

РЕТРОСПЕКТИВА РОЗУМІННЯ РОЗЛАДУ ГІПЕРАКТИВНОСТІ І ДЕФІЦИТУ УВАГИ: ВІД «АМОРАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ» ДО КОНЦЕПЦІЇ «НЕЙРОРІЗНОМАНІТТЯ»

Шувалов О. В.

ВСТУП

Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) є одним із найбільш досліджуваних і водночас дискусійних психоневрологічних явищ сучасності. Його історичний шлях розуміння починається з раннього сприйняття як прояву аморальної або девіантної поведінки і завершується на сучасному етапі інтеграцією в концепцію нейрорізноманіття. Ця концепція пропонує новий погляд на РДУГ не як на патологічний стан, а як на одну з природних когнітивних варіацій, яка вимагає спеціального підходу, підтримки й адаптації.

Еволюція підходів до РДУГ відображає глибокі зміни в суспільстві та науці, зокрема в нейропсихології, педагогіці та медичних науках. Якщо раніше цей розлад сприймався винятково як медична проблема, що потребує корекції, то сьогодні його розглядають як багатофакторне явище, яке включає біологічні, психологічні та соціальні компоненти. У контексті концепції нейрорізноманіття особлива увага приділяється інклюзії та підтримці унікальних когнітивних здібностей осіб із РДУГ, що знижує стигматизацію і допомагає адаптуватися в суспільстві.

У 2004 р. Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій (ІАСАРАР) визнала розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю проблемою номер один у сфері охорони здоров'я дітей та підлітків. За результатами міжнародних досліджень, ініційованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), було встановлено, що його поширеність коливається в різних країнах світу в діапазоні від 3 до 20%. За оцінками Американської асоціації психіатрів, РДУГ маніфестує у 4-12% дітей віком від 6 до 12 років. Це означає, що кожна тридцята дитина шкільного віку має значні проблеми зі шкільною адаптацією, зумовлені дефіцитом уваги, імпульсивністю чи гіперактивністю¹.

¹ Перепада О. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності як медико-психологічна проблема. *Проблеми сучасної психології*. 2019. 60 с.

1. Ранні описи та перші спостереження (кінець XIX – початок XX століття)

Дослідження проблеми порушень уваги у дітей та супутніх симптомів активно проводяться останні 50 років, але інтерес до властивостей людського мозку, які викликають гіперактивність та схожі феномени, виник ще в Стародавній Греції, і були описані Гіппократом. У ті часи також можна було спостерігати за дітьми, які відрізнялися підвищеною рухливістю, мали проблеми з концентрацією уваги, і на яких стандартні методи виховання того часу не діяли².

На перших етапах дослідження, які проводилися в рамках класичної методології, основна увага приділялася саме зовнішнім описам психічних явищ.

Цікаво, що одне з перших спостережень, пов'язаних з гіперактивністю, стосувалося не поведінки дітей, а студентів. У XVII столітті філософ Джон Локк описав групу студентів, які, на його думку, «як не намагалися зосереджуватися, але все одно літали у хмарах»³.

У XVIII столітті, на фоні домінуючих описових методів вивчення поведінки у психології, з'явилися перші дослідження та гіпотези, присвячені вивченню уваги та підвищеної активності. Шотландський лікар і мандрівник Олександр Крейтон у своїх роботах аналізував властивості уваги та причини її розладу. Повторюючи спостереження Джона Локка, Крейтон також описував поведінку учнів, які не могли зосередитися на уроках і перебували в стані сильного збудження. Крейтон досліджував групи дітей, у яких спостерігався дефіцит розвитку уваги, який він назвав «психічною тривоогою».

Симптоми «психічної тривоги», за Крейтаном, проявлялися як сильна «чутливість» нервової системи, яка, на його думку, мала вроджений характер – тобто передавалася спадково або була пов'язана з певними захворюваннями. У своїх дослідженнях Крейтон не фокусувався на духовних та моральних аспектах розладів у дітей, що було досить характерним для тієї епохи. Він зазначав, що кожна людина має свій індивідуальний рівень розвитку уваги і немає жодної «норми» у суспільстві щодо рівня її розвитку. Проте для тих, хто народився з дефіцитом уваги і мав певні проблеми з продуктивністю в навчанні, дослідник вважав за необхідне створити особливі педагогічні підходи до навчання таких учнів. Крейтон також першим підкреслив, що симптоми розладу уваги можуть зменшуватися з віком, тим самим він окреслив динаміку цієї психічної функції.

² Baranowska W. Nauczyciel a uczeń z ADHD. Kraków: Impuls, 2010. 144 p.

³ Amen D. G. Z ADHD można wygrać. Jak pomóc ludziom cierpiącym na ADHD i inne typy zaburzeń uwagi. Konstantin-Jeziorna: Złote Myśli, 2010. 220 p.

Нариси, залишені Крейтаном, дуже схожі на описи сучасних симптомів РДГУ, а його гіпотеза про вроджений характер дефіциту уваги згодом підтвердилася відкриттями сучасної нейробіології. Вони показали специфіку дозрівання деяких структур мозку людей з РДГУ, зокрема префронтальної кори, підкіркових ядер, мозочка та мозолистого тіла.

Як і сучасні дослідники, Крейтон звертав увагу не стільки на гіперактивність (нездатність всидіти під час занять і постійна потреба у русі), скільки на розлад уваги та нездатність зосередитися. На нашу думку, це можна пояснити розумінням Крейтона важливості концентрації у регуляції поведінки⁴.

Наприкінці XIX століття Ф. Шольц у праці «Недоліки в характері дитини. Друга золота книжка» охарактеризував групу «неспокійних, важких», «тріпотливих» дітей, які вирізнялися своєю рухливістю: «...їхні руки й ноги перебувають у неспокійному довільному русі, незграбно».

У той час, на теренах України, у 1874 році відомий нейрофізіолог Володимир Беца відкрив гігантські пірамідні клітини, розташовані в передцентральної звивині кори головного мозку, які згодом отримали назву «клітини Беца». Ці великі нейрони знаходяться в шарі V моторної кори й безпосередньо контролюють рухові функції. Важливість цього відкриття виходить за межі суто рухових процесів, оскільки передцентральної звивини взаємодіє з іншими ділянками мозку, включаючи префронтальну кору, яка відповідає за когнітивні функції та контроль поведінки⁵.

На наш погляд, хоча В. Беца не вивчав РДУГ безпосередньо, його дослідження щодо моторної кори та локалізації функцій дають підґрунтя для розуміння нейроанатомічних основ цього розладу. Його відкриття клітин, які відповідають за регуляцію рухів, демонструє, як нейронні структури можуть бути залучені до контролю поведінкових реакцій і уваги.

⁴ Gorzkowska I., Samochowiec, J. Historia zaburzenia hiperkinetycznego (ADHD) na świecie i w Polsce przed ICD-10 i DSM-IV-TR. *Psychiatria Polska*. 2012. Vol. 9. 93 p.

⁵ Медведєв В., Черкасов, В., Васлович, В., Цимбалюк, В. П'ять відкриттів Володимира Беца. Частина перша. Беца і острови енторінальної кори. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2023. Т. 136, № 1. С. 30–59.

2. Концепція мінімальної мозкової дисфункції (1940–1960-ті роки)

Однак вивчення проблеми гіперактивності було започатковане у 1875 році німецьким лікарем-психоневрологом Генріхом Хоффманом, який описав надзвичайно рухомого хлопчика на ім'я Непосида Філ. Спроби науково обґрунтувати причини та охарактеризувати симптоми гіперактивності, що згодом отримали назву синдрому дефіциту уваги, датуються 1902 роком.

Перший звіт про медикаментозну терапію цього захворювання психостимулюючими препаратами з'явився у 1937 році. Через яскраво виражені неврологічні ознаки порушення отримало назву «мінімальне мозкове ушкодження». Надалі у поняття «мінімальне мозкове ушкодження» включили також порушення навчання (труднощі та специфічні порушення у письмі, читанні, рахунку; порушення перцепції й мови). Згодом статична модель мінімального мозкового ушкодження поступила місцем більш динамічній і гнучкій моделі мінімальної мозкової дисфункції. Французькі автори Ж. Філіп і П. Бонкур у книзі «Психологічні аномалії серед учнів» поряд з епілептиками, астеніками та істериками виділяли і так званих «нестійких» учнів⁶.

Перший найбільш точний опис РДУГ зробив англійський педіатр Георг Стілл. У 1902 році він прочитав серію лекцій, в яких розглянув проблему надзвичайного емоційного збудження та опозиційної поведінки у дітей, без видимих поважних причин. За його спостереженнями, симптоми виявлялися у дітей віком до 8 років і були у три рази частішими у хлопчиків, ніж у дівчат.

Симптоми РДУГ, описані Стіллом, охоплювали широкий спектр поведінки: проблеми з увагою, гіперактивність, надмірна емоційність, схильність до гніву, жорстокості, порушення правил поведінки, безсоромність і нескромність.

Стілл виділив основну характеристику цих симптомів, яка полягала у «непереборному бажанні задовольнити особисті імпульси незалежно від їх наслідків». Він вважав, що моральний контроль залежить від трьох чинників: здатності до порівняльного мислення, морального самопізнання та вольового акту⁷.

Вчений був переконаний, що симптоми викликані виключно хронічними, біологічними причинами, і повністю відкинув ідеї що, основи розладу можуть бути пов'язані з не правильним вихованням чи впливом екології. Варто зауважити, що такі критерії частково

⁶ Платаш Л. Наукові підходи до вивчення проблеми синдрому дефіциту уваги та гіперактивності. *Молодь і ринок*. 2013. Т. 4(99). 82 с.

⁷ Hallowell E. M., Ratey, J. J. *Delivered from distraction: Getting the most out of life with attention deficit disorder*. New York: Ballantine Books, 2005. 400 p.

відповідають сучасним поглядам на РДГУ. Відповідно до прийнятих у той час соціально-історичного контексту, Стілл називав таких дітей, страждаючі на «дефект морального контролю»⁸.

Як ми бачимо, незважаючи на біологічне розуміння природи РДУГ, суттєвим на цьому етапі розвитку науки залишається суб'єктивний погляд дослідника та вагомий вплив соціально-історичного контексту.

Гіпотеза про біологічну основу РДУГ затвердилася як домінуюча після епідемії менінгіту 1917–1918 рр., лікарі спостерігали у великого відсотка дітей, що перехворіли на цю тяжку хворобу, симптоми РДУГ⁹. Тоді цей синдром отримав назву «постенцефалітний розлад поведінки». Відкриття взаємозв'язку між вірусною інфекцією та подальшими поведінковими і когнітивними проблемами у дітей стало основою для багатьох інших досліджень у контексті вивчення мозку. Ці емпіричні дані призвели до гіпотези, що генезисом РДУГ та його симптомів є ураження головного мозку, ймовірно, саме лобової ділянки (префронтальної кори)¹⁰.

У 40-50-х роках з'являються терміни «мінімальне пошкодження мозку» та «мінімальна мозкова дисфункція», які пропонували зручний спосіб пояснення проблем поведінки фізичними чинниками. Проте ця теорія була остаточно спростована, оскільки могла пояснити лише незначний відсоток випадків виникнення синдрому гіперактивності, що були пов'язані з травмами голови. На підтримку цієї ідеї А. Страусс у 30-х роках минулого століття робить висновок, що причиною дитячої гіперактивності є не лише церебральні ураження, а й дифузна недостатність головного мозку¹¹.

Через масову появу поведінкових розладів після епідемії грипу, РДУГ тривалий час трактували як наслідок пошкодження головного мозку. Однак на пізніших етапах досліджень вчені повернулися до концепції вродженої, генетичної природи РДГУ¹².

Подальші дослідження підтвердили гіпотезу про біологічну основу виникнення РДУГ. Вчені Кан і Коен вважали, провели фундаментальні дослідження, де довели що, гіперактивність, імпульсивність та дефіцит уваги пов'язані з порушеннями розвитку нервової системи.

⁸ Green C., Chee, K. Y. Zrozumieć ADHD. Warszawa: PZWL, 2010. 290 p.

⁹ Amen D. G. Z ADHD można wygrać. Jak pomóc ludziom cierpiącym na ADHD i inne typy zaburzeń uwagi. Konstantin-Jeziorna: Złote Myśli, 2010. 220 p.

¹⁰ Słopień A. Badania asocjacyjne genów kandydujących w zespole nadpobudliwości psychoruchowej i deficytu uwagi (ADHD) z wybranymi funkcjami poznawczymi. UAM, 2011. 180 p.

¹¹ Strauss A. Psychopathology and education of the brain-injured child. New York: Plenum Press, 1947. 320 p.

¹² Green C., Chee, K. Y. Zrozumieć ADHD. Warszawa: PZWL, 2010. 290 p.

У 1937 році вперше припустили можливість лікувати синдром гіперактивності за допомогою лікарських засобів¹³.

На нашу думку, саме розуміння біологічної природи РДУГ, підштовхнуло дослідників до фармакологічного методу лікування РДУГ, тобто можна сказати що причини РДУГ, як неадекватні очікування середовища (школи та сім'ї) на даному етапі ще не розглядалися.

Починаючи з досліджень Чарльза Бредлі, який зауважив, що причиною дитячих труднощів можуть бути зміни у фізіології нервової системи, розпочалися більш ґрунтовні дослідження біологічні причин РДУГ. Він у своїх роботах заявляв, що успішно застосував препарати, що стимулюють роботу мозку дітей. На підставі своїх спостережень Ч. Бредлі почав вивчати можливі біологічні фактори, що викликають РДУГ. Відомою на той час «Лікарня Бредлі», де здебільшого лікували дітей з неврологічними травмами та постенцефалітними станами, стала медичним центром де були спроби «причинного» лікування гіперактивності¹⁴.

Починаючи з досліджень лікаря та психіатра Даніеля Амена, який відкрив власну медичну клініку, де проводить дослідження особливостей роботи головного мозку дітей на основі комп'ютерної томографії мозку для отримання більш точних результатів про стан пацієнтів. Завдяки методу СПЕКТ (однофотонна емісійна комп'ютерна томографія) вчений вивчав випадки порушення мозкової діяльності.

Доктор Амен – автор багатьох книг з нейробиології та нейронауки. Він також присвятив одне із своїх публіцистичних РДУГ («Healing ADD»), де ділиться науковими спостереженнями, опираючись різні випадки розладу на прикладах томографій пацієнтів з РДУГ¹⁵.

На даному етапі наукової думки починає переважати нова наукова парадигма, яка більшої мірою базується на дослідженнях мозку та диференціальних дослідженнях.

Серед сучасних авторів також слід виділити А. Расселя та Р. Барклі, які займаються дослідженням генетичних та гормональних причин РДУГ. Генетичну концепцію підтримують також відомі польські дослідники РДУГ Т. Волянчик, О. Колаковський, М. Скотницька¹⁶.

¹³ Hans T. Dzieciństwo a dorastanie z ADHD. Kraków: Impuls, 2009. 150 p.

¹⁴ Gorzkowska I., Samochowiec, J. Historia zaburzenia hiperkinetycznego (ADHD) na świecie i w Polsce przed ICD-10 i DSM-IV-TR. *Psychiatria Polska*. 2012. Vol. 9. 92 p.

¹⁵ Amen D. G. Z ADHD można wygrać. Jak pomóc ludziom cierpiącym na ADHD i inne typy zaburzeń uwagi. Konstantin-Jeziorna: Złote Myśli, 2010. 220 p.

¹⁶ Barkley R. A. Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain & Development*. 2003. Vol. 25. 383 p.

В 1932 році F. Kramer та H. Pollnow був розширений перелік причин гіперактивного синдрому. Вони спиралися в основному на анатомічні дані дослідження та зробили висновок про органічну церебральну недостатність у таких дітей. Гіперактивність дитячого віку за F. Kramer та H. Pollnow носила назву «дрангеретизм»¹⁷.

G. Göllnitz вважав рухову розгальмованість, імпульсивність не хворобливими явищами, а абсолютно типовими симптомами для раннього дитячого віку¹⁸.

На основі праць П. Левіна про ураження лобних долей кори головного мозку, А. Штрауса, М. Лоуфера, М. Кнобеля про зв'язок гіперактивності з порушеннями структур таламусу, С. Чеза про ураження головного мозку, що призводить до даного розладу, було введено поняття «дитячий гіперактивний синдром» та «гіперактивний імпульсивний розлад»¹⁹.

3. Визнання гіперактивності як окремого розладу (1960–1970-ті роки)

С. Клементс у 1966 році дав наступне визначення даного розладу: «... захворювання дітей з середнім чи близьким до середнього інтелектуальним рівнем, з порушенням поведінки від легкого до вираженого ступеня в поєднанні з мінімальними відхиленнями в центральній нервовій системі, які можуть характеризуватися різноманітними поєднаннями порушень мовлення, пам'яті, контролю уваги, рухових функцій»²⁰.

У 1962 році науковці у галузі медицини прийняли рішення означити синдром гіперактивності як мінімальна мозкова дисфункція. Американська психіатрична асоціація намагалася розділити всіх дітей з даною патологією на групи. Так в 1968 році з'являється категорія дітей з порушеннями уваги й активності та категорія дітей зі специфічними розладами навчальних навичок (дислексія, дисграфія тощо)²¹.

У 1990 році з'являється твердження, що синдром гіперактивності є порушенням саморегуляції, для якого характерна зміна когнітивної

¹⁷ Kramer F. *Hypermotilitatsneurose. Monatschr. Psychol.* 1932. Vol. 82. 16 p.

¹⁸ Göllnitz G. Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie. *Leipzig: Thieme*, 1954. 364 p.

¹⁹ Strauss A. *Psychopathology and education of the brain-injured child.* New York: Plenum Press, 1947. 320 p.

²⁰ Clements S. Minimal brain dysfunction in children. *National Journal of Neurological Bulletin.* 1966. Vol. 9. 209 p.

²¹ Rosenberg P. B. Attention deficit disorder and hyperactivity. *Indian Journal of Pediatrics.* 1990. Vol. 57, no. 3. 354 p.

функції, дефіцит уваги та гальмування, а також порушення пам'яті та виконавчих функцій.

Р. Барклі протягом 1994–1997 років розглядає синдром гіперактивності з позиції вчення Л. Виготського, як неправильне усвідомлення пацієнтом своєї поведінки, яка порушує діяльність та саморегуляцію²².

У наукових дослідженнях В. Красова «Гіпердинамічний синдром у дітей молодшого шкільного віку» (1989 р.) картина гіперактивної поведінки в дітей молодшого шкільного віку представлена комбінацією рухового розгальмування, підвищеного відволікання, тобто порушень уваги й емоційно-вольових розладів/

Спроби знайти більш точне визначення синдрому гіперактивності, описати його симптомокомплекс були відображені в класифікаціях МКБ та DSM. Ці два класифікатори, відображають намагання класифікувати та категоризувати РДГУ у певну групу та надати їй статусу розладу у сучасній медичній парадигмі.

Вітчизняні неврологи звернули увагу на проблему гіперактивності значно пізніше. Так, у відомій педіатр Ю. Домбровська у виступі на симпозиумі у 1972 році, присвяченому ролі психогенного чинника походження, перебігу та лікуванню соматичних хвороб, виділила групу «важковиховуваних» дітей, які спричинюють найбільше проблем батькам і педагогам²³.

4. Інтеграція феномену дефіциту уваги у розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (1980-ті роки)

В МКБ-9 РДГУ відносили до розділу «Невротичні розлади, розлади особистості та інші не психотичні розлади» розглядався термін «гіперкінетичний синдром дитинства»²⁴, підкреслюючи складності концентрації уваги та агресивність. У МКБ-9 радянськими вченими, хоча і прослідковувалася спроба класифікувати РДГУ, однак вона мала достатньо розпливчатий характер та могла включати гіперактивну поведінку, гіпокінетичний розлад та затримку розвитку і ін.

У DSM-II висунуті майже ідентичне по суті поняття: «гіперкінетичний розлад в дитинстві»²⁵. З одного боку, вони підкреслювали першорядне значення рухових порушень в клініці розладу, а з іншого

²² Barkley R. A. Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain & Development*. 2003. Vol. 25. 388 p.

²³ Платаш Л. Наукові підходи до вивчення проблеми синдрому дефіциту уваги та гіперактивності. *Молодь і ринок*. 2013. Т. 4(99). 86 с.

²⁴ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 9th Revision. 1975. 5 p.

²⁵ American Psychiatric Association. DSM-II: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: American Psychiatric Publishing, 1968. 134 p.

боку, відображали вплив психодинамічної парадигми у США на психіатрію того часу.

У 1980 році DSM-III по суті з'являється вперше згадування про РДУГ у сучасному вигляді, а саме діагноз на «Дефіцит уваги з гіперактивністю або без гіперактивності» – який може протікати тільки з порушенням уваги без гіперактивності²⁶. Таким чином була перша спроба диференціювати РДГУ на різновиди:

- 1) Змішаний тип (гіперактивність та дефіцит уваги)
- 2) Неуважний тип (переважає проблеми концентрації уваги)
- 3) Гіперактивний тип (домінує гіперактивність, це найрідкісніший ти за статисткою)

В системі DSM-IV використовуються терміни «синдром дефіциту уваги» та «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю», що характеризують порушення поведінки, що найчастіше зустрічаються у дітей, однак його доповнили новим критерієм – «імпульсивність»²⁷.

РДГУ є і в інших діагностичних класифікаціях. Насамперед це RDC-PA Американської академії психіатрії дітей та молоді, яка, спираючись на DSM-IV, доповнила та створила свої діагностичні критерії. РДУГ представлений також у класифікації організації «Zero to Three», яка склала класифікацію для наймолодших дітей від народження до дошкільного віку²⁸.

У своїх дослідженнях у 2002 році доктор J. T. Nigg у співавтори засвідчили про рівну ступінь нейропсихологічних порушень при різних типах²⁹.

В цьому ж році 85 вчених із США, Австралії, Канади, Ізраїлю, Нідерландів, Норвегії і Великобританії опублікували міжнародну заяву з РДУГ про необхідність педагогічного та психологічного втручання у навчання та виховання таких дітей³⁰.

Одночасно з активними змінами наукової парадигми у сторону інтеграції психології та психіатрії з нейронаукою, та накопиченням емпіричних даних, щодо дослідження РДГУ виходить до друку, DSM 5,

²⁶ American Psychiatric Association. DSM-II: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: American Psychiatric Publishing, 1968. 1980. 494 p.

²⁷ Там само. 2000. 943 p.

²⁸ Lipowska M. Dysleksja i ADHD współwystępujące zaburzenia rozwoju: Neuropsychologiczna analiza pamięci. Gdańsk: Harmonia Universalis, 2011. 260 c.

²⁹ Nigg J. T., Blaskey, L. G., Huang-Pollock, C. L., Rappley, M. D. Neuropsychological executive functions and DSM-IV ADHD subtypes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002. Vol. 41, no. 1. 60 p.

³⁰ Платаш Л. Наукові підходи до вивчення проблеми синдрому дефіциту уваги та гіперактивності. *Молодь і ринок*, 2013, т. 4(99), с. 82.

де РДГУ має більш чіткі, контури опису симптомів, тобто проявів дефіциту уваги та імпульсивності/гіперактивності³¹.

У 2018 році, як результат накопичених даних у нейронауці у сучасній міжнародній класифікації³², яка вперше віднесла РДУГ (та аутизм, дислексію та ін.) до порушень нейророзвитку, що своєю чергою підкреслило природу розладу.

Особливу увагу варто зупинити на класифікаторі PMD-2. Керівництві з психодіагностичної діагностики (2 видання). В даному класифікаторі РДГУ представлений не просто як перелік симптомів, а описані особливості когнітивної та міжособистісної сфери, яка має не збалансований характер, та є результатом порушень уваги. Саме класифікатор PMD-2 проливає світло на ті прогалини у розумінні причин порушень поведінки що є об'єктом нашого дослідження³³.

Однак, саме медичний підхід у психології та психіатрії щодо РДУГ (аутизму, дислексії та ін.), призвів до певного методичного тупику, щодо корекції цих явищ, а саме ролі соціального середовища та культурних норм поведінки. Це стало підґрунтям для популяризації концепції нейрорізноманіття.

5. Сучасне розуміння та підхід нейрорізноманіття (1990-ті роки – сьогодні)

Термін «нейрорізноманіття» («neurodiversity» англ.) – вперше було сформульована в 1990 році соціолог Джуді Сінгер, яка мала діагноз розлад аутичного спектру. Концепція передбачає, що подібні відмінності є іншим варіантом норми й існували вони протягом всієї історії людства, відповідно слід ставитися до таких людей з розумінням і підтримкою, а не сприймати з позиції патології або хвороби. З появою сучасних методів нейровізуалізації з'явилися нові дослідження в психології та психіатрії, що продемонстрували вроджену природу цих явищ, з якими людина проживає все життя без можливості «вилікувати», а також такі особливості все частіше знаходять у людей, які не мали діагнозу та не замислювалися про існування в себе певних розладів. Ряд дослідників разом з проблемними та дезадаптивними рисами також

³¹ American Psychiatric Association. DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 2013. 947 p.

³² World Health Organization. ICD-11: International Classification of Diseases. 11th revision. 2022. URL: <https://icd.who.int/en>.

³³ Lingiardi V., McWilliams, N. Psychodynamic Diagnostic Manual. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2017. 327 p.

виділяють характерні позитивні риси в різних групах людей віднесених до даної групи³⁴.

Як ми бачимо саме в руслі концепції «нейрорізноманіття», постає проблема еволюційного походження РДУГ не як розладу, а як еволюційно обумовленої якості нейроособливостей людини як такої. По суті концепція має 2 мети:

- 1) Депатологізація РДУГ (і не тільки).
- 2) Захист прав та свобод таких дітей³⁵.

Як аргумент даної ідеї, можна привести останні Simon Baron-Cohen та ін., що ілюструє що РДУГ та аутизму мають високу кореляцію у симптомах особливо пов'язані з розуміння соціальних ситуацій, хоча природа та ступінь прояву цих симптомів різні³⁶.

На нашу думку, патологізація РДУГ створює часто ще більш погіршення у розумінні поведінки таких дітей, тому що підкреслює негативні риси, та часто нехтує позитивними сторонами особистості. Такі уявлення про дитину суттєво впливає на її власну метарепазентацію себе та інших, що на фоні особливостей уваги, створює що більшу основу для порушення поведінки.

Faraone, S. E виділяє основні періоди у розумінні РДУГ, а саме:

1. Додіагностичний
2. Період розуміння РДУГ як мозгової дисфункції
3. РДУГ, як виключно дефіцит уваги
4. РДУГ – як складний розлад який включає 3 базових симптоми та різні ступені враженості³⁷.

Одним з останніх етапів розуміння РДУГ, є парадигма «нейрорізноманіття» («neurodiversity» англ.). Через призму цієї парадигми РДУГ виступає зовсім в іншому контексті. Зокрема РДУГ (як і РАС, дизлексія та ін. нейророзлади) розглядаються не як розлади чи відхилення у розвитку, а як результат варіантів розвитку нервової системи з її подальшою соціалізацією осіб з РДУГ.

³⁴ Гребінник С. М. Постановка проблеми важливості соціального конструкту «нейрорізноманіття» для психології. М. В. Папучі (ред.). *Психологічні проблеми особистості на сучасному етапі розвитку суспільства*. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2021. 258 с.

³⁵ Shields K., Beversdorf, D. A dilemma for neurodiversity. *Neuroethics*. 2020. Vol. 14, no. 2. Pp. 125–141. DOI: 10.1007/s12152-020-09431-x.

³⁶ Farhat L. C., Brentani, H., Toledo, V. H. C., Shephard, E., Mattos, P., Baron-Cohen, S., Polanczyk, G. V. ADHD and autism symptoms in youth: A network analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2021, 144 p.

³⁷ Faraone S. V. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Drug Discovery*, 2015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27189265/>

За своєю суттю дана парадигма є відходом від класичної медичної моделі розуміння психічного життя суб'єкту, та є одним з елементів сучасного гуманізму. Як, можна прослідкувати на прикладі історія дослідження РДУГ зазначених вище, поява такої інтерпретації розладів у дітей є наслідком редукціонізму найронауки, що перетворило людину у «церебральний суб'єкт» та по суті результатом дедалі популярнішої біопсихосоціальної моделі. У контексті сучасних досліджень частіше постає питання впливу парадигми, через призму якої інтерпретуються ті чи інші варіанти розвитку та власне ідентичність суб'єкта який є носієм таких особливостей. У своїх дослідженнях Франсіско Ортега наголошує на вагомому відмінності у ідентифікації та самосвідомості суб'єктів, у культурі домінує де домінують «ідеї нейрорізноманіття» або класична медична модель психічних розладів³⁸.

Вплив теорії нейрорізноманіття на розуміння розладу з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) значно змінив підходи до діагностики, лікування та соціальної інтеграції осіб з цим розладом. Традиційно РДУГ розглядався як патологічний стан, який потребує медичної корекції. Проте, з поширенням концепції нейрорізноманіття, цей розлад починає сприйматися як один із варіантів нормального спектра людських когнітивних та поведінкових характеристик.

Ідея нейрорізноманіття підкреслює, що різноманітність у розвитку нервової системи є природною частиною людської унікальності³⁹. Цей підхід відстоює ідею, що люди з РДУГ мають особливі когнітивні стилі, які можуть бути як викликом, так і перевагою в різних контекстах⁴⁰.

Однією з ключових змін, які принесла концепція нейрорізноманіття, є переосмислення етики лікування РДУГ. Замість того, щоб фокусуватися виключно на зменшенні симптомів гіперактивності або покращенні концентрації через медикаментозну терапію, підхід нейрорізноманіття закликає до розробки інклюзивних стратегій, які б дозволили людям з РДУГ ефективно використовувати свої сильні сторони. Наприклад, гнучкі освітні програми та адаптовані робочі середовища можуть значно підвищити успішність та якість життя таких індивідів⁴¹.

³⁸ Ortega F. The cerebral subject and the challenge of neurodiversity. *Biosocieties*, 2009. 201 p.

³⁹ Singer J. Neurodiversity: The birth of an idea. Independent Publication, 1999. 113 p.

⁴⁰ Armstrong T. The myth of the ADHD child: 50 ways to improve your child's behavior and attention span without drugs, labels, or coercion. New York: Penguin, 2015. 134 p.

⁴¹ Hyman S. E. The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2007, vol. 3, 156 p.

Крім того, теорія нейрорізноманіття впливає на зменшення стигматизації осіб з РДУГ. Завдяки цій концепції, РДУГ більше не розглядається як «дефект» або «недолік», а як унікальна когнітивна структура, яка може бути корисною у певних обставинах⁴². Це спонукає до створення більш інклюзивних суспільств, де різноманітність приймається як цінність, а не як проблема⁴³.

Важливо зазначити, що хоча концепція нейрорізноманіття має багато прихильників, вона також зазнає критики. Деякі науковці стверджують, що зосередження виключно на нейрорізноманітті може призвести до недооцінки реальних труднощів, з якими стикаються люди з РДУГ, особливо в умовах, де їхні когнітивні особливості не відповідають вимогам середовища⁴⁴.

Тому для забезпечення гармонійного розвитку індивідів з РДУГ необхідний баланс між підходами нейрорізноманіття та традиційними методами лікування⁴⁵.

Таким чином, концепція нейрорізноманіття суттєво вплинула на переосмислення РДУГ, відстоюючи ідею прийняття когнітивних відмінностей як природної частини людського досвіду. Вона підкреслює необхідність розробки інклюзивних стратегій, які б забезпечували підтримку індивідів з РДУГ та сприяли їхній інтеграції в суспільство, одночасно визнаючи виклики, які вони можуть зустрічати⁴⁶.

Серед сучасних українських науковців, саме Б. Ткач запропонував концепцію нейроперсонології, яка поєднує в собі елементи нейробіології та психології з метою вивчення зв'язків між нейрофізіологічними процесами в мозку та особистісними характеристиками людини. Вона вивчає, як неврологічні процеси впливають на формування особистості, її поведінку, когнітивні функції, емоції і сприйняття.

⁴² Kapp S. K., Gillespie-Lynch, K., Sherman, L. E., Hutman, T. Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. *Developmental Psychology*, 2013, vol. 49, no. 1, 60 p.

⁴³ Rydzewska E. Neurodiversity, disability and justice: The case of autism. *Journal of Disability & Religion*, 2012, vol. 16, no. 3, 231–244 p.

⁴⁴ Pellicano E., den Houting, J. Neurodiversity: A blueprint for the future of mental health and social care. *Nature Medicine*, 2022, vol. 28, no. 7, 1518 p.

⁴⁵ McDonald M. E. A critical review of the neurodiversity movement: Examining the intersection of neurodiversity and mental health. *Journal of Applied Psychology*, 2020, vol. 105, no. 4, 314 p.

⁴⁶ Walker N. Neurodiversity: Some basic terms & definitions. *Neurocosmopolitanism*, 2014. 98 p.

В рамках цієї концепції мозок людини сприймається як унікальна і неповторна нейронна мережа⁴⁷.

На основі вище описаної періодизації концепцій РДУГ було розроблено класифікацію періодів та етапів науки (табл. 1).

Таблиця 1

Періодизація концепцій РДУГ та відповідних етапів розвитку науки

| № | Назва періоду | Зміст | Етапи розвитку науки |
|---|--|--|--|
| 1 | Період культурного пояснення поведінкових відмінностей (до XIX століття) | У цей період симптоми РДУГ не розглядалися як медичний розлад. Людей з ознаками гіперактивності або неухважності вважали «невихованими» або «непосидючими». Поведінкові особливості часто пояснювалися релігійними чи моральними причинами. Лікування або втручання здебільшого не застосовувалося. | Класична наука: Переважають релігійні та моральні пояснення поведінкових відмінностей. Наука ще не сформувалася для розгляду цих явищ. |
| 2 | Період патологізації та ізоляція осіб з не типовою поведінкою (XIX століття) | Симптоми, схожі на РДУГ, починають розглядатися як патологія, пов'язана з психічними або моральними дефіцитами. Людей із гіперактивністю або порушеннями уваги могли ізолювати або лікувати у спеціалізованих закладах. Виникають перші спроби медичного пояснення та класифікації таких відмінностей. | Класична наука: Розпочинається перехід до медичних підходів у рамках класичної науки. Симптоми РДУГ починають сприймати як патологію. |

⁴⁷ Ткач Б. Нейропсихологічний підхід до розуміння синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю: етіологія, діагностика, корекція. *Актуальні проблеми психології*, 2015, т. 12, № 21, с. 293–303.

| | | | |
|---|--|---|---|
| 3 | <p>Період медичної інтервенції та нормалізація розладів поведінки (XX століття, перша половина)</p> | <p>Починається медичне вивчення РДУГ як окремого розладу. Вводиться поняття «гіперкінетичний розлад». З'являються перші медикаментозні засоби (бензедрин), що застосовуються для зниження гіперактивності. Важливу роль відіграє психіатрія, яка розглядає такі симптоми як підлягаючі лікуванню.</p> | <p>Некласична наука: Систематизація наукового підходу, введення діагностичних понять і початок медичного лікування. Вивчення розладу на рівні системного розуміння</p> |
| 4 | <p>Період нейрорізноманіття (1970–1990-ті роки)</p> | <p>Важливою є поява більш точних діагностичних критеріїв РДУГ у DSM-III та DSM-IV. Активно використовуються як медикаментозні методи, так і когнітивно-поведінкові втручання.</p> | <p>Постнекласична наука: Перехід до міждисциплінарного підходу, зосередженість на когнітивних відмінностях як нормальних варіаціях.</p> |
| 5 | <p>Період інклюзивності та соціального прийняття (2000-ті роки до сьогодні)</p> | <p>РДУГ сприймається як природне когнітивне різноманіття. Акцент робиться на соціальній підтримці людей з РДУГ в освітніх і робочих середовищах. Застосовуються не лише медикаментозні методи лікування, але й когнітивно-поведінкова терапія та організаційні тренінги. Інклюзивність стає центральною стратегією для полегшення життя людей з РДУГ.</p> | <p>Постнекласична наука: Розвиток інклюзивних підходів, міждисциплінарність, інтеграція концепції нейрорізноманіття в суспільну і освітню сфери.</p> |

| | | | |
|---|-------------------------------|---|---|
| 6 | Футуристичні концепції | У майбутньому очікується подальший розвиток технологій, таких як нейроінтерфейси, клітинне протезування мозку, оптогенетична терапія або генетичні втручання, що допоможуть людям з РДУГ краще адаптуватися до соціальних і професійних вимог. Нейрорізноманіття визнаватиметься як одна з форм нормальності, а поняття «когнітивних порушень» може змінитися в світлі технологічних досягнень. | Постнекласична наука: Впровадження технологій для підтримки когнітивного розвитку, переосмислення норм і відхилень у світлі нових відкриттів. |
|---|-------------------------------|---|---|

Джерело: власна розробка автора (Шувалов О.В.)

ВИСНОВОК

Дослідження історії розуміння розладу з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) відображає суттєву еволюцію наукових і суспільних підходів до цього розладу. Починаючи від ранніх уявлень про гіперактивність та дефіцит уваги як прояви розладів поведінки, сучасне розуміння РДУГ включає в себе інтеграцію в концепцію нейрорізноманіття. Цей підхід дозволяє бачити РДУГ не лише як патологію, але й як частину спектра людських когнітивних варіацій, що потребує особливого підходу та підтримки. Відхід від патологоцентричної перспективи до визнання нейрорізноманіття сприяє більш інклюзивному та гуманному ставленню до осіб з РДУГ, змінюючи підходи до діагностики, лікування та соціальної інтеграції. Ця трансформація відкриває нові можливості для розробки ефективних стратегій підтримки, що враховують унікальні потреби і сильні сторони таких людей.

АНОТАЦІЯ

У статті розглядається історія розвитку розуміння розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) від його сприйняття як поведінкової аномалії до сучасного включення в концепцію нейрорізноманіття. Аналізуються зміни в діагностичних підходах та суспільному ставленні до РДУГ, зокрема еволюція поглядів на причини та механізми розладу, а також сучасні міждисциплінарні підходи до його лікування. Особлива увага приділяється впливу концепції нейрорізноманіття на сприйняття РДУГ як унікальної когнітивної особливості, що потребує підтримки та інклюзивних освітніх практик. Висвітлюється роль нейробиологічних досліджень у формуванні нових підходів до розуміння та корекції поведінкових порушень, а також переосмислення етики лікування РДУГ.

ЛІТЕРАТУРА

1. American Psychiatric Association. DSM-II: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: American Psychiatric Publishing, 1968. 134 с.
2. American Psychiatric Association. DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: American Psychiatric Publishing, 1980. 494 с.
3. American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 2000. 943 с.
4. American Psychiatric Association. DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 2013. 947 с.
5. Armstrong T. The myth of the ADHD child: 50 ways to improve your child's behavior and attention span without drugs, labels, or coercion. New York: Penguin, 2015. 368 с.
6. Barkley R. A. Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain & Development*. 2003. Vol. 25. Pp. 383–389.
7. Clements S. Minimal brain dysfunction in children. *National Journal of Neurological Bulletin*. 1966. Vol. 9. P. 209.
8. Faraone S. V. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Drug Discovery*. 2015. DOI: 10.1038/nrdp.2015.20.
9. Farhat L. C., Brentani, H., Toledo, V. H. C., Shephard, E., Mattos, P., Baron-Cohen, S., Polanczyk, G. V. ADHD and autism symptoms in youth: A network analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2021. Pp. 143–151.

10. Hallowell E. M., Ratey, J. J. *Delivered from distraction: Getting the most out of life with attention deficit disorder*. New York: Ballantine Books, 2005. 400 c.
11. Hyman S. E. The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2007. Vol. 3. Pp. 155–178.
12. Kapp S. K., Gillespie-Lynch, K., Sherman, L. E., Hutman, T. Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. *Developmental Psychology*. 2013. Vol. 49, no. 1. Pp. 59–71.
13. Kramer F. Hypermotilitätsneurose. *Monatschr. Psychol.*. 1932. Vol. 82. Pp. 15–24.
14. Lavigne R., González-Cuenca, A., Romero-González, M., Sánchez, M. Theory of mind in ADHD: A proposal to improve working memory through the stimulation of the theory of mind. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. Vol. 17, no. 21. DOI: 10.3390/ijerph17249286.
15. Lemke R. Das enthemmte Kind mit choreiformer Symptomatik. *Psychiatrie, Neurologie u. Medizinische Psychologie*. 1953. Vol. 8. Pp. 80–85.
16. Lingiardi V., McWilliams, N. *Psychodynamic Diagnostic Manual*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2017. DOI: 10.1002/wps.20233.
17. McDonald M. E. A critical review of the neurodiversity movement: Examining the intersection of neurodiversity and mental health. *Journal of Applied Psychology*. 2020. Vol. 105, no. 4. Pp. 313–326.
18. Moore C. D., McIntyre, N. H., Lanivich, S. E. ADHD-related neurodiversity and the entrepreneurial mindset. *Entrepreneurship Theory and Practice*. 2021. Vol. 45, no. 1. Pp. 64–91. DOI: 10.1177/1042258719890986.
19. Nigg J. T., Blaskey, L. G., Huang-Pollock, C. L., Rappley, M. D. Neuropsychological executive functions and DSM-IV ADHD subtypes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002. Vol. 41, no. 1. Pp. 59–66.
20. Ortega F. The cerebral subject and the challenge of neurodiversity. *Biosocieties*. 2009. DOI: 10.1017/S1745855209990287.
21. Pellicano E., den Houting, J. Neurodiversity: A blueprint for the future of mental health and social care. *Nature Medicine*. 2022. Vol. 28, no. 7. Pp. 1517–1524.
22. Rosenberg P. B. Attention deficit disorder and hyperactivity. *Indian Journal of Pediatrics*. 1990. Vol. 57, no. 3. Pp. 353–360.
23. Ryzdewska E. Neurodiversity, disability and justice: The case of autism. *Journal of Disability & Religion*. 2012. Vol. 16, no. 3. Pp. 231–244.
24. Shields K., Beversdorf, D. A dilemma for neurodiversity. *Neuroethics*. 2020. Vol. 14, no. 2. Pp. 125–141. DOI: 10.1007/s12152-020-09431-x.

25. Singer J. Neurodiversity: The birth of an idea. Independent Publication, 1999. 102 c.
26. Strauss A. Psychopathology and education of the brain-injured child. New York: Plenum Press, 1947. 320 c.
27. Walker N. Neurodiversity: Some basic terms & definitions. *Neurocosmopolitanism*. 2014. URL: <https://neurocosmopolitanism.com/neurodiversity-some-basic-terms-definitions>.
28. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 9th Revision. 1975. 905 c.
29. World Health Organization. ICD-11: International Classification of Diseases. 11th revision. 2022. URL: <https://icd.who.int/en>.
30. Amen D. G. Z ADHD można wygrać. Jak pomóc ludziom cierpiącym na ADHD i inne typy zaburzeń uwagi. Konstantin-Jeziorna: Złote Myśli, 2010. 220 c.
31. Baranowska W. *Nauczyciel a uczeń z ADHD*. Kraków: Impuls, 2010. 144 c.
32. Göllnitz G. Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie. Leipzig: Thieme, 1954. 180 c.
33. Gorzkowska I., Samochowiec, J. Historia zaburzenia hiperkinetycznego (ADHD) na świecie i w Polsce przed ICD-10 i DSM-IV-TR. *Psychiatria Polska*. 2012. Vol. 9. Pp. 91–99.
34. Green C., Chee, K. Y. Zrozumieć ADHD. Warszawa: PZWL, 2010. 290 c.
35. Hans T. Dzieciństwo a dorastanie z ADHD. Kraków: Impuls, 2009. 150 c.
36. Lipowska M. Dysleksja i ADHD współwystępujące zaburzenia rozwoju: Neuropsychologiczna analiza pamięci. Gdańsk: Harmonia Universalis, 2011. 260 c.
37. Słopeń A. Badania asocjacyjne genów kandydujących w zespole nadpobudliwości psychoruchowej i deficytu uwagi (ADHD) z wybranymi funkcjami poznawczymi. UAM, 2011. 180 c.
38. Гребінник С. М. Постановка проблеми важливості соціального конструкту «нейрорізноманіття» для психології. М. В. Панучі (ред.). *Психологічні проблеми особистості на сучасному етапі розвитку суспільства*. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2021. С. 258.
39. Медведєв В., Черкасов, В., Васлович, В., Цимбалюк, В. П'ять відкриттів Володимира Беца. Частина перша. Бец і острови енторіальної кори. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2023. Т. 136, № 1. С. 30–59. DOI: 10.32345/USMYJ.1(136).2023.30-59.
40. Перепада О. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності як медико-психологічна проблема. *Проблеми сучасної психології*. 2019. С. 591–601. DOI: 10.32626/2227-6246.2019.10.%p.

41. Платаш Л. Наукові підходи до вивчення проблеми синдрому дефіциту уваги та гіперактивності. *Молодь і ринок*. 2013. Т. 4(99). С. 82–86.

42. Ткач Б. Нейропсихологічний підхід до розуміння синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю: етіологія, діагностика, корекція. *Актуальні проблеми психології*. 2015. Т. 12, № 21. С. 293–303.

Information about the author:

Shuvalov Oleksandr Viacheslavovych,

PhD student at the Institute of Psychology

named after H. S. Kostyuk,

National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine

Leading NGO “Institute of Neuropsychology

and Awareness Practices”

Kyiv, Ukraine