, выпить воды, а затем вернуться к выполнению задания. Такая стратегия “свободного времени” позволяет людям с СДВГ лучше контролировать темп выполнения задач и разбивать экзамен на меньшие объемы работы, что может быть полезно для более успешной сдачи теста.

Принимать слишком много рисков

Импульсивность, наблюдаемая при СДВГ, может также проявляться в большей склонности к риску. Неспособность заранее предусмотреть вред, который может принести то или иное действие, объясняет, почему люди с СДВГ (особенно дети, отличающиеся оппозиционным и вызывающим поведением) более склонны к несчастным случаям, чем другие. Дело не в том, что дети с СДВГ безразличны к тому, что может произойти, а в том, что они просто не обдумывают вероятные последствия,

связанные с тем или иным поступком. Всегда “идя напролом”, они впоследствии удивляются катастрофам, которые другие отчетливо предвидели.

Наша дочь хочет получить водительские права. Но она кажется такой незрелой и рассеянной. Подвержены ли дети с СДВГ большему риску как водители?

Да. Близорукость, связанная с СДВГ, может объяснить, почему доктора Кэролин Хартсоу и Надин Ламберт из Калифорнийского университета в Беркли еще в 1985 году обнаружили, что дети с СДВГ в 3 раза чаще, чем дети без этого синдрома, попадали как минимум в 4 серьезных несчастных случая. Более высокий риск случайных отравлений у таких детей также был зафиксирован доктором Марком Стюартом и его коллегами из Медицинской школы Университета Айовы несколькими годами ранее. В 1988 году доктор Питер Дженсен и его коллеги из Медицинского колледжа Джорджии выяснили, что дети с СДВГ почти в 2 раза чаще, чем контрольная группа, получали травмы, требующие наложения швов, госпитализации или длительных/болезненных процедур.

Как я обнаружил в своих исследованиях в течение следующих 30 лет, склонность к авариям у людей с СДВГ распространяется и на вождение (см. далее). В ряде экспериментов риска вождения для подростков и взрослых с СДВГ другие исследователи (в том числе доктор Дэн Кокс из Медицинской школы Университета Вирджинии) и я неоднократно отмечали, что риск аварийного вождения у них выше, чем в контрольных группах. Мы с коллегами также выяснили, что употребление даже небольшого количества алкоголя ухудшало их способность к вождению в большей степени, чем у людей без СДВГ.

К счастью, мы и другие исследователи также обнаружили, что прием лекарств от СДВГ улучшает водительские способности и, следовательно, может снизить риск аварий. Наконец, в ходе экспериментов, проведенных совместно с Трейси Ричардс и коллегами из Университета шт. Колорадо, я заметил, что водители с СДВГ значительно чаще проявляют ярость, гнев, враждебность и агрессию по отношению к другим участникам дорожного движения, особенно когда они расстроены их действиями.

СДВГ и вождение в подростковом возрасте

В 1993 году я и мои коллеги из Медицинской школы Массачусетского университета опубликовали в журнале *Pediatrics* исследование, которое показало, что:

- подростки и молодые люди с СДВГ совершали в 4 раза больше автомобильных аварий (в среднем 1,5 против 0,4), чем их сверстники без СДВГ;
- значительно чаще попадали в две и более автомобильные аварии (60% против 40%), чем подростки без СДВГ;
- в 4 раза чаще признавались виновными в авариях (48% против 11%);
- почти в 2 раза чаще получали штрафы за нарушение правил дорожного движения (78% против 47%);
- получали в 4 раза больше подобных предупреждений (4 против 1) в среднем в период 2-летнего водительского стажа, причем наиболее частыми нарушениями были превышение скорости, а вторыми по частоте — неподчинение сигналам остановки.

СДВГ и употребление психоактивных веществ

Отсутствие импульсного контроля также может объяснить, почему подростки и взрослые с СДВГ чаще идут на риск, связанный с употреблением алкоголя, курением сигарет и употреблением запрещенных веществ, таких как марихуана. В вышеупомянутом исследовании подростков с СДВГ мы с доктором Мариэлла Фишер обнаружили следующее.

- Почти 50% таких подростков уже употребляли сигареты к 14-15 годам, по сравнению с 27% ребят без СДВГ.
- 40% подростков с СДВГ употребляли алкоголь, по сравнению с 22% других подростков.
- 17% пробовали марихуану, по сравнению с 5% подростков, не страдающих СДВГ.
- Эти проблемы сохранялись в возрасте 20–27 лет, в результате чего более 20% имели к моменту наблюдения расстройство, связанные с употреблением наркотиков.

Финансовые проблемы

Импульсивность, наблюдаемая при СДВГ, также объясняет, почему подростки и молодые взрослые с СДВГ испытывают серьезные трудности с управлением финансами. Они импульсивно покупают вещи, не задумываясь, действительно ли могут себе их позволить. Они не думают, как покупка этих вещей повлияет на их недельный бюджет или на способность выплачивать долги. Подростки и молодые взрослые с СДВГ откладывают значительно меньше денег, чем другие; они также имеют больше долгов (например, по кредитным картам) и чаще тратят деньги легкомысленно.

Импульсивное мышление

Импульсивность людей с СДВГ, очевидно, не ограничивается их действиями, но также влияет на их мысли. Взрослые с СДВГ во время терапевтических интервью часто заявляли, что у них такие же проблемы с импульсивным мышлением, как и с поведением. Это было наглядно продемонстрировано в исследовании, проведенном докторами Джеральдин Шоу и Леонардом Джамброй из Джорджтаунского колледжа и опубликованном в 1993 году. Когда студентов просили нажать на кнопку при виде определенного целевого стимула, страдающие СДВГ не только чаще нажимали, когда не должны были этого делать, но и, когда их прерывали исследователи, сообщали о значительно большем количестве мыслей, не связанных с заданием, чем другие студенты других групп. Последующие эксперименты зафиксировали аналогичные трудности с блужданием мыслей и внутренней отвлекаемостью, связанные с СДВГ. Подобные исследования убедительно доказывают, что людям с СДВГ труднее удерживать внимание на работе и подавлять мысли, не относящиеся к поставленной задаче.

Проблема слишком активного поведения

“Дерганый”, “всегда в движении”, “ведет себя так, будто у него внутри мотор”, “везде лезет”, “не может усидеть на месте”, “много говорит”, “часто мычит или издает странные звуки” — знакомы ли вам эти описания? Они определяют чрезмерную подвижность или гиперактивность, которая является третьей особенностью СДВГ многих, но не всех детей с этим расстройством. Эта особенность может проявляться в виде беспокойства, суетливости, лишних телодвижений и чрезмерной разговорчивости. Подобное поведение трудно игнорировать, но именно к нему непрофессиональные наблюдатели относятся с наибольшим скептицизмом. Родители, которые постоянно видят, как их дети переминаются с ноги на ногу, пос-

тукивают пальцами или ботинками, играют с близлежащими предметами, толкаются, проявляют нетерпение и расстраиваются во время ожидания, знают, что такое поведение ненормально. Учителя, наблюдающие, как эти дети постоянно встают из-за парты, вертятся или ерзают, когда должны сидеть спокойно, играют с игрушкой, принесенной из дома, говорят невпопад, напевают про себя, когда все остальные молчат, знают, что подобное поведение не характерно для большинства детей. Однако посторонние часто упорствуют в своем мнении, что родители и учителя просто “выдумывают” или проявляют “чрезмерную чувствительность” в отношении критериев нормального поведения.

Дети с СДВГ гиперактивны

Тот факт, что дети с СДВГ действительно более активны при различных обстоятельствах, был неоднократно продемонстрирован в ходе десятилетних исследований, но не более наглядно, чем в эксперименте, опубликованном в 1983 году докторами Линдой Поррино, Джудит Рапопорт и их коллегами из Национального института психического здоровья (г. Бетесда, шт. Мэриленд, США). Дети, участвовавшие в исследовании, носили специальное механическое устройство, которое отслеживало их активность. Они носили его круглосуточно в течение одной недели, пока занимались повседневными делами. Ученые обнаружили, что мальчики с гиперактивностью (СДВГ) были значительно более активны, чем мальчики без СДВГ, независимо от времени суток (включая выходные и сон). Максимальные различия между двумя группами наблюдались в школьное время, что вполне логично, поскольку в таких ситуациях требуется наибольшая сдержанность и усидчивость.

В своих исследованиях детей с гиперактивностью в самом начале карьеры, опубликованных в 1976 и 1978 годах, я определил, что такие дети перемещались по комнате, двигали руками и ногами почти в 8, 2 и 4 раза чаще соответственно, чем другие, и что они были более чем в 3 раза беспокойнее во время просмотра короткого фильма (как описано выше) и более чем в 4 раза чаще суетились и вертели за столом во время психологических тестов. Очевидно, что родители и учителя не выдумывают, когда говорят, что дети с СДВГ гиперактивны.

Уже более 50 лет проведенные исследования объективно подтверждают, что дети с СДВГ гораздо более активны (даже во время сна), невнимательны и импульсивны, чем обычные дети. С тех пор эти результаты неоднократно подтверждались во многочисленных экспериментах. Но

именно тот факт, что дети с СДВГ не могут регулировать или управлять уровнем своей активности в определенный момент, доставляет им больше всего проблем. Например, им очень сложно снизить уровень своей активности, когда они переходят от быстрых, активных игр на перемене к сдержанной, спокойной работе в классе. Тем временем, окружающие могут воспринимать их как неугомонных, буйных, шумных и незрелых. Мои ранние исследования, в которых я наблюдал за детьми с СДВГ в описанной выше лабораторной игровой комнате, показали, что, когда мальчиков просили оставаться в одном углу за одним столом и играть только с игрушками на этом столе, детям с гиперактивностью (СДВГ) было гораздо сложнее снижать уровень своей активности, чем мальчикам, не страдающим СДВГ. Еще в 1983 году я совместно с докторами Чарльзом Каннингемом из Медицинской школы Университета Макмастера и Дженнифер Карлсон, работавшей тогда в моей лаборатории в детской больнице Милуоки, опубликовал исследование, в котором записывали разговоры детей с их матерями.

Мы их подробно проанализировали и выяснили, что дети с СДВГ говорили на 20% больше, чем дети без него. Неожиданностью для нас в то время стало то, что матери детей с СДВГ также были болтливей, чем матери детей без СДВГ. Мы полагали, что более активная речь матерей детей с СДВГ стала реакцией на чрезмерную разговорчивость их отпрысков. Мы доказали это: дав детям с СДВГ стимулирующий препарат Риталин, мы обнаружили не только снижение симптомов СДВГ, но и немедленное сокращение их чрезмерной болтливости на 30%. Уровень разговорчивости их матерей также сразу упал.

Дети с СДВГ также гиперреактивны

Нужно понять, что дети с СДВГ не просто слишком подвижны, а *чрезмерно реагируют* на окружающую среду. Они гораздо чаще, чем их ровесники без СДВГ, практически в любой ситуации, дают отклик на окружающие их вещи.. Их реакция происходит слишком быстро, энергично и легко в обстоятельствах, в которых другие дети ведут себя сдержанней. Поэтому более подходящим термином для описания детей с СДВГ является *гиперреактивность*. Хотя они, безусловно, более активны, чем дети без СДВГ, термин “гиперактивный” упускает суть их поведения. Их более высокая активность в значительной степени является побочным продуктом более высокой скорости поведения или реакции на окружающую среду в конкретной ситуации.

Это означает, что гиперактивность и импульсивность, наблюдаемые у детей с СДВГ, — часть одной и той же ключевой проблемы: трудности с торможением поведения (чрезмерное реагирование). Я считаю, что большая часть (хотя и не вся) проблем с поддержанием внимания также связана со слабым торможением. Как писал в 1898 году выдающийся психолог Уильям Джеймс, люди не могут уделять внимание чему-то одному более нескольких секунд. Они постоянно переводят взгляд с одного предмета на другой и часто отводят глаза, прежде чем вернуться к предмету. Именно это постоянное перенаправление усилий на выполнение задачи при сопротивлении желанию переключиться, чтобы заняться чем-то другим, создает наше устойчивое внимание. Проблема людей с СДВГ не столько в том, что они больше смотрят по сторонам (хотя они делают и это), сколько в том, что им гораздо труднее вернуться к выполнению задачи, которой они занимались до того, как отвлеклись. Поскольку способность возвращать внимание к чему-либо требует от человека подавления его побуждений или склонности к другим действиям, трудность с удержанием внимания у людей с СДВГ может также быть частью их проблемы с подавлением реакции на окружающие предметы. Поэтому они чаще других отводят взгляд и не могут противостоять искушению оставить скучную задачу ради чего-то более интересного и стимулирующего. Людям с СДВГ гораздо труднее противостоять отвлекающим соблазнам и поддерживать этот тип торможения побуждений заниматься другими делами, пока они работают над длительным заданием. Они также обнаруживают, что с меньшей вероятностью вернуться к задаче, над которой работали, после того как их прервали, поскольку не в состоянии так же легко подавить желание отреагировать на другие вещи, которые могут быть более привлекательными или захватывающими. Следовательно, устойчивое внимание также требует устойчивого торможения, и именно проблема с торможением может быть одной из причин трудностей с удержанием внимания при СДВГ.

Считаю, что СДВГ, прежде всего, — проблема как недостаточного торможения поведения, так и слабого ведущего функционирования (использования ментальной информации для управления поведением во времени). Слабое ведущее функционирование будет описано далее. Я бы предпочел, чтобы расстройство переименовали, например, на расстройство с *дефицитом ведущей функции*, чтобы отразить эту новую точку зрения. Но это вряд ли произойдет, поскольку название СДВГ фигурирует в таком коли-

честве различных законов и нормативных актов, что для изменения названия потребуется пересмотреть их все.

Проблема с устойчивостью внимания может проявляться даже в видеоиграх. Принято считать, что дети с СДВГ ведут себя нормально, когда задействованы в таких динамичных, привлекательных и дающих немедленное подкрепление играх. Однако это не так, как выяснили доктор Розмари Тэннок и ее коллеги из Госпиталя для больных детей в Торонто в 1997 году, когда провели два первых исследования по этому вопросу. В своих экспериментах они сравнивали детей с СДВГ с детьми без этого синдрома, наблюдая за ними во время видеоигр и выполнения двух менее интересных заданий. Ученые обнаружили, что дети с СДВГ были более активны, беспокойны и невнимательны, чем дети без СДВГ, во время всех занятий, включая видеоигры. Они также отметили, что все дети были менее активны и более внимательны, когда играли в видеоигры, чем когда смотрели телевизор или выполняли монотонное лабораторное задание. Дети с СДВГ также хуже справлялись с видеоиграми, чаще терпели поражения, чем другие. Это нередко происходило потому, что они не могли замедлять движения своих персонажей в играх (так же легко, как другие), герои часто врезались головой в препятствия, что стоило игрокам очков или требовало перезапуска игры. Во время беседы с родителями доктор Тэннок и ее коллеги узнали, что, возможно, в результате этих трудностей дети с СДВГ предпочитали не играть в видеоигры в присутствии других ребят, а чаще делали это в одиночестве. Когда они все-таки играли в такие игры с другими, часто возникало больше драк и слез. Итак, похоже, что хотя дети с СДВГ могут быть более внимательными и менее беспокойными во время видеоигр, чем во время менее интересных занятий, но все-таки их поведение и успеваемость не приближаются к норме; вопреки распространенному мнению, их поведение отличается от активности обычных детей. В более поздних исследованиях эти результаты распространились на игры в Интернете и даже на социальные сети, к которым люди с СДВГ более склонны, что объясняет, почему 15–20% подростков с СДВГ могут характеризоваться как интернет-зависимые.

Трудности при выполнении инструкций

Считается, что люди с СДВГ страдают от неспособности выполнять инструкции и придерживаться правил так же хорошо, как их ровесники. Психологи называют это *поведением, управляемым правилами*, когда оно контролируется скорее указаниями и инструкциями, нежели ситуацией.

Дети с СДВГ часто оказываются “вне задания” или занимаются деятельностью, не связанной с тем, что их попросили выполнить. Скажем, учитель дает ребенку с СДВГ простое указание вернуться на место и решить задачу по математике. В ответ ребенок, например, может идти по проходу между партами, шаркая ногами и дергая других учеников, разговаривать с ними и медленно плестись к своему месту, обычно выбирая самый длинный путь. Оказавшись за партой, он может взять карандаш и начать рисовать цветы на бумаге или в задании по математике, смотреть в окно на играющих во дворе детей или достать из кармана игрушку, чтобы заняться ею. Инструкции, данные ребенку в этом случае, явно не помогли контролировать его поведение.

Дочь не выполняет ни одну мою просьбу. Как заставить ее слушаться?

Проблема выполнения правил или инструкций стала для меня еще более очевидной, когда я впервые начал изучать взаимодействие родителей и их детей с СДВГ более 40 лет назад вместе с доктором Чарльзом Каннингемом, мы оба тогда проходили стажировку в Государственном университете в Портленде (Орегон). Мы с доктором Каннингемом оценивали взаимодействие группы детей с гиперактивностью и их родителей и сравнивали это взаимодействие с группой детей без СДВГ и их родителей. Каждая пара (родитель-ребенок) должна была сначала поиграть в игровой комнате с игрушками, как они это делают дома. После этого мы дали родителям список команд, которые ребенок должен был выполнить, например, взять игрушки и положить их обратно на полки. Мы наблюдали за происходящим снаружи комнаты через одностороннее зеркало и записывали, как взаимодействовали родители и дети. Мы заметили, что дети с СДВГ меньше прислушивались к указаниям родителей, чем другие, и это было особенно заметно при выполнении какой-либо работы. Наши выводы были подтверждены во многих других исследованиях, проведенных за последние четыре десятилетия.

Одно особенно показательное исследование было проведено еще в 1978 году докторами Рольфом Якобом, К. Дэниелом О’Лири и Карлом Розенбладом из Университета Стоуни-Брук (шт. Нью-Йорк). Они изучали две группы детей с гиперактивностью и без нее в двух типах классных комнат. В одном классе занятия проходили в довольно неформальной обстановке: ученикам предоставлялся выбор, какой деятельностью заниматься. Учитель практически не структурировал их работу, разве что поощрял их в выборе из нескольких видов учебной деятельности. Затем ученые из-

менили порядок работы на более традиционный и формальный: учитель руководил деятельностью детей, раздавал им рабочие листы или требовал прослушать урок. Поведение детей с СДВГ и без него несущественно отличалось в неформальной обстановке в классе. Но когда класс перешел на работу в более формальном стиле, дети без СДВГ смогли снизить общий уровень активности и невнимательности и привести свое поведение в соответствие с новыми правилами, действующими в этой более регулируемой ситуации. Напротив, дети с СДВГ были менее способны сделать это. Сложность с соблюдением правил и соответствующим ограничением поведения была многократно зафиксирована в последующих экспериментах вплоть до настоящего времени (в том числе в моем исследовании среди американских детей, опубликованном в 2012 году) и распространяется не только на школьные ситуации, но и на домашнее и общественное окружение, в котором постоянно задействованы эти дети.

В результате такой невнимательности, забывчивости и неадекватного следования правилам окружающим приходится часто напоминать людям с СДВГ о том, что они должны делать. Взрослые, которым необходимо контролировать ребенка с СДВГ, разочаровываются и злятся. В итоге ребенок может не справиться с учебой, быть оставленным на второй год и, как следствие, бросить школу. Взрослый с СДВГ может не получить желаемого повышения или быть уволенным. Общее впечатление, которое остается у окружающих, в лучшем случае сводится к тому, что человек с СДВГ менее зрелый, ему не хватает самодисциплины и организованности, а в худшем случае — ленив, немотивирован и безразличен или намеренно пытается избежать своих обязанностей.

Полагаю, что трудности с соблюдением правил и указаний связаны не только с импульсивностью, но и со слабой оперативной памятью (способностью удерживать в голове то, что человек должен делать), а также с ее использованием для руководства дальнейшим поведением. Как будет сказано далее, оперативная память является одной из семи важных ведущих функций мозга. Остается неясным, создает ли проблему импульсивность, нарушая оперативная память и связанное с ней следование правилам при возникновении желания переключиться на более интересные виды деятельности, или же импульсивность является следствием нарушения способности языка направлять и контролировать или регулировать поведение. Множество исследований продемонстрировали, что вербальные способности, оперативная память и импульсивность взаимосвязаны. Люди с более развитой речью и вербальными навыками обычно обладают

большей способностью помнить о том, что они должны делать, и традиционно гораздо менее импульсивны и более рефлексивны при выполнении задач, чем те, у кого вербальные навыки и оперативная память развиты хуже. Эти три проблемы взаимосвязаны, поскольку маленькие дети учатся разговаривать с самими собой, чтобы запомнить, что должны делать, и контролировать свое поведение, чтобы быть менее импульсивными, как упоминалось ранее. Разговор с самими собой помогает им удерживать все задания в голове и подавлять первоначальные побуждения реагировать определенным образом. Это также дает детям время обдумать некоторые детали задания и различные варианты решения, прежде чем выбрать лучший. Мы часто называем это *размышлением* или *рефлексией*. В любом случае, именно использование самонаправленной речи является основным средством для поддержания в уме наших целей и планов, а также помогает контролировать поведение детей.

Проблема использования самонаправленной речи для активного запоминания того, что человек делает, и торможения поведения была наглядно продемонстрирована в исследовании, проведенном и опубликованном в 1979 году доктором Майклом Гордоном, работавшим тогда в Медицинском центре Апстейт (ныне Медицинский университет Апстейт) в Сиракьюсе, шт. Нью-Йорк. Доктор Гордон изучал способность детей с гиперактивностью (СДВГ) и без нее тормозить свою реакцию на задание и учиться ждать. Для этого он сконструировал своего рода компьютер и попросил детей сесть перед ним, нажать кнопку, а затем подождать некоторое время, прежде чем нажать ее снова. Очко начислялось только в том случае, если у ребят хватало терпения ожидать 6 секунд или больше. В конце эксперимента баллы можно было обменять на конфеты. Детям не говорили, сколько времени нужно ждать каждый раз перед нажатием кнопки, поэтому они должны были определить этот интервал опытным путем. Доктор Гордон обнаружил, что дети с СДВГ нажимали на кнопку гораздо чаще, чем другие, и с трудом дожидались, пока пройдет нужный промежуток времени. Однако более интересным фактом было то, что пока они ждали, более 80% детей без СДВГ разговаривали сами с собой, считали или давали себе устные указания и выстраивали стратегии, чтобы скоротать время. Напротив, дети с СДВГ что-то напевали, били по компьютеру, крутили кнопку, чаще мотали ногами, бегали вокруг стола, стучали 16 раз ногами, топали 9-10 раз и тому подобное. Только 30% из них сообщили об использовании какой-либо вербальной стратегии. Чем больше они прибегали к таким физическим проявлениям, чтобы скоротать время, тем более гипе-

рактивными их считали родители. Другими словами, дети без СДВГ чаще использовали вербальные и мыслительные тактики, которые помогали им сдерживать свое поведение, не отвлекаться от задачи и ждать, в то время как дети с СДВГ в большей мере прибегали к физической активности, что было явно менее эффективно.

Как будет сказано в главе 2, сначала возникает проблема с торможением реакции, а затем трудности с использованием самонаправленной речи для самоконтроля. Однако, поскольку в более позднем возрасте дети уже не так сильно полагаются на саморечь, позволяющую им себя контролировать, разница в импульсивности между детьми с СДВГ и детьми без этого расстройства, вероятно, будет еще больше. Таким образом, слабый контроль импульсов (хотя он и появляется в первую очередь) может в дальнейшем способствовать возникновению у детей с СДВГ проблем с использованием саморечи так же эффективно, как это делают другие. Это в дальнейшем препятствует развитию импульсного контроля, самоконтроля, а также использованию планов и целей для управления своим поведением.

Непоследовательное выполнение работы

Еще одним симптомом, который, согласно исследованиям, связан с СДВГ, является непоследовательность и высокая нестабильность выполнения работы. Поскольку большинство детей с СДВГ обладают средним или более высоким уровнем интеллекта, их неспособность постоянно выполнять стандартную работу часто вызывает недоумение у окружающих. Бывает, что эти дети способны выполнить порученную работу без посторонней помощи. В другие периоды они редко заканчивают свои задания и даже под пристальным наблюдением могут многое не успеть сделать. Со временем такая неустойчивая модель поведения создает впечатление, что человек с СДВГ просто ленив. Однажды один детский психиатр сказал: «Дети [с СДВГ] хорошо учатся в школе дважды, и мы виним их за это всю их оставшуюся жизнь». Те случаи, когда дети с СДВГ выполняют свою работу без посторонней помощи, могут ввести людей в заблуждение и заставить думать, что у них нет реальных трудностей или ограничений. Но проблема *не в том, что они не могут выполнить работу, а в том, что они не в состоянии поддерживать эту последовательную модель производительности так, как другие*. Более 40 лет назад это привело к тому, что доктор Марсель Кинсборн, известный детский невролог, назвал СДВГ *вариативной болезнью*. Теперь ученые знают, что эта довольно яркая картина

непоследовательности в их поведении (и особенно в их продуктивности) явный признак того, что у людей с СДВГ нарушено ведущее функционирование. Использование языка и самонаправленной речи для самоконтроля является одной из ведущих функций и способствует большей последовательности в наших действиях и работе. Люди с СДВГ, как я уже говорил, больше подвержены влиянию текущего момента, чем удерживаемой в голове информации (правил, инструкций, планов). Следовательно, их работа будет очень нестабильной, в зависимости от постоянно меняющихся условий в конкретный день. Вполне возможно, что неустойчивая производительность также является побочным продуктом уже описанных симптомов, особенно основных нарушений импульсного контроля. Постоянная продуктивность требует способности подавлять импульсы к другим, более интересным или заманчивым занятиям, поэтому чем более ограничен и неустойчив импульсный контроль, тем более изменчива работоспособность. Продуктивность детей с СДВГ будет больше зависеть от обстоятельств непосредственной ситуации, чем от самоконтроля, саморечи и силы воли, которые в итоге определяют результативность других детей.

Где самоконтроль моего ребенка? Новый взгляд на СДВГ

Как было продемонстрировано в этой главе, способность останавливаться, думать, сдерживать импульсивные желания, запоминать, планировать, а затем действовать и придерживаться задач в условиях отвлечения внимания (то, что делает большинство людей для самоконтроля) является серьезной проблемой для детей с СДВГ. Однако современные научные исследования показывают, что все эти поверхностные трудности могут быть следствием более глубокого дефицита ведущих функций: задержки в развитии саморегуляции. Я считаю, что все основные характеристики СДВГ отражают серьезную проблему, связанную с семью основными ведущими функциями. Эти умственные способности позволяют нам вести себя подобно руководителю, управляющему компанией: контролировать свои действия, думать о будущем и готовиться к нему, а затем воплощать свои планы во имя долгосрочного благополучия. Это приводит к серьезной проблеме с саморегуляцией в целом или тем, как наше селф действует в качестве исполнительного органа, управляющего моделями поведения во времени и особенно в отношении вероятного будущего. В некотором смыс-

ле, селф (или центральный исполнительный аппарат) у ребенка с СДВГ не контролирует и не регулирует поведение так же хорошо, как у других детей. Таким образом, проблемы людей с СДВГ проистекают не из недостатка навыков, а из дефицита ведущего функционирования или самоконтроля. То есть, *ребенок с СДВГ отлично понимает, что от него требуется, но не выполняет это.*

К сожалению, большинство людей считают, что самодисциплина, самоконтроль и сила воли зависят только от нас самих. Поэтому дети, демонстрирующие недостаток самоконтроля, рассматриваются либо как не желающие контролировать себя (“испорченные”), либо как не научившиеся самоконтролю (“недисциплинированные” или плохо воспитанные родителями). Откровенно говоря, эта точка зрения сильно устарела по сравнению с научными данными об этом расстройстве. Наука показывает, что существуют неврологические (связанные с работой мозга) и даже генетические факторы, способствующие самоконтролю и силе воли, наряду с обучением и воспитанием. И когда эти системы мозга функционируют неправильно или повреждены, нормальный уровень самоконтроля и силы воли невозможен. Люди с СДВГ именно таковы. У них биологически обусловленная проблема с самоконтролем и исполнением воли. Этот новый взгляд на СДВГ как на расстройство ведущего функционирования (саморегуляции) является темой главы 2.

Изучить СДВГ — значит получить представление о воле человека и о том, как она становится столь мощным фактором самоконтроля. Способность проявлять самоконтроль ради того, чтобы корректировать свое поведение в текущем моменте с акцентом на будущее, присуща только человеку, ни у одного другого живого существа ее нет. Люди с СДВГ, как я полагаю, имеют нарушения в развитии этой уникальной человеческой психической способности. Как следствие, *наличие СДВГ означает отсутствие воли и, следовательно, сомнительное будущее.* Именно это заставляет вас как родителя так беспокоиться и тревожиться из-за того, что происходит с поведением и социальным развитием вашего ребенка. Возможно, именно поэтому вы читаете эту книгу.