

УДК 159.97:616.89-008

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

З.А. Ахметова

Рассмотрены психологические аспекты диагностики синдрома дефицита внимания и гиперактивности, а также основные этапы диагностического процесса данного синдрома и методы психологической диагностики.

*Ключевые слова:* синдром дефицита внимания и гиперактивности; медицинская диагностика; психологическая диагностика; методы психологической диагностики.

Проблема психологической диагностики детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) на сегодняшний день становится чрезвычайно актуальной. В странах СНГ за последние 20 лет отмечен более высокий темп роста СДВГ. Это связывают не только с экологическими причинами, недостаточным питанием матери во время беременности, быстро растущей алкоголизацией населения, проблемой педагогической запущенности [1, с. 33–39], но и с тенденцией к необоснованно частой постановки диагноза СДВГ [2, с. 13–20]. Достаточно распространены также случаи невыявления данного синдрома у детей. Между тем, СДВГ требует своевременной диагностики, данное состояние имеет более оптимистичные возможности реабилитации при условии, если оно выявляется в возрасте 5 – 10 лет [3]. Кроме того, СДВГ – это пожизненное расстройство с возможными серьезными вторичными последствиями, ошибочное установление или отрицание диагноза может иметь весомые негативные последствия для ребенка. Основательная диагностика является чрезвычайно важной предпосылкой эффективной помощи ребенку с СДВГ.

Хотя диагноз СДВГ – это медицинский диагноз, и поставить его может только врач, работающий в соответствующей области, большинство специалистов склоняется к тому, что диагностический процесс при СДВГ довольно сложен, требует времени, поэтому золотым правилом диагностического процесса при СДВГ является тщательность, которая обеспечивается получением информации из нескольких источников-мультидисциплинарной команды специалистов высокого уровня компетенции, среди которых не последнюю роль играют психологи [4].

Цель данной работы – изучение роли психологической диагностики в диагностическом процессе СДВГ.

Анализ библиографических данных позволяет выделить следующие факторы, которые обуславливают необходимость проведения психологической диагностики данного синдрома.

1. *Ограничения стандартных диагностических классификаций DSM-IV и МКБ-10*, используемых врачами при диагностике СДВГ [4, 5]:

- Диагностика в основном сконцентрирована на симптомах невнимательности, гиперактивности и импульсивности, тогда как патогенетически центральными симптомами могут быть и нарушение планирования, контроля поведения и т. п.
- Используются одни и те же симптомы для всех возрастов, хотя некоторые из них (например, бегание и лазание) более присущи младшим детям. Ввиду ослабления двигательной гиперактивности с возрастом, симптомы, необходимые для диагноза, вопреки наличию других не менее важных симптомов, могут уже почти не проявляться.
- Возникновение симптомов до 7 лет не обязательно. В ряде исследований было выявлено, что между детьми, у которых СДВГ возникает до и после 7 лет, мало различий, и примерно у половины преимущественно невнимательных детей до 7 лет не было проявлений СДВГ.
- Срок продолжительности проявления симптомов в течение 6 месяцев может быть недостаточным для детей. У многих дошкольников симптомы наблюдаются в течение 6 месяцев, а затем исчезают.

- Система не учитывает гендерные особенности, в частности, несколько иной характер проявления СДВГ у девочек.
- Требование относительно количества симптомов может не всегда выполняться при более легких формах СДВГ, несмотря на то, что эти формы также могут сопровождаться серьезными вторичными проблемами. Часто дети, обнаруживающие недостаточные симптомы, не очень отличаются от тех, кому ставится диагноз СДВГ.
- Требование относительно наличия проблем, по меньшей мере, в двух средах также может сделать невозможной диагностику более легких форм СДВГ: в одной среде ребенок может быть хорошо адаптированным, а в другой иметь серьезные проблемы (например, дома проблемы минимальные, а в детском саду или школе – ярко выраженные).

Эти ограничения указывают, что DSM-IV и МКБ-10 должны быть использованы скорее как вспомогательные инструменты. Именно поэтому для окончательной постановки диагноза необходимо проведение комплексного медико-психологического обследования [3].

*2. Нецелесообразность проведения электроэнцефалографического (ЭЭГ) обследования у детей с СДВГ [6].* Несмотря на то, что у таких детей на ЭЭГ часто регистрируются некоторые нарушения, они не являются специфическими исключительно для СДВГ, следовательно, их наличие или отсутствие не может быть основанием для установления или неустановления диагноза СДВГ. Конечно, это не касается тех случаев, когда есть подозрения на эпилепсию [4, 7].

*3. Необходимость диагностики сопутствующих психологических проблем, составления психологического портрета ребенка с СДВГ.* Как правило, СДВГ сопровождается сопутствующими проблемами: в когнитивной сфере (у ребенка с СДВГ часто страдают внимание, восприятие, память, умственная работоспособность, речь); в эмоционально-волевой сфере (импульсивность, высокая тревожность, эмоциональная неустойчивость и др.); в поведенческой сфере (агрессивность, склонность к риску, делинквентное поведение); в межличностных отношениях [2–3, 5–6, 8].

*4. Трудности в установлении границы между расстройством и вариантом нормы [4].* Особенности поведения, сходные с симптомами СДВГ, могут наблюдаться у совершенно здоровых детей. Например, у одаренных детей невнимательность и повышенная двигательная активность объясняются тем, что им просто скучно в обычной школе [3].

*5. Необходимость психологической коррекции СДВГ* также предполагает участие психолога в диагностическом процессе.

Таким образом, учитывая сложность процесса диагностики СДВГ и участие в нем мультидисциплинарной команды специалистов, диагностический процесс может включать несколько этапов [3, 4, 9].

*Первый этап – медицинская диагностика,* включающая субъективную оценку поведения ребенка исходя из общепринятых диагностических критериев. Врач подробно беседует с матерью ребенка о том, как протекали беременность, роды, о поведении ребенка, об условиях воспитания в семье и т. п. Для дифференциальной диагностики врач может назначить ЭЭГ. Наблюдается ситуативная вариабельность симптомов: на консультации у врача симптомы СДВГ могут не проявляться и, наоборот, нормальный ребенок при сильной усталости, долгом ожидании на приеме может проявить черты гиперактивности, что увеличивает риск ошибочного выявления (невыявления) расстройства. Поэтому необходимы следующие этапы диагностики СДВГ, в которых может принять участие психолог.

*Второй этап – диагностика с помощью опросников.* Цель данного этапа заключается не только в выявлении самого расстройства, но и в оценке ситуации в семье, школе, успеваемости ребенка, его поведения, отношений со сверстниками и др. По поводу применения опросников существует ряд серьезных предостережений, в частности, ни в коем случае нельзя ставить диагноз исключительно на основе приведенных в них данных, поскольку высок риск субъективности в оценке. Чаще всего опросники составляются на основе критериев DSM-IV, специально для родителей и педагогов. В диагностической практике СДВГ используются следующие опросники:

- Опросник Вандербильта [4].
- Шкала Коннора [7, 10], рекомендованная для родителей или учителей (воспитателей) после четырехнедельного наблюдения за ребенком.
- Опросник 5–15 (FTF), позволяющий оценить развитие ребенка в восьми сферах: двигательные навыки, управляющие функции, восприятие, память, язык, социальные навыки, успехи в обучении, эмоциональные проблемы и проблемы поведения. Проводится данная методика для оценки родителями развития и поведения ребенка в виде интервью, которое включает 181 вопрос [10].
- Опросник Ахенбаха, применяемый для оценки проблем поведения и особенностей личности. Данные на одного ребенка включают

результаты по четырем интервью: с матерью, отцом, учителем и ребенком [10].

- Disruptive Behavior Rating Scale – шкала оценки отклоняющегося поведения. Этот опросник был разработан специально для оценки симптомов СДВГ. В форме для родителей содержится 41 вопрос [10].
- BRIEF – поведенческие шкалы для оценки управляющих функций. Этот опросник был разработан для фиксации проявлений в повседневном поведении дисфункции управляющих функций. Существуют варианты для родителей, учителей, детей и подростков [10].
- Анкета “Признаки импульсивности”, рекомендованная научно-методической комиссией Министерства образования Украины. Она разработана для педагогов [11].

*Третий этап – подробное психологическое обследование.* Следуя основному принципу работы с гиперактивными детьми, психологи, как правило, могут провести предварительную диагностику, которая дает право предположить, что ребенок принадлежит к данной категории [6]. Психолог при диагностике СДВГ может применять различные методы.

Главным инструментом, который использует психолог, является *метод наблюдения*, результаты которого можно соотнести с основными симптомами, описанными в МКБ-10 и DSM-IV [6, 10]. Благодаря направленному наблюдению психолог сможет отметить особенности поведения и развития ребенка с СДВГ, избежать ошибочного приписывания данного синдрома импульсивным, одаренным, тревожным детям, у которых могут наблюдаться отдельные схожие признаки (несдержанность, суевливость, невнимательность и др.).

Кроме метода наблюдения, помощь психологу может оказать *анализ продуктов деятельности ребенка*: рисунки, поделки, рабочие тетради. Как правило, гиперактивным детям трудно соблюдать чистоту в тетрадях, вмещать длинные записи в небольшой отрезок. Люди и животные на рисунках не статичны, они полны движения. При раскрашивании рисунка наблюдается небрежность, штриховка выходит за края изображения. Нажим, как правило, неравномерный, а детали рисунка – размашистые. Зачастую дети с СДВГ стремятся заполнить все пространство листа, заезжая при этом за его границы [6]. Для диагностики личностных качеств, эмоциональной сферы, а также идеомоторной координации используются рисуночные техники: “дом, дерево, человек”, “несуществующее животное”, “автопортрет” [3].

*Интервью.* Психолог беседует с ребенком, родителями и другими членами семьи для сбора информации о жизни и развитии ребенка: ситуации в школе, семье, социальном, речевом, интеллектуальном развитии, самооценке, сильных сторонах ребенка, увлечениях и т. п. [4].

*Нейропсихологическое обследование* проводится с целью установления уровня интеллектуального развития ребенка, выявления сопутствующих нарушений школьных навыков – чтения, письма, счета. Выявление этих расстройств важно и в плане дифференциальной диагностики. При диагностике детей с СДВГ используются следующие нейропсихологические методики: экспресс-диагностика памяти “Лурия-90”, разработанная Э.Г. Симерницкой; пробы на уровень развития произвольных движений А.Р. Лурии и Н.И. Озерецкого в обработке Л.С. Цветковой [3]; система нейропсихологического обследования детей младшего школьного возраста с симптомами СДВГ И.П. Брызгунова, Е.В. Касатиковой, позволяющая за 40–50 минут оценить степень развития внимания, памяти, мышления, двигательной и эмоциональной сферы [3].

*Психодиагностическое обследование* чаще всего направлено на оценку уровня развития когнитивных функций (внимания, памяти, мышления), эмоциональных особенностей, двигательной сферы, личностных особенностей ребенка, акцентуаций характера.

Особое значение при психодиагностике ребенка с СДВГ придается исследованию внимания ребенка. В качестве основной методики для исследования внимания и оперативной памяти используется тест Тулуз-Пьерона (разработан Л.А. Ясюковой), который также является косвенным инструментом для выявления минимальной мозговой дисфункции, лежащей в основе СДВГ, и первично направлен на изучение свойств внимания (концентрации, устойчивости, переключаемости) и психомоторного темпа, вторично – оценивает точность и надёжность переработки информации, волевую регуляцию, личностные характеристики работоспособности. Тест используется при обследовании детей 6 лет и старше. Методика Тулуз-Пьерона является быстрым (занимает не более 15 мин) и простым способом первичной диагностики СДВГ у этих детей. Она не имеет ограничений для повторных применений, поэтому удобна для анализа динамики синдрома, оценки эффективности лечения или коррекции [3, 6].

Для исследования продуктивности внимания может быть использована таблица Бурдона-Анфимова (5-минутный вариант заполнения).

Таблица 1 – Диагностика детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Объект диагностики	Метод диагностики	Методика диагностики
<b>Медицинская диагностика</b>		
Симптомы СДВГ	Беседа с родителями, ребенком. Наблюдение	Диагностические критерии МКБ-10 и DSM-IV
	Опрос	Анкеты, основанные на диагностических критериях МКБ-10 и DSM-IV: опросник Вандербильта, шкала Коннора, анкета “Признаки импульсивности”
Нарушение физиологических процессов головного мозга	ЭЭГ	Соотношение тета-ритма и бета-ритма, мощность медленных волн в теменно-затылочных областях и др.
<b>Психологическая диагностика</b>		
Симптомы СДВГ, сопутствующие проблемы	Наблюдение	
Эмоциональная сфера, личностные свойства, идеомоторная координация	Анализ продуктов деятельности	Анализ поделок, рабочих тетрадей, рисунков. Рисуночные техники: “дом, дерево, человек”; “несуществующее животное”; “автопортрет”
Информация о жизни и развитии ребенка, семейной ситуации, социальное, речевое, интеллектуальное развитие, сильные стороны ребенка, увлечения и др.	Интервью	
Симптомы СДВГ	Опрос	Опросник 5–5 (FTF). Опросник Ахенбах. Шкала оценки отклоняющегося поведения. Поведенческие шкалы для оценки управляющих функций
Установление уровня интеллектуального развития ребенка, выявление нарушений школьных навыков чтения, письма, счета	Нейропсихологическое обследование	Экспресс-диагностика памяти “Лурия-90” Пробы на уровень развития произвольных движений А.Р. Лурии и Н.И. Озерецкого в обработке Л.С. Цветковой
Когнитивные функции	Психодиагностическое обследование	Тест Тулуз-Пьерона Таблица Бурдона-Анфимова Компьютерный “Тест произвольного внимания” Игровая ситуация “найди отличия в двух картинках” Компьютерная модификация теста Дж. Кагана Тест непрерывной деятельности Проба на время реакции с предварительным сигналом Тест Векслера
		Богатство психодиагностического инструментария позволяет психологу делать выбор, основываясь на собственном опыте и предпочтениях
Диагностика сопутствующих проблем в когнитивной, эмоционально-волевой, поведенческой сферах, а также в межличностных отношениях		

При оценке устойчивости предусматривается вычеркивание двумя способами двух букв таблицы, при оценке распределения – только одной буквы и одновременно регистрации в той же таблице моментов, когда в цифровом ряду, пред-

являемом с магнитофона, появлялась отдельная цифра 6 [12, с. 37–44].

В лаборатории возрастной психогенетики психологического института РАО Т.А. Строгановой с сотрудниками был разработан компьютерный “Тест

произвольного внимания”, позволяющий оценить парциальный дефицит отдельных операций контроля и может быть использован в дошкольном и младшем школьном возрасте [8, с. 61–70]. Задания предлагаются в игровой форме, создающей мотивацию к выполнению даже у детей четырех–пяти лет. Тест ориентирован на оценку эффективности основных операций контроля внимания: расширение пространственного поля внимания, оттормаживание помехи, переключение внимания между двумя сенсорными модальностями, оттормаживание ранее выработанного ответа (переделка); он позволяет тонко дифференцировать те операции, из-за нарушения которых может страдать внимание ребенка. Ребенку на экране предьявляется следующая картина: океан, посередине – остров, на острове люди и деревья. Остров окружен водой. Чем ближе к берегу, тем мельче вода. Соответственно три уровня воды обозначены разными цветами: зеленым, синим и серым. По синему кругу по часовой стрелке плавают кораблик; ребенок должен следить, чтобы кораблик не пересекал границы этого пояса. Тест состоит из шести заданий, каждое из которых направлено на оценку определенной операции регуляции внимания, при которой задействованы фронтальные отделы коры мозга [8].

Для определения уровня устойчивости и концентрации внимания детей дошкольного возраста используется игровая ситуация “найди отличия в двух картинках” в оригинальной модификации О.М. Разумниковой и Е.И. Николаевой [13, с. 123–129]. На экране дисплея последовательно (с усложнением деталей) появляются две картинки, и на правой или левой стороне экрана с помощью манипулятора “мышь” отмечаются найденные отличия. В процессе решения задачи регистрируется время нахождения каждого элемента.

Для определения уровня импульсивности разработана компьютерная модификация теста Дж. Кагана. На экране дисплея предьявляется набор изображений (животные, растения и т. п.), среди которых нужно найти такое же, как и помещенное в центре экрана [13].

Для диагностики поддерживающего внимания (состояние готовности обнаруживать и реагировать на определенные незначительные изменения, возникающие со случайными интервалами в окружающей среде) чаще всего используются следующие тесты [14, с. 161–167]: 1) тест непрерывной деятельности: 12 букв последовательно появляются на экране, сигнальной является одна из них, но реагировать на нее требуется только тогда, когда непосредственно перед ней предьявляется буква А; 2) проба на время реакции с предварительным сигналом. Количество ошибочных или преждевременных реакций в названных

выше пробах рассматривается как показатель импульсивности, которая у гиперактивных детей выше, чем в норме.

Неуспевающий ученик с подозрением на СДВГ должен пройти тестирование на интеллект (по Векслеровской шкале), а также обычную проверку владения школьными навыками [7].

Диагностический процесс детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности можно представить в виде таблицы (таблица 1).

Таким образом, можно сделать вывод, что диагностика синдрома дефицита внимания и гиперактивности является важнейшим этапом в оказании своевременной помощи детям, страдающим данным синдромом. В связи с тем, что диагностический процесс сопровождается большими сложностями, в нем предполагается участие мультидисциплинарной команды специалистов, в том числе и психологов, которые могут помочь установить диагноз СДВГ, выявить сопутствующие проблемы в когнитивной, эмоционально-волевой, поведенческой сферах, в межличностных отношениях. Данные психологической диагностики СДВГ позволяют составить успешную терапевтическую и психокоррекционную программы для детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

#### Литература

1. Громова О.А. Коррекция витаминного статуса при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью / О.А. Громова, Л.М. Красных, О.А. Лиманова и др. // *Вопр. совр. педиатрии*. 2003. Т. 2. № 4.
2. Заваденко Н.Н. Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики / Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинова, М.В. Румянцева // *Дефектология*. 2003. № 6.
3. Брызгунов И.П. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях / И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова. М.: Изд-во Института психотерапии. 2001. 96 с.
4. Романчук О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей; пер. с укр. / О.И. Романчук. М.: Генезис, 2010.
5. Мэш Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. 384 с.
6. Мошина Г.Б. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь: монография / Г.Б. Мошина, Е.К. Лютова-Робертс, Л.С. Чутко. СПб.: Речь, 2007. 186 с.
7. Психиатрия / под ред. Р. Шейдера; пер. с англ. М.: Практика, 1998. 485 с.

8. *Обухова Е.Ю.* Нарушения внимания у детей с особенностями развития / Е.Ю. Обухова, Т.А. Строганова, В.В. Грачев // *Вопр. психол.* 2008. № 3. С. 61–70.
9. *Чутко Л.С.* Гиперактивный ребенок. URL: <http://www.2mm.ru/zdorovie/144>
10. *Хотылева Т.Ю.* Технологии психолого-педагогической помощи детям с СДВГ в Норвегии / Т.Ю. Хотылева, Т.В. Ахутина // *Электр. журнал “Психологическая наука и образование”*. 2010. № 5. URL: [http://www.psyedu.ru/journal/2010/5/Hotyleva\\_Ahutina.phtml](http://www.psyedu.ru/journal/2010/5/Hotyleva_Ahutina.phtml)
11. *Лютова Е.К.* Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е.К. Лютова, Г.Б. Моница. М.: Генезис, 2000.
12. *Марютина Т.М.* О связи свойств внимания и успеваемости у учащихся вторых классов / Т.М. Марютина, Т.А. Мешкова, Н.В. Гавриш // *Вопр. психол.* 1988. № 3.
13. *Разумникова О.М.* Соотношение оценок внимания и успешности обучения / О.М. Разумникова, Е.И. Николаева // *Вопр. психол.* 2001. № 1.
14. *Рутман Э.М.* Исследование развития внимания в онтогенезе / Э.М. Рутман // *Вопр. психол.* 1990. № 4.