

УДК 616.89-008.61-008.47-07-053.2

**С.Р. АЛИПБАЕВА, С.Б. БЕКБОЛАТОВА**

*Алматинский городской реабилитационный центр для детей с ограниченными возможностями, г. Алматы, Психолого-медико-педагогическая консультация №2, г. Алматы*

## **МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ГИПЕРАКТИВНОСТИ С ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ В УСЛОВИЯХ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ**

*В данной статье рассмотрены вопросы методы диагностики детей с СДВГ в условиях психолого-медико-педагогической консультации.*

*Дана классификация по МКБ-10 у детей с ММД (минимальной мозговой дисфункцией). Освещены 5 этапов психоневрологического и педагогического обследования детей с СДВГ. Также подробно предоставлены характерные проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности.*

**Ключевые слова:** дефицит внимания, импульсивность, гиперактивность, методы, дизграфия.

**С**индром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) относится по Международной классификации болезней 10 пересмотра к психическим расстройствам, кодируется шифром F 90.0 (Нарушение активности и внимания).

Последним пересмотром Международной классификации болезней МКБ-10 (1994), рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), были разработаны диагностические критерии для ряда состояний, ранее рассматриваемых в рамках ММД.

### **Перечень состояний по классификации МКБ-10 (ВОЗ), рассматриваемых среди ММД**

Раздел F8	Нарушение психологического развития
F 80	Расстройство развития речи
F 81	Расстройство развития школьных навыков: дисграфия, дислексия, дискалькулия
F 82	Расстройство развития двигательных функций: диспраксия
Раздел F9	Поведенческие и эмоциональные расстройства детского и подросткового возраста
F 90	Синдром дефицита внимания с гиперактивностью
F 91	Нарушение поведения

### **Изучение проблемы**

Вопросу минимальной мозговой дисфункции посвящено огромное количество работ, но до настоящего времени нет единого мнения относительно этиологии, терминологии, патогенеза и лечения. Так как основное проявление ММД заключается в трудностях обучения и поведения, то закономерно, что этим интересуются не только врачи, но и ряд специалистов, таких как педагоги, психологи, нейрофизиологи, биохимики и т.д., в Европе и США даже появилась новая специальность – врач, занимающийся проблемами нарушения поведения и развития детей.

Первое описание ребёнка с двигательной расторможенностью и дефицитом внимания в литературе появилось примерно 150 лет назад. Автором его явился немецкий врач-психоневролог Генрих Хоффман.

С 60-х годов широкое распространение получил термин «минимальная мозговая дисфункция», предложенный Э. Деноффом в 1959 году для обозначения симптомов, возникающих в результате поражения головного мозга – трудности обучения и поведения. Официально термин предложен в 1962 году Оксфордской международной группой изучения проблем детской неврологии (Wender P., 1971) [1].

Дальнейшие работы многих авторов показали, что у них детей затрагиваются механизмы регуляции активного внимания и тормозящего контроля (100%), а двигательные нарушения встречаются реже (80-85%). Это обстоятельство явилось основанием для ввода в DSM-III в 1980 году термина «синдром дефицита внимания», который применяется и в DSM-IV(1994) МКБ-10. В отечественную медицинскую литературу термин «минимальная мозговая дисфункция» введён Бадаляном Л.О., Журбой Л.Т. и Мاستюковой Е.М., что, несомненно, является прогрессом в детской неврологии. Они провели первое обстоятельное изучение ММД в отечественной детской неврологии [3].

В дальнейшем изучении проблемы занимались Халецкая О.В., Трошин В.М. (Нижний Новгород), Брызгунов И.П., Касатикова Е.В., Заваденко Н.Н. (Москва), Яременко А.Б., Горяинова Т.Б. (Санкт-Петербург). В Республике Казахстан аналогичные обследования не проводились. Имеются работы Джаксыбаевой А.Х. (Алматинский государственный институт усовершенствования врачей) и Куановой Л.Б. (Научный центр педиатрии и детской хирургии), которые в основном касаются вопросов оценки эффективности лекарственных препаратов при ММД [5].

### **Распространенность**

По данным различных авторов распространенность СДВГ колеблется от 1-3 до 15-20%. У детей школьного возраста частота составляет 3-5%. В США – 4-13%, в Великобритании – 1-3%, в Германии – 9-18%, в Италии – 3-10%, в Чехословакии – 10-12%, в Китае – 1-13%, в Австралии – 7-10%. Авторы приводят данные без учёта возраста, что существенно затрудняет их сравнительный анализ. В России данные колеблются от 7,6% (Заваденко Н.Н., 1998) до 28% (Платонов А.Г., 1996) [1]. В Республике Казахстан аналогичные исследования не проводились. Вышеприведенный широкий диапазон данных обусловлен в первую очередь отсутствием специфических методов диагностирования, и нет единых диагностических критериев. Среди мальчиков синдром встречается в 5-7 раз чаще. По литературным данным в возрасте 7-12 лет преобладают мальчики, в подростковом возрасте идёт выравнивание соотношения, а среди 20-25-летних преобладают девушки [4].

### **Диагностика СДВГ**

Диагностика носит комплексный характер. В постановке диагноза должны участвовать не только врачи (педиатр, психоневролог), но и психолог, социальный педагог, классный руководитель, воспитатель, родители. Поэтому обследование ребенка с СДВГ в условиях психолого-медико-педагогической консультации является наиболее адекватным и оправданным. Диагностику при СДВГ можно разделить на несколько этапов.

Таблица 1 – Характерные проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью

№ п/п	Проявления
1	Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах. Сидя на стуле, корчится, извивается
2	Не может спокойно сидеть на месте, когда это требуется
3	Легко отвлекается на посторонние стимулы
4	С трудом дожидается своей очереди во время игр и в различных ситуациях в коллективе (занятия в школе, экскурсии и т.д.)
5	На вопросы часто отвечает, не задумываясь, не выслушав их до конца
6	При выполнении предложенных заданий испытывает сложности (не связанные с негативными поведением или недостаточностью понимания)
7	С трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр
8	Часто переходит от одного незавершенного действия к другому
9	Не может играть тихо, спокойно
10	Болтливый
11	Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в игры других детей)
12	Часто складывается впечатление, что ребёнок не слушает обращенную к нему речь
13	Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки, карандаши, книги и т.д.)
14	Часто совершает опасные действия, не задумываясь о последствиях. При этом не ищет приключений или острых ощущений (например, выбегает на улицу, не оглядываясь по сторонам)

В таблице 1 показаны характерные клинические проявления СДВГ, приведённые в классификации DSM-III и DSM-III-R. Диагноз выставляется при наличии у ребёнка по крайней мере 8 из 14 перечисленных симптомов, если они удерживаются на протяжении, как минимум, 6 последних месяцев.

**1 этап – психоневрологическое обследование.** В условиях психолого-медико-педагогической консультации осуществляется врачом-невропатологом совместно с врачом-психиатром.

В настоящее время постановка диагноза: СДВГ основывается на критериях 10-го пересмотра Международной классификации болезней (ВОЗ, 1994). Согласно этим критериям имеются 9 признаков нарушения внимания (раздел 1) и 9 признаков гиперактивности и импульсивности (раздел 2), которые приводятся в таблице 2. Для постановки диагноза необходимо наличие шести из 9 симптомов нарушения внимания и/или шести или более из 9 признаков гиперактивности и импульсивности. При постановке диагноза симптомы должны отвечать следующие критериям:

- проявляются до 7 лет,
- сохраняются на протяжении, как минимум, 6 месяцев,
- не соответствуют нормальным возрастным характеристикам (возрастные кризисы),
- вызывают социальную дезадаптацию и психический дискомфорт,
- наблюдаются не менее чем в 2-х сферах деятельности ребёнка (например, в школе и дома).

Когда клиническая картина за последние 6 месяцев полностью соответствует разделам 1 и 2 диагностических критериев, ставится диагноз сочетанной формы СДВГ.

Так как одним из критериев диагностики СДВГ является проявление симптомов в 2-х и более сферах деятельности ребенка, то при диагностике большое внимание необходимо уделить опросу родителей и педагогов.

**2 этап – опрос родителей и учителей об особенностях поведения ребёнка** (включается сбор анамнестических данных с целью выявления факторов, способствовавших развитию нарушений).

В литературе имеются различные опросники, анкеты для родителей и педагогов, которые в своей основе име-

ют одну цель – выявление симптомов гиперактивности и дефицита внимания, поэтому содержат идентичные вопросы.

**3 этап – психологическое обследование** (определение уровня интеллекта, проверка уровня внимания, исследование памяти, оценка эмоционально-волевой сферы), по показаниям проводится нейропсихологическое обследование, которое осуществляется психологом.

Всего при обследовании применяются до 10-15 методик. Это соответствует принципу синдромного анализа А.Р. Лурии. Он считал, что только применение комплекса разнообразных психодиагностических методик позволит точно провести диагностику нарушений высших психических функций.

#### Методики психологического обследования

Одним классических методов оценки общего уровня интеллектуального развития является **тест Векслера**, который широко известен и наиболее часто используется отечественными специалистами.

Тест Векслера предназначен для оценки интеллектуального развития детей в возрасте от 5 до 16 лет и состоит из 12 субтестов вербальной и невербальной групп. Принята следующая последовательность выполнения субтестов: 1 – «осведомленность», 2 – «понятливость», 3 – «арифметический», 4 – «сходство», 5 – «словарь», 6 – «повторение цифр», 7 – «недостающие детали», 8 – «последовательные картинки», 9 – «кубики Кооса», 10 – «складывание фигур», 11 – «кодирование», 12 – «лабиринты». Ответы испытуемого оцениваются в баллах по каждому субтесту с помощью нормативных таблиц, затем рассчитываются общий интеллектуальный показатель (ОИП), вербальный интеллектуальный показатель (ВИП) и невербальный интеллектуальный показатель (НИП).

По результатам исследований Н.Н. Заваденко у детей с СДВГ в возрасте от 6 до 12 лет общий интеллектуальный показатель варьировал от 85 до 128 баллов (средний – 104), вербальный интеллектуальный показатель – от 81 до 134 баллов (средний – 102), невербальный интеллектуальный показатель – от 85 до 131 балла (средний – 104), что находилось в пределах нормы [3].

В целом, анализ выполнения детьми с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью теста Векслера не выявляет у них грубых расстройств высших психических функций.

В качестве основной методики для исследования внимания и оперативной памяти использовался тест Тулуз-Пьерона – один из вариантов «корректирующей» пробы. Суть задания состоит в дифференцировании стимулов, близких по форме и содержанию в течение определённого времени.

Тест Тулуз-Пьерона является специфичным методом для диагностики СДВГ, позволяя оценить весь спектр когнитивных нарушений при данной патологии.

Динамический, пространственный праксис, гнозис, регуляции движений у гиперактивных детей можно оценить по нейропсихологическим методикам, разработанным А.Р. Лурия и Н.И. Озерецким, в обработке Л.С. Цветковой.

Состояние эмоционально-личностной сферы и межличностных отношений помогут выявить такие методики, как «Тест тревожности (для детей 4-6 лет)», детский тест «Рисуночной фрустрации» С. Розенцвейга, проективный тест Рене Желя, САТ и ТАТ – тесты [2].

Вышеперечисленные особенности поведения гиперактивных детей вместе со слабым развитием внимания и памяти, нарушением произвольной регуляции деятельности – основные причины их школьной неуспеваемости и трудностей социальной адаптации.

**4 этап – логопедическое обследование** (оценка состояния речи, навыков чтения и письма). В условиях психолого-медико-педагогической консультации обследование проводится логопедом.

Учитывая то, что у ребенка с синдромом гиперактивности и дефицита внимания обычно отмечается двигательная расторможенность, повышенная отвлекаемость на побочные раздражители, логопедическое обследование в условиях ПМПК следует проводить в комнате с ограниченным количеством стимулов. Не следует сразу предлагать для рассматривания и называния много игрушек или предметных картинок. Вербальные инструкции должны быть короткими и четкими, в нормальном темпе.

**5 этап – проведение инструментальных исследований**

При СДВГ проводятся следующие виды инструментальных исследований: электроэнцефалография (ЭЭГ), эхоэнцефалография (ЭхоЭГ) реоэнцефалография (РЭГ), компьютерная томография головного мозга (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), офтальмологическое обследование (осмотр глазного дна). Проведение параклинических исследований необходимо для проведения дифференциальной диагностики.

Гиперактивный ребенок имеет нейрофизиологические проблемы, справиться с которыми самостоятельно не может. Эффективные результаты коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности достигаются при оптимальном сочетании медикаментозных и немедикаментозных методов, к которым относятся психологические и нейропсихологические коррекционные программы.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1 Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., Соловьев О.И. Минимальные мозговые дисфункции у детей. – Москва, 1997. – 72 с.

2 Симерницкая Э.Г. Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики «Лурия – 90». – Москва, 1991. – 48 с.

3 Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. – М.: Школа-пресс – 2-е изд., 2001. – 120 с.

4 Лепесова М.М., Джаксыбаева А.Х. Задержка нейропсихического развития у детей. Обзор литературы // Журнал нейрохирургия и неврология. Казахстан. – 2005. – №2(3). – С. 48-58

5 Джаксыбаева А.Х. Основные вопросы диагностики нейропсихического развития детей раннего возраста // Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии. – 2007. – №1(34). – С. 92-94

**Т Ұ Ж Ы Р Ы М**

**С.Р. АЛИПБАЕВА, С.Б. БЕКБОЛАТОВА**

*Алматы қалалық мүмкінділігі шектеулі балаларға арналған қалпына келтіру орталығы, №2 Психологиялық-медициналық-педагогикалық кеңес, Алматы қ.*

**ЗЕЙІНІ ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ МЕН ШАМАДАН ТЫС ҚОЗҒАЛЫС БЕЛСЕНДІЛІГІ СИНДРОМЫ БАР БАЛАЛАРДЫ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ-МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘНЕ ПЕДАГОГИКАЛЫҚ КЕҢЕС ЖАҒДАЙЫНДА ТЕКСЕРУ ӘДІСТЕРІ**

Зейінсіз және шамадан тыс қозғалыс белсенділігі синдромы бар балаларды тексеру кешенді түрде өту керек. Оған дәрігерлер мен қатар педагогтар, тәрбиелешілері, сынып жетекшісі психологы қатысуы қажет. Өйткені мектепте үлгерімі нашар болу және тәртібінің бұзылуы осы мамандарды еліктіретін өзекті мәселе болып отыр. Сондықтан осындай балаларды өз уақытында психологиялық-медициналық-педагогикалық кеңестен өткізу арқылы нейрофизиологиялық мәселелерін шешуге болады.

**Негізгі сөздер:** зейінсіз, тынышсыздық, қозғыштық, тәсілдер, өзекті мәселе, жазудың бұзылуы.

**S U M M A R Y**

**S.R. ALIPBAYEVA, S.B. BEKBOLATOVA**

*Almaty's municipal Rehabilitation Center for Children with limited possibilities, Psychological, medical and pedagogical consultation No.2, Almaty c.*

**THE METHODS OF DIAGNOSTICS OF THE ATTENTION DEFICIENCY AND HYPERACTIVITY DISORDER IN THE CHILDREN IN THE CONDITIONS OF THE PSYCHOLOGICAL, MEDICAL AND PEDAGOGICAL CONSULTATION.**

The diagnostics in children with an attention deficiency and hyperactivity disorder has the complex character, therefore at diagnosis establishment there is necessary a stage-by-stage inspection with the participation of the doctor pediatrician, the neuropsychiatrist, the class teacher, the tutor, the logopedist and the psychologist. It is an actual problem for the given experts due to the poor progress at school, behavior disturbances, not attentiveness of children. For the timely correction of neuropsychological problems in children with an attention deficiency and hyperactivity disorder it is necessary the timely diagnostics in the conditions of the psychological, medical and pedagogical consultation.

**Key words:** attention deficiency, impulsiveness, hyperactivity, methods, a problem, dysgraphia.