

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГИПЕРАКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА С ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ КАК ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Е.С. Правило

Гиперактивное расстройство с дефицитом внимания рассматривается как отдельный дисрегуляторный патопсихологический синдром. Выявлено, что это нарушение характеризуется первичным дефицитом внимания, импульсивностью, гиперактивностью и двигательными нарушениями; вторично отмечаются расстройства когнитивных функций.

Ключевые слова: гиперактивное расстройство с дефицитом внимания, дисрегуляторный патопсихологический синдром.

В настоящее время гиперактивное расстройство с дефицитом внимания (ГРДВ) является одним из наиболее распространенных нарушений в детском возрасте. В пато- и нейропсихологии изучаются психологические причины гиперактивности с дефицитом внимания и структурно-функциональная организация психологических механизмов нарушенной при этом расстройстве психической деятельности. Таким образом, при психологическом исследовании требуется раскрывать клинико-психологические механизмы возникновения и протекания этого расстройства с указанием нарушенных звеньев психической деятельности.

В связи с этим целью исследования явился развернутый клинико-психологический анализ ГРДВ как синдромно-организованного психического нарушения (патопсихологического синдрома) с выделением его структурных элементов и оценка его возрастной специфики на материалах экспериментально-психологического исследования детей дошкольного возраста. В результате теоретического анализа проблемы была выдвинута следующая гипотеза исследования: нарушения психической деятельности при гиперактивности с дефицитом внимания у детей дошкольного возраста имеют сложную иерархическую картину, определяющуюся, с одной стороны, спецификой системной организации нарушений психической деятельности в виде патопсихологического синдрома и, с другой стороны, особенностями сензитивности этого этапа онтогенеза в норме и патологии, оказывающими значительное влияние на развитие личности, что требует разработки специальной системы психологической диагности-

ки, интерпретации и квалификации этих нарушений.

Исходя из поставленной цели, нами была разработана модель гиперактивности с дефицитом внимания как дисрегуляторного патопсихологического синдрома (ДПС). В отечественной литературе патопсихологический синдром описывается как структурное компонентное образование [1, 4]. Такой подход позволяет рассматривать ДПС в системе «компонент – субкомпонент – признак». Таким образом, ДПС включает в себя ряд психологических субкомпонентов – дефицит внимания, гиперактивность, импульсивность, двигательные, динамические и когнитивные расстройства. Субкомпоненты «дефицит внимания», «гиперактивность», «импульсивность» и «двигательные расстройства» составляют организационный компонент ДПС. Субкомпоненты «динамические расстройства» и «когнитивные расстройства» характеризуют соответственно динамический и операциональный компоненты ДПС. Этот патопсихологический синдром также включает в себя и мотивационный компонент (не изучался в данном исследовании). В свою очередь, каждый субкомпонент представлен совокупностью признаков, клинико-психологическим аналогом которых является симптом, устанавливаемый в том числе и при экспериментально-психологическом исследовании. Кроме этих основных признаков могут наблюдаться и дополнительные, выявляемые лишь при решении той или иной специфической задачи патопсихологического исследования. В соответствии с вышеизложенным теоретическая структурно-компонентная модель ДПС может быть представлена следующим образом (табл. 1).

Предложенная модель явилась основанием для организации клинико-психологического исследования и интерпретации его результатов.

Для решения поставленной цели из перечня классических пато-нейропсихологических методик была сформирована батарея психодиагностических методик (табл. 2).

Таблица 1

Структура дисрегуляторного патопсихологического синдрома

Компонент	Субкомпонент	Основные признаки субкомпонентов
Организационный	Дефицит внимания	1. Отвлекается на посторонние стимулы
		2. Совершает ошибки, исправляет их после организующей помощи
		3. Не доделывает задание до конца
	Гиперактивность	1. Беспкойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, ребенок корчится, извивается; старается встать с места
		2. Болтлив (чрезмерная речевая активность)
		3. Совершает множество лишних движений
	Импульсивность	1. Не думает перед тем, как действовать
2. На вопросы часто отвечает, не выслушивает их до конца		
3. Не может дождаться вознаграждения		
Двигательные расстройства	1. Некоординированность движений мелкой моторики рук	
Динамический	Динамические расстройства	1. Низкий темп деятельности
		2. Увеличение числа ошибок к концу методики
		3. Цикличность (неравномерность) темпа деятельности во время выполнения методики
Операциональный	Когнитивные расстройства	1. Нарушения внимания.
		2. Нарушения восприятия.
		3. Нарушения памяти.
		4. Нарушения мышления

Таблица 2

Батареи психодиагностических методик для исследования
гиперактивного расстройства с дефицитом внимания

3 года	4–6 лет	7 лет
Классификация		
Заучивание слов		
пяти	семи	десяти
	Корректирующая проба	
«кулак – ребро», «ладонь – кулак»		
Четвертый лишний		
Лабиринты		
Разрезные картинки		
Копирование		
Последовательность событий		
	Недостающие детали	
	Звуковые ритмы	
Зрительное запоминание		
	Зашумленные изображения	
Конструирование из палочек		
	Нелепицы	
Пробы на праксис позы пальцев		

Указанные методики позволяют исследовать, с одной стороны, характеристики психических функций у детей соответствующего возраста, с другой стороны – указанные выше компоненты ДПС.

Регистрация психодиагностических данных во всех методиках осуществлялась по единым критериям оценки. В этих критериях выделялись две группы: 1) *основные* – единые для всех методик критерии оценки; 2) *дополнительные* – специфические для каждой методики критерии оценки. Эти критерии соответствуют выделенным признакам ДПС. По основным и дополнительным критериям (признакам) ДПС оценивались его субкомпоненты – дефицит внимания, гиперактивность, импульсивность, двигательные расстройства, динамические расстройства и нарушения познавательных функций (табл. 3).

Было обследовано 153 ребенка (111 мальчиков и 42 девочки). На ряде этапов исследования в соответствии с возрастом испытуемые

были разделены на 3 подгруппы: 1) дети в возрасте от 3 до 4 лет включительно – 53 человека; 2) дети в возрасте 5 лет – 29 человек; 3) дети в возрасте от 6 до 7 лет включительно – 71 человек.

Результаты исследования

Характеристика организационного компонента ДПС

Как отмечалось выше, к основным субкомпонентам организационного компонента ДПС относятся нарушения внимания, гиперактивность, импульсивность и двигательные нарушения. Данные выполненного нами исследования свидетельствуют, что все указанные расстройства отмечаются у большинства испытуемых обследованной выборки.

По нашим данным, *дефицит внимания* преимущественно наблюдается в более легких формах, нежели в более тяжелых, что проявляется в легко возникающей отвлекаемости детей на посторонние стимулы, не связанные

Таблица 3

Основные клиничко-психологические критерии оценки проявления признаков ДПС при проведении патопсихологического исследования

Субкомпоненты ДПС	Наблюдаемые признаки	Балл (0–1)
Дефицит внимания	1. Отвлекается на посторонние стимулы	
	2. Совершает ошибки, исправляет их после организующей помощи	
	3. Не доделывает задание до конца	
Гиперактивность	1. Беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, ребенок корчится, извивается; старается встать с места	
	2. Болтлив (чрезмерная речевая активность)	
	3. Совершает множество лишних движений	
Импульсивность	1. Не думает перед тем, как действовать	
	2. На вопросы часто отвечает, не выслушивает их до конца	
	3. Не может дожидаться вознаграждения	
Двигательные расстройства	1. Некоординированность движений мелкой моторики рук	
Динамические расстройства	1. Низкий темп деятельности	
	2. Увеличение числа ошибок к концу методики	
	3. Цикличность (неравномерность) темпа деятельности во время выполнения методики	
Когнитивные расстройства	<p>0 баллов: ребенок сразу начинает сотрудничать с взрослым, принимает и понимает задание и самостоятельно находит способ его выполнения;</p> <p>1 балл: ребенок начинает сотрудничать с взрослым, принимает задание, понимает его цель, но самостоятельно задание не выполняет; в процессе диагностического обучения действует адекватно, а затем переходит к самостоятельному способу выполнения задания;</p> <p>2 балла: ребенок принимает задание, начинает сотрудничать с взрослым, стремится достичь цели, но самостоятельно выполнить задание не может; в процессе диагностического обучения действует адекватно, но после обучения не переходит к самостоятельному выполнению задания;</p> <p>3 балла: ребенок не сотрудничает с взрослым, ведет себя неадекватно по отношению к заданию и не понимает его цели</p>	

с выполнением того или иного задания. Для них характерны ошибки, в основе которых лежат не расстройства собственно познавательной деятельности, а недостаточность внимания в целом. Так, вследствие дефицита внимания ребенок может выделять не все признаки или детали объектов или находить не все предметы по выбранному признаку при требовании квалификации одновременно нескольких предметов или изображений. Из-за невнимательности ребенок может включать лишние фигуры, не соответствующие выбранному признаку, путать перцептивно близкие или даже далекие объекты (например, при выполнении проб на классификацию, выделение существенного признака, при установлении последовательности событий или при рисовании и конструировании по образцу). Из-за трудностей сосредоточения внимания нарушается активизация собственно мнестических функций (например, при заучивании слов или зрительном запоминании, что при воспроизведении стимулов по памяти проявляется снижением объема припоминания, конфабуляциями и повторением уже ранее сказанного). Из-за проблем переключения внимания ребенок также испытывает трудности перехода с одного вида деятельности на другой (в частности, во время выполнения проб на праксис). Эти результаты согласуются с имеющимися в литературе данными о наличии у детей с ГРДВ указанных нарушений, объясняемых недостаточностью механизмов произвольного внимания [2, 3]. Таким образом, экспериментально доказано, что дефицит внимания в этиологическом плане является центральным звеном нарушений организации психической деятельности, так как расстройства этой функции приводят к трудностям саморегуляции и вызывает нарушения всех остальных высших психических функций – восприятия, памяти, мышления и др.

Важным диагностическим критерием оценки дефицита внимания как нарушения регуляции, а не познавательной деятельности является то, что испытуемые способны либо самостоятельно заметить свои ошибки и исправить их, либо обращают на них внимание при организующей помощи со стороны взрослого и затем их самостоятельно корректируют.

Вследствие неустойчивости своего внимания дети склонны не доделывать предложенное им задание до конца, что является еще одной особенностью дефицитарности внимания у детей с ГРДВ. Таким образом, полученные нами данные подтверждают мнение авторов о том, что ГРДВ характеризуется дефици-

том активационного компонента внимания [3 и др.], из-за чего возникают трудности поддержания работоспособности и мотивации при выполнении задания до конца.

Отмечая возрастные особенности проявления невнимательности, следует подчеркнуть, что чаще этот субкомпонент ДПС диагностируется у младших дошкольников и детей 5 лет, чем у старших дошкольников. При этом у детей отмечаются очевидные тенденции проявления более тяжелых расстройств внимания в 3–4 года, а более легких – в 6–7 лет. Для старших дошкольников более характерны, нежели чем для младших, слабые нарушения внимания. Для младших дошкольников, напротив, более свойственна сильная невнимательность. Следовательно, с возрастом отмечается уменьшение симптоматики ГРДВ и степени выраженности дефицита внимания.

Гиперактивность у изучаемых детей, как правило, выражена умеренно или сильно. По данным клинико-психологического исследования, это нарушение характеризуется двигательной гиперактивностью, проявляющейся множественными избыточными движениями, которые не связаны непосредственно с данным заданием (например, при выполнении проб на праксис). Во время заданий гиперактивный ребенок не может сидеть спокойно за столом, постоянно старается встать с места. Также он может совершать неадекватные заданию избыточные действия с представленным ему материалом, как например, в методиках с множественным инструментарием («Лабиринты», «Конструирование из палочек», «Последовательности событий» и др.). Кроме этого, у детей дошкольного возраста отмечается речевая гиперактивность и гиперпродукция, проявляющаяся избыточными комментариями происходящего при обследовании и отвлеченными от тематики задания разговорами.

При анализе возрастного аспекта проблемы следует отметить, что в 5 лет гиперактивность преимущественно выражена умеренно или сильно, а в младшем дошкольном возрасте чаще, чем в старшем, отмечается слабая гиперактивность. Другие явные возрастные различия в характеристиках этого субкомпонента ДПС не обнаруживаются. Это, главным образом, свидетельствует об отсутствии специфики возрастной динамики признаков гиперактивности.

Импulsивность у детей разного возраста проявляется как в более тяжелых, так и в более легких формах. Это нарушение у дошкольников выражается в том, что они перед началом выполнения заданий не осуществляют предварительной ориентировки в задаче,

испытывают трудности в планировании деятельности, а сразу начинают предпринимать практические попытки что-либо сделать. Дети не дослушивают до конца инструкцию, вопросы или комментарии взрослого и пытаются ответить на его реплики, не услышав обратной связи или собственно обращенного к ним вопроса. Импульсивность также выражается в том, что во время выполнения заданий дошкольники испытывают постоянную потребность в одобрении и не могут дождаться окончания задания или какого-либо его этапа, чтобы получить поощрение со стороны взрослого.

У детей старшего дошкольного возраста имеется закономерность к более частому проявлению импульсивности, чем у младших дошкольников. Младшие дошкольники, как правило, проявляют более слабую импульсивность, чем выраженную, а у детей 5 лет выявляется обратная закономерность. Умеренная степень импульсивности в ряде методик чаще обнаруживается у старших дошкольников, чем у младших. Сильная импульсивность, наоборот, более характерна для детей 3–4 лет, чем 6–7 лет. В целом показатели импульсивности значительно не отличаются у всех 3 групп детей дошкольного возраста, что свидетельствует об отсутствии значительной динамики в развитии этого расстройства. Вместе с тем следует отметить, что импульсивность более часто встречается в старшем дошкольном возрасте, но при этом она выражена менее интенсивно, чем у более младших детей.

Двигательные расстройства характеризуются, главным образом, некоординированностью движений мелкой моторики рук, т.е. отмечаются сложности согласования движений рук (в частности, при выполнении пробы на праксис). Например, дети испытывают трудности удерживать в руках различные предметы (например, карандаш, указку), они испытывают трудности при письме и рисовании – у большинства дошкольников в рисунках можно отметить незначительные искажения и легкие асимметрии (например, при выполнении методик «Корректирующая проба», «Лабиринты», «Копирование»).

У дошкольников с ГРДВ указанные нарушения чаще определяются как более легкие. Так, у большинства детей, несмотря на дифференцированность движений, нарушены способности к их серийной организации.

Важным диагностическим признаком расстройств саморегуляции является то, что дошкольники могут корректировать ошибки и контролировать свои действия в случае оказания им массивной стимулирующей или органи-

зующей помощи. Этот вывод свидетельствует о том, что у детей нарушены, главным образом, именно организационные и регуляторные компоненты двигательного акта, которые тесно связаны в том числе и с функциями внимания.

У старших дошкольников чаще, чем в 3–5 лет, отсутствуют двигательные дисфункции. Если эти нарушения у них и диагностируются, они, как правило, носят слабовыраженный характер. Незначительные нарушения двигательных функций в целом более свойственны для этого возраста, нежели для младших дошкольников, так как дети 3–5 лет преимущественно имеют сильные нарушения указанных функций.

Характеристика динамического компонента ДПС

Динамические расстройства психической деятельности у дошкольников с ГРДВ чаще имеют легкую выраженность. Данные нарушения могут проявляться в нескольких вариантах. Во-первых, во время выполнения заданий отмечается стабильно низкий темп деятельности, инертность и тугоподвижность. Во-вторых, у некоторых детей с ГРДВ выявляется неравномерный и циклический темп деятельности, характеризующийся наличием периодов подъема и спада психической активности в период решения задачи. В-третьих, динамические нарушения выражаются в невозможности восстановления работоспособности и истощении, когда к концу выполнения того или иного задания дети начинают совершать больше ошибок, чем в начале.

У детей 3–5 лет в большинстве случаев динамические нарушения проявляются постоянно, на протяжении всего исследования. В старшем дошкольном возрасте показатели нарушения этого радикала в течение всего обследования изменяются и обнаруживаются неравномерно во времени, что также свидетельствует о цикличности умственной работоспособности. В 6–7 лет динамические нарушения встречаются реже, чем у детей 3–4 лет и 5 лет. Кроме этого, у старших дошкольников чаще, нежели у младших, выявляются более слабые нарушения работоспособности. В 3–4 года обнаруживаются преимущественно сильные расстройства динамики психической деятельности. Следовательно, по мере взросления детей снижается интенсивность проявления этого субкомпонента ДПС.

Характеристика операционального компонента ДПС

Расстройства познавательной сферы у детей с ГРДВ преимущественно носят легкий ха-

ракти. Подобные нарушения проявляются в том, что ребенок с ГРДВ понимает цель предложенных ему заданий, но сразу самостоятельно и правильно их выполнить не может, ему требуется организующий либо более серьезный вид помощи со стороны взрослого. После стимуляции либо непосредственно обучения ребенок может сам правильно выполнять аналогичные задания. Это свидетельствует о наличии зоны ближайшего развития у детей с ГРДВ и о том, что когнитивные нарушения у них не носят грубый и тотальный характер, являются вторичными и вызваны расстройствами организационных аспектов деятельности.

Анализ возрастных особенностей проявления операционального компонента показывает, что для детей 3–5 лет более характерны тяжелые когнитивные дисфункции, нежели слабые. Эти расстройства у них более выражены, чем у старших дошкольников. У последних, в свою очередь, чаще обнаруживаются легкие нарушения познавательных процессов. Кроме того, установлено, что во всех возрастах преимущественно встречаются более легкие расстройства, нежели тяжелые.

Таким образом, у большинства испытуемых выявлены очевидные признаки дефицита внимания, гиперактивности, импульсивности, а также двигательные, динамические и когнитивные нарушения. При этом с возрастом отмечается уменьшение, редукция симптоматики ГРДВ, что подтверждает гипотезу о роли возрастного фактора в этиопатогенезе ГРДВ и свидетельствует о необходимости разработки психодиагностических технологий исследования этого расстройства в группах разновозрастных детей.

Выводы

Синдром ГРДВ характеризуется первичными нарушениями организационного и динамического компонентов деятельности. Организационный компонент проявляется расстройствами саморегуляции и целенаправленности; динамический – лабильностью, утомляемостью и замедленным темпом деятельности. Нарушения операционального компонента деятельности являются вторичными и характеризуются, прежде всего, снижением

функционирования познавательных психических функций. Указанные нарушения носят в основном легкий характер. С возрастом отмечается снижение интенсивности признаков ГРДВ. Такие субкомпоненты, как гиперактивность и импульсивность значительно не изменяются с возрастом. Это свидетельствует о нарушении способностей к произвольной регуляции деятельности и саморегуляции и стойкого характера таких нарушений, что является центральным дефектом системной организации деятельности при ГРДВ.

Таким образом, получает свое подтверждение гипотеза о том, что ГРДВ отличается от выделенных ранее патопсихологических синдромов по этиопатогенетическому фактору, клинико-психологической картине и имеет синдромно иерархическое строение дефекта. Как следствие это нарушение может рассматриваться как самостоятельный дисрегуляторный патопсихологический синдром.

Полученные нами данные и способ их интерпретации и анализа подтверждают системный характер нарушений при ГРДВ и укладываются в принципы патопсихологической диагностики при исследовании классических патопсихологических синдромов.

Литература

1. Блейхер, В.М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Бокков. – М.: Изд-во Московского психолого-социального института; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2006. – 624 с.
2. Гурьева, М.Б. Диагностика и коррекция когнитивных нарушений при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью у детей школьного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Б. Гурьева. – М., 2004. – 25 с.
3. Крупская, Е.В. Особенности организации внимания у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (аналитический обзор) / Е.В. Крупская, Р.И. Мачинская // Журнал высшей нервной деятельности. – 2006. – Т. 56. – С. 731–741.
4. Практикум по патопсихологии / под ред. Б.В. Зейгарник, В.В. Николаевой, В.В. Лебединского. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 184 с.

Поступила в редакцию 3 сентября 2009 г.

Правило Екатерина Сергеевна. Старший преподаватель кафедры клинической психологии Южно-Уральского государственного университета: e_prav@rambler.ru.

Ekaterina S. Pravilo. Assistant of professor of Department of Clinical Psychology, South Ural State University: e_prav@rambler.ru.