

СПЕЦИФІКА ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ГІПЕРАКТИВНОМУ РОЗЛАДУ

В статті висвітлені особливості діагностичного процесу при синдромі дефіциту уваги з гіперактивністю. Розглянуто критерії медичного діагнозу та психологічні підходи до діагностування розладу.

Ключові слова: гіперактивність, імпульсивність, розлад уваги, синдром дефіциту уваги та гіперактивності, поведінка.

О.М.Перепада СПЕЦИФИКА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ГИПЕРАКТИВНОМ НАРУШЕНИИ

В статье выделены особенности диагностического процесса при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью. Рассмотрены критерии медицинского диагноза и психологические подходы к диагностике расстройства.

Ключевые слова: гиперактивность, импульсивность, расстройство внимания, синдром дефицита внимания и гиперактивности, поведение.

О.М.Perepada SPECIFICITY OF DIAGGNOSIS DURING HIPERACTIVE DISORDER

The special features of diagnostic process at the syndrome of deficit of attention and giperactivity are lighted up in the article. The criteria of medical diagnosis and psychological approaches are considered to diagnostics of disorder.

Key words: hyperactivity, syndrome of deficit of attention and hyperactivity, behavior, impulsiveness, disorder of attention.

Постановка проблеми. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) є особливим розладом, який виявити доволі нелегко з огляду на ряд факторів. Труднощі вчасного виявлення СДУГ пов'язані з його поліморфністю – клінічна картина його проявів є досить різною. На думку керівника навчально-реабілітаційного центру «Джерело» О. Романчука, важливою передумовою ефективної допомоги дитині із СДУГ є ґрунтовний, грамотно побудований діагностичний процес, який при цьому розладі є достатньо складним і вимагає часу та ефективної взаємодії фахівців різних дисциплін – психіатрів, психологів, педагогів.

Особлива природа СДУГ обумовлює певні діагностичні труднощі, адже на відміну від інших розладів, які можуть мати чіткі методи лабораторного чи інструментального підтвердження, для СДУГ не існує жодного об'єктивного методу діагностики [5, 111-129]. Діагностика СДУГ має передбачати:

- первинний скринінг вчителями та психологами загальноосвітніх шкіл, корекційними педагогами;
- первинну діагностику лікарями ланки первинної медичної допомоги дітям, дитячими неврологами;
- заключну діагностику дитячими лікарями-психіатрами;
- за потреби – психофізіологічне та нейропсихологічне обстеження [2].

Мета дослідження. Розглянути особливості діагностичного процесу при СДУГ, визначити проблеми його психологічної діагностики.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У 2004 р. Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій (IACAPAP) визнала розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) 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% (у середньому 5%). За оцінками Американської асоціації психіатрів, РДУГ маніфестує у 4-12% дітей у віці від 6 до 12 років. Це означає, що кожна тридцята дитина шкільного віку має значні проблеми зі шкільною адаптацією, зумовлені дефіцитом концентраційної функції уваги, непосидючістю чи імпульсивністю. Інтерес до даної проблеми не зникає, оскільки якщо 8-10 років тому таких дітей у групі було по один-два, то нині – до п'яти осіб і більше. І.П. Брязгунов зазначає, що якщо наприкінці 50-тих років публікацій на цю тему було біля 30, то у 1990 році їх кількість зросла до 7000 [1].

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю є найбільш поширеним поведінковим розладом в дитячому віці та характеризується тріадою симптомів: розладами уваги, гіперактивністю, імпульсивністю [7]. Раніше СДУГ називали мінімальною мозковою дисфункцією головного мозку, мінімальним

пошкодженням головного мозку, гіперкінетичним синдромом, синдромом гіперактивної дитини [10].

Критерії медичного діагнозу. Постановка діагнозу СДУГ ґрунтується на критеріях десятого перегляду Міжнародної класифікації хвороб (ВООЗ, 1994) для гіпердинамічного (гіпрекінетичного) синдрому з дефіцитом уваги (F-90). Одночасно використовуються критерії класифікації DSM-IV (1994) Американської психіатричної асоціації, рекомендовані ВООЗ для практичного використання в якості критеріїв діагнозу СДУГ (ВООЗ, 1994). Обидві класифікації (DSM-IV и МКБ-10), на які спираються в постановці діагнозу, включають ряд додаткових вимог. Так, в МКХ-10 до них відносяться:

- початок розладу не пізніше 7-річного віку;
- діагностичні критерії проявляються в декількох ситуаціях;
- симптоми всіх розділів відзначаються, принаймні, в двох різних ситуаціях, наприклад, як дома, так і в школі, дитячому садку;
- розлад не відповідає критеріям, які дозволяють діагностувати загальний розлад розвитку (розлад із спектру аутизму), манію чи депресію, наприклад при біполярному чи тривожному розладах.

Незважаючи на те, що в останньому перегляді DSM-IV-TR (2000) критерії діагнозу максимально схожі з МКХ-10, вони мають певні відмінності. В DSM-IV симптоми, асоційовані з імпульсивністю та гіперактивністю, розглядаються як єдність клінічних проявів, тоді як в МКХ-10 вони розглядаються окремо.

По МКХ-10, на відміну від DSM-IV, для встановлення діагнозу повинні бути присутні прояви як неухважності, так і гіперактивності та імпульсивності. DSM-IV таких вимог не ставить і описує різні клінічні підтипи СДУГ. У діагностичній класифікації DSM – IV виділено три підтипи розладу на основі наявності чи відсутності симптомів із груп гіперактивності-імпульсивності та дефіциту уваги:

- 1) Комбінований підтип – із наявністю виражених симптомів як гіперактивності-імпульсивності, так і неухважності;

2) Із домінуючою гіперактивністю-імпульсивністю – коли явно виражені симптоми цього спектру, а симптоми порушення уваги є мінімальними або ж відсутні взагалі;

3) Із домінуючим порушенням уваги – коли, навпаки, значно виражені лише симптоми дефіциту уваги [11].

За матеріалами експертної комісії по СДУГ в Росії визначено, що за кордоном для діагностики СДУГ використовують опитувальники, які ґрунтуються на DSM – IV. В Росії – з психологічних методів використовуються в основному методики, спрямовані на дослідження сфери уваги (коректурна проба Bourdon-Vos; тест “кодування” з методики Векслера та тест Струпа), для оцінки вищих психічних функцій – нейропсихологічна методика А. Р. Лурія, адаптована для дитячого віку.

Діагностичний процес при СДУГ, який ґрунтується на DSM – IV має декілька базових цілей: встановити діагноз СДУГ, коморбідних розладів; дослідити ситуацію в контексті сім’ї та соціального середовища (внутрішню та зовнішню інтраперсональну динаміку, наявність психотравмуючих факторів і захисних ресурсних чинників). Утім, встановлення діагнозу та досягнення розуміння ситуації через призму біопсихосоціальної моделі є не єдиними цілями діагностичного процесу. Іншою, надзвичайно важливою його метою є встановлення терапевтичної взаємодії з сім’єю та дитиною, встановлення партнерських стосунків, досягнення спільного бачення проблем, цілей та формування відповідного плану дій.

Базовим методом діагностики СДУГ є клінічне інтерв’ю з батьками та дитиною, за результатами якого встановлюється відповідність виявлених клінічних симптомів діагностичним критеріям МКХ-10. Оцінювання симптомів СДУГ можна проводити за допомогою оціночних шкал: Коннерса, оцінки розвитку та благополуччя дитини (The Development and Well-Being Assessment – DAWBA), контрольної таблиці дитячої поведінки (Child Behavior Checklist – CBCL), анкетного опитувальника сильних і слабких особливостей дитини (Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ), DSM-IV-TR. Для оцінювання

порушень уваги (неуважності) та вольового контролю над мисленням, поведінкою і потягами (імпульсивності) при СДУГ можна використовувати лабораторні психофізіологічні тести: тест на функції уваги з безперервним виконанням (Continuous Performance Test), тест із стоп-завданням (Test with a feet-task).

Діагностичні критерії СДУГ за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) більш жорсткі, ніж СДУГ за діагностичним та статистичним керівництвом за психічними розладами IV перегляду (DSM-IV-TR). Отже, СДУГ, діагностований за критеріями МКХ-10, відповідає тяжкій комбінованій клінічній формі СДУГ за DSM-IV-TR.

Ємілі Симонов, професор, дитячий психіатр інституту психіатрії та Лондонського королівського коледжу (Великобританія) на засіданні робочої групи Міністерства охорони здоров'я України з розробки вимог до програмно-цільового обслуговування дітей з найбільш поширеними формами психічних розладів, вказує на особливості діагностики при СДУГ: симптоми розладу повинні оцінюватися у відповідності до психічного, а не біологічного віку дитини, адже від дитини, чий рівень розвитку не відповідає її вікові важко очікувати поведінки, яка властива її віковій групі. Часто проблема діагностики постає в тому, що діти із СДУГ можуть мати більш низький рівень розвитку, ніж їхні ровесники і необхідно напочатку оцінювати рівень розвитку кожної дитини, а вже потім з'ясовувати, коли поведінка дитини невідповідна до її психічного віку [3]. Найбільш складним в діагностиці СДУГ є врахування коморбідних розладів. В клінічній практиці гіперактивність та розлади уваги найчастіше зумовлені СДУГ. Проте ці розлади можуть виступати зовнішніми ознаками інших станів. До основних з цих станів відносять:

- індивідуальні особливості особистості та темпераменту, коли характеристики поведінки дітей не виходять за межі норми;
- тривожні розлади;
- розлади розвитку шкільних навичок (дислексія, дисграфія, дискалькулія);
- туговухість;
- спадкові синдроми Туретта, Вільямса, Сміта-Маженіса та ін.;

- психічні розлади поведінки, афективні розлади, розумова відсталість, аутизм, шизофренія.

В інших випадках особливості поведінки, в тому числі розлади уваги та гіперактивність можуть бути реакцією дитини на психічну травму, наприклад, на кризову ситуацію в сім'ї, розлучення батьків, конфлікт з учителями, вихователем, батьками, погане ставлення до дитини з боку оточення тощо [7].

Попередня діагностика розладів уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку та молодшого шкільного віку має здійснюватися корекційними педагогами, практичними психологами, у дітей шкільного віку – вчителями та психологами закладів освіти. Діагностика має проводитися шляхом оцінювання дітей за батьківським та вчительським протоколами шкали Коннерса; дослідження їх академічних проблем із встановленням специфічних затримок розвитку мови, шкільних навичок, рухових функцій. Метою попередньої діагностики є виявлення дітей з розладами уваги та гіперактивністю у дошкільних та шкільних закладах, оцінювання їх особливих потреб, пов'язаних з групою первинної підтримки та освітою.

Особливе значення для діагностики має і визначення проблем, пов'язаних зі зміненним патерном родинних взаємин, асоціальною поведінкою батьків, недоброзичливим відношенням до дитини в процесі її виховання, наявністю подій, що призвели до втрати дитиною відчуття власної гідності; дослідження обставин, що можуть свідчити про фізичне чи сексуальне насильство стосовно дитини з боку членів сім'ї [5].

Проблеми психологічної діагностики. Дуже важливу роль у ранньому виявленні СДУГ відіграють педагоги та психологи. У навчально-виховному закладі важко не помітити дитину з гіперактивним розладом. На цьому етапі, щоб запідозрити СДУГ, діагностичний процес не займає багато часу, заповнення скринінгових опитувальників батьками та вихователями, аналіз відомостей про успішність та рівень моторної активності дитини на початковому етапі можуть виявитися достатніми. Але вже наступний етап діагностики має здійснюватися в

рамках мультидисциплінарної команди, до складу якої мають входити як психолог, так психіатр [5, ст.111-129].

Л.А. Ясюкова, вказуючи на вік 3-6 років, як найбільш важливий для виявлення СДУГ, в якості діагностичного матеріалу називає:

- опитувальники для батьків та вчителів;
- матриці Равена;
- тест Векслера;
- діагностику інтелекту та пізнавальної сфери дитини;
- візуально-моторний тест Бендер-Гештальта;
- експрес-діагностику „Лурія-90”, розроблена Є. Г. Симерницькою;
- діагностику відео-моторної корекції (малюнок „Дім-Дерево-Людина”, „Неіснуюча тварина”);
- діагностику емоційного розвитку (тест на рівень тривожності, тест руки тощо) [9].

На думку О. Політики практичні психологи при дослідженні СДУГ діагностичні роботи мають розділяти на декілька аспектів: дослідження когнітивної, емоційної та поведінкової сфер. Так для дослідження інтелекту рекомендується використовувати: тест Векслера, прогресивні матриці Равена; для визначення рівня моторно-зорової координації: візуально-моторний гештальт-тест Бендер; для дослідження уваги та пам'яті: коректурні проби, тест Тулуз-П'єрона, методики „Запам'ятай малюнки” та „Запам'ятай і розстав крапки”. Що ж до дослідження особливостей поведінки рекомендується використовувати опитувальник J. Swanson, при використанні якого знову виникає питання щодо його стандартизації в Україні [4].

Існує й інша точка зору, відповідно якої інформативних психологічних тестів для діагностики СДУГ немає. Багато дітей з СДУГ погано навчаються в школі, що може бути результатом як поведінкових розладів, так і парціальної затримки розвитку. Невстигаючий учень з підозрою на СДУГ повинен пройти тестування на інтелект (по Векслеру), а також звичайну перевірку володіння шкільними навичками [10].

Для діагностики СДУГ використовують опитувальники, та оціночні шкали, які стандартизовані в США, проте не в Україні, а, отже, отримані дані можуть викликати сумнів.

На нашу думку, стан розробленості проблеми психологічної діагностики СДУГ знаходиться на початковому рівні. Враховуючи специфіку розладу, діагностичний процес з використанням вказаного матеріалу та підходів потребує затрати багато часу, неможливості охопити значну кількість дитячої популяції, необхідності адаптувати опитувальники для використання в Україні.

Висновки. Таким чином, теоретичний аналіз проблеми діагностики СДУГ дає підстави стверджувати, що на даний момент в Україні відсутня мультимодальна психодіагностична програма для раннього виявлення СДУГ у дітей. Проблем а потребує подальшого дослідження та створення відповідної діагностичної програми, яка б враховувала всі фактори впливу на формування СДУГ.

Список літератури

1. Брызгунов И.П., Касатикова.Е.В. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 211 с.
2. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. // Медицинский совет. – № 2, 2007.
3. Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б. та ін. Программно-цільове обслуговування дітей та підлітків з гіперкінетичним розладом // Медицинская газета «Здоровье Украины». – № 5 / 1. – 2009.
4. Мони́на Г.Б., Лютова-Робертс Е.К., Чутко Л.С. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь: Монография.– СПб.: Речь, 2007.– 186 с.
5. Очеретяная Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей и подростков: проблема родителей или общества? Принципы диагностики, лечения и социальной адаптации детей с СДВГ. // Медицинская газета «Здоровье Украины». – № 23 / 1. – 2008.
6. Политика О.И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. – СПб.: Речь, 2008. – 208 с.
7. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. – Львів: Джерело. 2008. – 326с.
8. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. – М.: ТЦ Сфера, 2008 – 128с.
9. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД (Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций – методическое руководство). – СПб, 2001.
10. Пушкина Т.П. Медицинская психология. – Новосибирск: Научно-учебный центр психологии НГУ, 1996.
11. www.psihiatria.rv.ua