

На правах рукописи



ПРАВИЛО

Екатерина Сергеевна

**ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРАКТИВНЫМИ
РАССТРОЙСТВАМИ И ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ**

Специальность 19.00.04 – «Медицинская психология»

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург

2010

Работа выполнена на кафедре клинической психологии Южно-Уральского государственного университета

Научный руководитель – кандидат медицинских наук, доцент
Беребин Михаил Алексеевич.

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор
Мамайчук Ирина Ивановна,
кандидат психологических наук, доцент
Малкова Елена Евгеньевна.

Ведущая организация – Санкт-Петербургская государственная
медицинская академия им. И.И. Мечникова.

Защита состоится «__» _____ 2010 года, в _____ часов, на заседании совета Д 212.232.22 по защите докторских и кандидатских диссертаций при Санкт-Петербургском государственном университете по адресу: 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова д.6, ауд. 227, факультет психологии.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке им. М. Горького при Санкт-Петербургском государственном университете по адресу: г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9.

Автореферат разослан «__» _____ 2010 года.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор психологических наук, профессор



В.Д. Балин

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования.

В настоящее время одним из актуальных вопросов детской клинической психологии является проблема гиперактивных расстройств с дефицитом внимания (ГРДВ). Это нарушение проявляется несвойственными для нормальных возрастных показателей гиперактивностью, дефицитом внимания, импульсивностью, проблемами во взаимоотношениях с окружающими. В настоящее время накоплено большое число теоретических и эмпирических данных по проблеме ГРДВ. Между тем, остаются неразрешенными, а в ряде случаев и не поднятыми в научном сообществе, ряд теоретических и практических вопросов по проблеме.

Во-первых, в исследованиях, посвященных эпидемиологии ГРДВ, отмечается широкий разброс показателей распространенности этого нарушения в детской популяции – от 1 до 47% (Заваденко Н.Н., 2001–2005), что отражает наличие в научном сообществе различных методологических подходов к верификации ГРДВ. Кроме этого, ГРДВ, как правило, не рассматривается как самостоятельный психологический феномен. Между тем, при ГРДВ отмечается очевидная специфика патопсихологической симптоматики, качественно отличающая его от других нарушений психики.

Во-вторых, не разработаны единые патопсихологические диагностические основания и обоснования используемых технологий патопсихологической диагностики ГРДВ.

В-третьих, большинство публикаций по проблеме ГРДВ отражают результаты исследования психологических особенностей детей школьного возраста. В этих исследованиях не описываются патопсихологические характеристики детей дошкольного возраста с различными вариантами дисрегуляторных расстройств, включая дисрегуляцию внимания и поведения. В свою очередь, своевременное выявление и коррекция нарушений при ГРДВ в дошкольном возрасте могут позволить минимизировать социальную дезадаптацию такого ребенка в школьном возрасте.

Цель исследования: изучение гиперактивного расстройства с дефицитом внимания с позиции патопсихологического синдромного анализа на материалах экспериментально-психологического исследования детей дошкольного возраста и оценка возрастной специфики выявляемых отклонений.

Объект исследования: гиперактивное расстройство с дефицитом внимания у детей дошкольного возраста.

Предмет исследования: патопсихологическая характеристика организационного, динамического и операционального компонентов патопсихологического синдрома гиперактивности с дефицитом внимания у детей дошкольного возраста.

В соответствии с заданной целью, объектом и предметом исследования были поставлены следующие задачи:

1. Анализ существующих теоретических подходов и практики исследования гиперактивности с дефицитом внимания в детской клинической психологии на основе использования базовых положений отечественной пато- и нейропсихологии и психологии аномального развития.



2. Исследование проявлений гиперактивности и дефицита внимания у детей дошкольного возраста в категориях и критериях патопсихологического синдрома и определение психологических механизмов его этиопатогенеза.

3. Определение диагностических мишеней для психологического исследования ГРДВ, формирование батареи психодиагностических методик и обоснование системы многомерной интерпретации результатов диагностики дошкольников разного возраста с помощью предлагаемой технологии качественно-количественной оценки нарушений психического развития детей с ГРДВ.

4. Исследование патопсихологической картины нарушений психической деятельности у детей с ГРДВ в соответствии с разработанной технологией проведения диагностики и оценки результатов исследования детей дошкольного возраста.

5. Выделение патопсихологических характеристик организационного, динамического и операционального компонентов нарушенной психической деятельности у детей дошкольного возраста с ГРДВ и последующее отражение этих характеристик в составе нового единого патопсихологического синдрома.

6. Анализ совокупности полученных данных экспериментально-психологического исследования детей с ГРДВ с целью определения психодиагностической информативности методик и предложенной системы многомерной интерпретации результатов для решения задач дифференциальной скрининговой и экспресс-диагностики.

Гипотезы исследования:

- Нарушения психической деятельности при ГРДВ у детей дошкольного возраста имеют сложную иерархическую картину, укладывающуюся в принятую в отечественной патопсихологии структуру патопсихологического синдрома в составе организационного, динамического, операционального и мотивационного его компонентов.

- Структура гиперактивности с дефицитом внимания как патопсихологического синдрома имеет качественные различия в разных возрастных периодах, определяемые как патогенетическими факторами, так и факторами онтогенеза.

Методы исследования. В соответствии с целями и задачами исследования в качестве основных методов использовались: психодиагностический метод (включает комплекс нейро- патопсихологических методик, направленных на изучение высших психических функций в детском возрасте); математико-статистический метод (обработка данных с помощью ПК с использованием приложения Microsoft Excel for Windows-2000).

Методологические и теоретические основы исследования:

1) концепция патопсихологического синдрома, разработанная Б.В. Зейгарник (1986), И.А. Кудрявцевым и соавт. (1989), В.М. Блейхером и соавт. (1996, 2006);

2) дизонтогенетическая концепция В.В. Лебединского (2003);

3) системный подход, разработанный Б.Ф. Ломовым (1984);

4) технологии оценки психического развития ребенка, разработанные, Е.А. Стребелевой и соавт. (2005), Н.Я. Семаго и соавт. (2005), и их принципы качественно-количественного представления, предложенные Л.И. Вассерманом и соавт. (1997) и Ж.М. Глоzman и соавт. (2006).

Положения, выносимые на защиту:

1. Наблюдаемые при ГРДВ нарушения являются системным синдромальным образованием (патопсихологическим синдромом). Установленное в исследовании качественное своеобразие патопсихологической симптоматики при ГРДВ существенно отличает ее от представленных в литературе патопсихологических описаний традиционных патопсихологических синдромов. Выявленные нарушения при ГРДВ не позволяют причислить их ни к одному из выделенных ранее патопсихологических синдромов.

2. Качественное своеобразие и специфичность патопсихологической картины при ГРДВ позволяет определить ее как отдельный дисрегуляторный патопсихологический синдром (ДПС). В то же время отмечаемая в современной детской пато- и нейропсихологии и психологии дизонтогенеза неоднозначность подходов к оценке этого нарушения требует определения психологических характеристик гиперактивности с нарушениями внимания. Распространенность этого нарушения в детской популяции является дополнительным аргументом необходимости проведения такого рода исследований и дискуссий.

3. ГРДВ как дисрегуляторный патопсихологический синдром характеризуется первичными нарушениями организационного компонента деятельности (дефицитом внимания, импульсивностью и гиперактивностью), нарушениями динамического компонента деятельности (стабильно низким или цикличным темпом деятельности и истощаемостью) и вторичными расстройствами операционального компонента деятельности (нарушениями восприятия, памяти и мышления). Указанные нарушения у детей дошкольного возраста имеют незначительную выраженность и с возрастом имеют очевидную тенденцию к снижению, за исключением симптомов гиперактивности и импульсивности. Полученные в исследовании данные доказательно свидетельствуют о нарушении способностей к произвольной регуляции деятельности и саморегуляции, что рассматривается как центральный дефект в структуре патопсихологического синдрома при ГРДВ.

4. Предложена технология качественно-количественной оценки нарушений психического развития у детей дошкольного возраста с гиперактивными расстройствами и дефицитом внимания, позволяющая осуществлять оценку симптомов ГРДВ в нескольких плоскостях (планах исследования по Б.Ф. Ломову). Во-первых, по результатам патопсихологического исследования осуществляется оценка состояния основных психических функций; во-вторых, на основе комплекса психодиагностических данных проводится квалификация гиперактивности с дефицитом внимания как дисрегуляторного патопсихологического синдрома с выделением его организационного, динамического и операционального компонентов. Разработанный алгоритм психодиагностического исследования детей дошкольного возраста с гиперактивностью и дефицитом внимания и полученные данные о диагностической информативности используемых методик позволяют решить задачи скрининговой и экспресс-диагностики таких детей.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования.

1. Впервые ГРДВ рассматривается как системный патопсихологический феномен.

2. Систематизированы имеющиеся в литературе данные о патопсихологическом синдроме; выделены основные характеристики (критерии) патопсихологического синдрома. Впервые на основе анализа имеющейся литературы, результатов экспериментального исследования детей с гиперактивностью и дефицитом внимания выделяется самостоятельный вариант патопсихологического синдрома – дисрегуляторный патопсихологический синдром (ДПС).

3. Разработана технология проведения диагностического обследования и алгоритм обработки полученных данных, позволяющие выявить у детей дошкольников признаки гиперактивности и дефицита внимания.

4. Выявлены возрастные особенности состояния высших психических функций детей всех дошкольных возрастов с гиперактивностью и дефицитом внимания, характерные для 3-х возрастных онтогенетических этапов развития: 4 года, 5 лет и 6–7 лет (младший, средний и старший дошкольный возраст соответственно) и представлена их патопсихологическая характеристика.

Практическая значимость результатов исследования связана с разработкой, адаптацией и внедрением методов качественно-количественной диагностики гиперактивности с нарушениями внимания у детей дошкольного возраста. Выявленные патопсихологические характеристики ГРДВ у детей-дошкольников дают теоретическую и методическую основу для разработки соответствующих профилактических, развивающих, психотерапевтических и реабилитационных программ.

Надежность и достоверность полученных результатов и выводов исследования обеспечиваются:

- наличием теоретико-методологических оснований исследования;
- непротиворечивостью проанализированных теоретических и полученных экспериментальных данных;
- применением методов, адекватных цели, предмету и задачам исследования;
- использованием общепринятых в медицинской психодиагностике апробированных пато-нейропсихологических методик;
- репрезентативным характером выборки испытуемых.

Апробация и внедрение результатов исследования.

Теоретические и экспериментальные результаты обсуждались на научно-практических конференциях и семинарах в Южно-Уральском государственном университете (ЮУрГУ) г. Челябинска (2007–2009), МОУ для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, центре лечебной педагогики и дифференцированного обучения Metallургического района г. Челябинска (2007), Кризисном центре (Челябинск, 2009). По материалам диссертационного исследования на кафедре клинической психологии ЮУрГУ выполнено 2 курсовые работы, 2 дипломных проекта, 2 выпускных квалификационных работы. По теме исследования опубликовано 13 работ.

Объем и структура диссертации.

Диссертация состоит из введения, пяти глав (двух глав литературного обзора; экспериментальной части, включающей описание материалов и методов исследования; двух глав с результатами собственного исследования и его обсуждением), выводов, заключения, библиографии и 10 приложений. Основное содер-

жание диссертации изложено на 187 страницах и включает в себя 32 таблицы, 17 рисунков. Библиографический список содержит 152 источника, из них 67 на иностранных языках.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во «Введении» отмечается актуальность избранной темы диссертационного исследования, определены объект, предмет, цель, задачи и гипотеза исследования, обозначается научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, формулируются положения, выносимые на защиту.

В главе 1 «Обзор научной литературы по проблеме гиперактивного расстройства с дефицитом внимания», состоящей из 4 параграфов, представлен обзор теоретических работ, посвященных вопросам ГРДВ.

В разделе 1.1 рассматриваются исторические аспекты изучения ГРДВ. Приведенный исторический анализ подходов к пониманию феномена ГРДВ раскрывает длительную эволюцию как самого научного термина, так и его определений и различных систематик критериев диагностики (классификаций).

В разделе 1.2 описаны клинические диагностические критерии ГРДВ, представленные в известных классификациях психических расстройств - DSM-IV, МКБ-10, СFTMEA¹-R 2000. В указанных классификация болезней ГРДВ характеризуется следующими общими признаками: 1) триадой симптомов ГРДВ – «дефицит внимания – импульсивность – гиперактивность» (кроме классификации СFTMEA); 2) указанием на несоответствие поведенческих реакций при ГРДВ критериям возрастного развития; 3) выделением широты спектра проявлений симптомов ГРДВ, которые обязательно должны отмечаться в социальных сферах деятельности. Возрастные, временные и количественные признаки возникновения и развития ГРДВ не являются жесткими и отличаются в разных классификациях.

В разделе 1.3 выделяются две группы факторов риска возникновения и развития ГРДВ. К первой группе относятся генетические и биологические (нейробиологические, токсические, инфекционные, механические и пр.) факторы. Вторая группа факторов – социально-психологические, включающие в себя совокупность вне- и внутрисемейных негативных влияний. При этом с возрастом ребенка, страдающего ГРДВ, возрастает роль социально-психологических факторов в этиопатогенетических психологических механизмах этого расстройства. В настоящее время это нарушение рассматривается преимущественно с позиций многофакторной или биопсихосоциальной модели.

В разделе 1.4 на основе анализа параметров дизонтогенеза, выделенных В.В. Лебединским, описывается психологическая характеристика ГРДВ. К этим параметрам относятся: 1) функциональная локализация нарушения; 2) временной фактор в возникновении симптомов дизонтогенеза; 3) первичность и вторичность характера нарушения. Кроме этого, в соответствии с критериями В.В. Лебединского, особенности дизонтогенеза необходимо также рассматривать с учетом параметра «расстройства формирования межфункциональных связей».

¹ La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (франц.).

В главе 2 «Проблема квалификации гиперактивного расстройства с дефицитом внимания» описываются разработанные теоретические основания предлагаемого подхода к пониманию ГРДВ как патопсихологического феномена.

В разделе 2.1 ГРДВ рассматривается и описывается как системное явление (в соответствии с методологией, предложенной Б.Ф. Ломовым), включающее в себя множество элементов, находящихся в отношениях и связях друг с другом и образующих определенную целостность, единство.

В разделе 2.2 выделены и описаны основные характеристики (критерии) патопсихологического синдрома: 1) системно-организованная природа образования; 2) локализация наблюдаемых на пато- и нейропсихологическом уровне нарушений функционирования центральной нервной системы; 3) наличие четырех его составляющих (организационный, процессуальный, операциональный и эмоционально-мотивационный компонентов деятельности); 4) выполнение двойственного назначения – относительная соотнесенность с нозоспецифической симптоматикой заболевания, с одной стороны, и с типом дизонтогенеза психики, с другой; 5) возможность установления фактора «первичности-вторичности» формирования этой патологии.

Сделано обобщение, что анализ описываемой в литературе патопсихологической картины ГРДВ дает все основания рассматривать это нарушение как вид патопсихологического синдрома, поскольку патопсихологическая симптоматика при ГРДВ соответствует всем пяти системообразующим критериям такого синдрома. Произведен сравнительный анализ патопсихологических симптомов, важных для дифференциальной диагностики ГРДВ. Сделан вывод, что базовым ядром этого нарушения, в отличие от уже выделенных патопсихологических синдромов (Нуллер Ю.Л., 1993; Блейхер В.М., 2006), является первичная дисфункция регуляторной сферы, обусловленная легкими церебральными органическими поражениями. Поэтому ГРДВ на пато- и нейропсихологическом уровне можно определить как «дисрегуляторный патопсихологический синдром» (ДПС).

В разделе 2.3 дана теоретическая психологическая характеристика ГРДВ как дисрегуляторного патопсихологического синдрома. Это расстройство как патопсихологический синдром включает в себя организационный, динамический, операциональный и эмоционально-мотивационный компоненты. Первичные расстройства связаны с нарушениями функций регуляции психической деятельности и мотивационной сферы. Возникающие при этом расстройстве гностические и речевые нарушения носят вторичный характер и обуславливаются дисрегуляторными явлениями. В основе указанных расстройств лежат нарушения следующих нейропсихологических факторов: 1) модально-неспецифических; 2) связанных с работой ассоциативных (третичных) областей коры больших полушарий головного мозга. Кроме этого, этиопатогенетической основой возникновения нарушений являются дисфункции корково-подкорковых взаимодействий.

В разделе 2.4 представлена дизонтогенетическая характеристика ГРДВ у детей. Показано, что ГРДВ имеет очевидные признаки дизонтогенеза и может рассматриваться как отдельный вариант аномалии развития психики в детском

возрасте. Представлены основные классификации дизонтогенеза, в каждой из которых определено место гиперактивности с дефицитом внимания.

Глава 3 «Материалы и методы исследования».

В разделе 3.1 представлена модель ГРДВ как дисрегуляторного патопсихологического синдрома (ДПС) в научных психологических терминах и понятиях. Это расстройство включает в себя ряд психологических субкомпонентов – дефицит внимания, гиперактивность, импульсивность, двигательные, динамические и когнитивные расстройства. Обосновано, что субкомпоненты «дефицит внимания», «гиперактивность», «импульсивность» и «двигательные расстройства» составляют организационный компонент синдрома, а субкомпоненты «динамические расстройства» и «когнитивные расстройства» образуют соответственно динамический и операциональный компоненты ДПС. В свою очередь, каждый субкомпонент представлен совокупностью признаков – основных и дополнительных. Предложенная модель явилась основанием для организации патопсихологического исследования и интерпретации его результатов.

В разделе 3.2 описываются методы и методики исследования. Для решения поставленных задач в качестве основных методов исследования использовались: психодиагностический и математико-статистический. Для изучения основных нарушений при ГРДВ использовались следующие нейро- патопсихологические методики: классификация, заучивание слов, корректурная проба, пробы «кулак – ребро», «ладонь – кулак», 4-ый лишний, лабиринты, разрезные картинки, копирование, серия картинок, недостающие детали, звуковые ритмы, зрительное запоминание, зашумленные изображения, конструирование из палочек, нелепицы, пробы на пракрис позы альберцев. Эти методики позволяют исследовать, с одной стороны, характеристики психических функций у детей соответствующего возраста, с другой стороны – указанные выше компоненты ДПС.

В разделе 3.3 приведены описание и характеристика выборки испытуемых.

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 4-х лет включительно – 53 человека; 2) дети в возрасте 5-ти лет – 29 человек; 3) дети в возрасте от 6 до 7 лет включительно – 71 человек. Критерий выделения испытуемых именно по этим возрастным границам основан на принятом в возрастной психологии разделении этого периода на два подпериода – младший дошкольный (4 года) и старший дошкольный (6–7 лет) – с границей, приходящейся примерно на 5 лет. Такое сравнение младших и старших дошкольников и пограничного между ними возраста 5-ти лет позволяет проследить возрастную динамику синдромов ГРДВ, что является необходимым звеном диагностического процесса для последующей разработки системы психокоррекционных мероприятий.

Исследование проводилось на базе детских учреждений здравоохранения и учреждений дошкольного и специального коррекционного образования.

Критериями включения в исследование явились: возраст испытуемых от 4-х до 7-ми лет, соответствие клинических проявлений заболевания диагностическим критериям МКБ-10 для группы гиперкинетических расстройств (код F90 по МКБ-10). Обязательным условие включения являлось получение согласия

родителей на участие в исследовании их детей. Критериями исключения из исследования явились: возраст испытуемых младше 4-х и старше 7-ми лет; наличие иных психических расстройств, например, умственной отсталости (F7) и т.п.; наличие снижения зрения и / или слуха; наличие симптомов хронических соматических заболеваний. Клиническая квалификация статуса испытуемых как лиц с гиперактивным расстройством (F90.*) определялась на основании диагноза детского врача-психиатра (участкового врача-психиатра либо штатного врача-специалиста соответствующего учреждения) и заключения психолого-медико-педагогической комиссии.

В разделе 3.4 изложен алгоритм качественной и количественной оценки данных. Регистрация психодиагностических данных во всех методиках осуществлялась по единым критериям оценки. В этих критериях выделялись две группы: 1) основные критерии (единые для всех методик критерии оценки); 2) дополнительные критерии (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.

В разделе 3.5 представлен алгоритм статистической обработки данных. Для отнесения испытуемых в ту или иную группу по уровню имеющихся у них нарушений использовался рекомендуемый для таких случаев (Сидоренко Е.В., 2000) «критерий $\chi_{cp} \pm \frac{1}{2}\sigma$ ». Для проверки достоверности различий показателей использовался критерий ϕ^* (угловое преобразование Фишера).

В разделе 3.6 описан алгоритм отнесения расстройств к подгруппам сильно-, умеренно- и слабо-выраженных нарушений при ГРДВ. Уровневое разделение на три подгруппы выраженности нарушения позволяет решить ряд задач. Во-первых, становится доступным изучение патопсихологических особенностей однородных подгрупп с целью выявления их общих закономерностей. Во-вторых, разделение на подгруппы дает возможность установить значимые различия в клинических и экспериментально-психологических показателях статуса детей с разным уровнем выраженности нарушений. В-третьих, подобный дифференцированный подход позволяет производить отбор наиболее информативных психодиагностических методик для целей экспресс- и скрининговой диагностики для наполнения содержания коррекционных программ в соответствии с тяжестью проявлений ГРДВ.

Глава 4 «Результаты исследования» содержит описание и сравнение результатов, полученных при выполнении патопсихологического исследования.

В разделе 4.1 описывается и обосновывается алгоритм представления и анализа данных. Наиболее удобным и общепринятым считается первоначальное представление результатов патопсихологического исследования по методикам.

В разделе 4.2 проводится патопсихологическое синдромное описание результатов экспериментально-психологического исследования проявлений ГРДВ у испытуемых 4–7 лет при выполнении пато- и нейропсихологических методик.

По каждой методике описываются данные о частоте встречаемости симптомокомплексов ГРДВ (в % к численности обследованных) и распределении испытуемых по подгруппам с разной степенью выраженности нарушений (в % к общей численности детей с выявленными нарушениями). Представлены выявленные значимые различия в относительных показателях численности подгрупп. Также по каждой методике сравнивается частота встречаемости симптомокомплексов ГРДВ в трех возрастных группах (4 года, 5 лет и 6–7 лет).

По результатам исследования всех методик выявлено, что у всех испытуемых обнаруживается дефицит внимания, гиперактивность и когнитивные нарушения (встречаются у 100% детей). Значимое большинство обследованных ($p \leq 0,001$) проявляют импульсивность (98,7%), двигательные и динамические нарушения (99,3%). Сравнение частотных характеристик субкомпонентов ГРДВ в выборке обследованных испытуемых приведены в табл. 1.

Таблица 1

Сравнение численности обследованных в подгруппах с различным уровнем выраженности расстройств (по критерию ϕ^* Фишера)

Сравниваемые группы	Субкомпоненты ГРДВ					
	ДВн.	Гпа.	Имп.	Двиг.	Дин.	Кгн.
Норма – Нар	–	–	23,47***	24,06***	24,06***	–
Нар _{слаб} – Нар _{сер}	0,72	1,34	0,85	3,22***	0,95	0,59
Нар _{слаб} – Нар _{сли}	0,74	0,86	0,48	0,95	2,83***	1,36
Нар _{сер} – Нар _{сли}	1,46	0,48	0,37	2,27*	1,88*	1,96*

Условные обозначения: цифрами представлены значения критерия ϕ^* угловое преобразование Фишера; в т.ч. * – различия, значимые при $p \leq 0,05$; ** – различия, значимые при $p \leq 0,01$; *** – различия, значимые при $p \leq 0,001$.

Условные сокращения: Нар. – нарушение; Нар_{слаб} – слабо-выраженные нарушения; Нар_{сер} – средне-выраженные нарушения; Нар_{сли} – сильно-выраженные нарушения.

Таким образом, не было выявлено значимых различий в частоте встречаемости слабо-, средне и сильно-выраженных расстройств внимания, гиперактивности, импульсивности и нарушений познавательной сферы. У испытуемых достоверно чаще проявляются легкие и сильные двигательные дисфункции, чем умеренные ($p \leq 0,001$ и $p \leq 0,05$ соответственно). Динамические нарушения реже выявляются сильными ($p \leq 0,05$), по сравнению со слабо- и средне выраженными.

Обобщенные данные о возрастной специфике субкомпонентов ГРДВ по результатам исследования представлены в табл. 2.

Таблица 2

Сравнение численности обследованных в подгруппах с различным уровнем выраженности расстройств (по критерию ϕ^* Фишера) в разных возрастных группах

Возраст	Сравниваемые группы	Субкомпоненты ГРДВ					
		ДВн.	Гпа.	Имп.	Двиг.	Дин.	Кгн.
4 года	Нар _{слаб} – Нар _{сер}	3,18***	1,22	3***	0,93	0,43	4,14***
	Нар _{слаб} – Нар _{сли}	3,97***	1,43	1,42	3,95***	1,66*	5,51***
	Нар _{сер} – Нар _{сли}	0,78	0,21	1,58	3,02***	1,23	1,37

Возраст	Сравняемые группы	Субкомпоненты ГРДВ					
		ДВн.	Гпа.	Имп.	Двиг.	Дин.	Кгн.
5 лет	Нар _{слаб} – Нар _{ср}	0,3	2,42**	1,94*	2,01*	0,29	2,25*
	Нар _{слаб} – Нар _{слн}	1,64	2,69**	0,3	4,15***	1,11	0,9
	Нар _{ср} – Нар _{слн}	1,94*	0,27	1,64	2,14*	0,82	1,35
6–7 лет	Нар _{слаб} – Нар _{ср}	1,18	1,61	0	6,46***	1,86*	3,41***
	Нар _{слаб} – Нар _{слн}	5,93***	0,91	0,35	7,65***	7,09***	7,43***
	Нар _{ср} – Нар _{слн}	4,75***	0,7	0,35	1,19	5,24***	4,01***

Условные обозначения: цифрами представлены значения критерия Φ^* угловое преобразование Фишера; в т.ч. * – различия, значимые при $p \leq 0,05$; ** – различия, значимые при $p \leq 0,01$; *** – различия, значимые при $p \leq 0,001$.

Условные сокращения: Нар. – нарушение; Нар_{слаб} – слабо-выраженные нарушения; Нар_{ср} – средне-выраженные нарушения; Нар_{слн} – сильно-выраженные нарушения.

Итак, большинство испытуемых всех изучаемых возрастов проявляют все субкомпоненты ГРДВ. При этом у детей 4-х лет значимо чаще ($p \leq 0,001$) диагностируются умеренные и сильные невнимательность и когнитивные нарушения, чем слабо-выраженные. Младшие дошкольники, главным образом, обнаруживают средний уровень импульсивности. В этом возрасте более характерны ($p \leq 0,001$) тяжелые двигательные дисфункции, чем слабые и средние. Импульсивность, напротив, главным образом, характеризуется как легкая, нежели умеренная ($p \leq 0,001$). При этом у младших дошкольников реже ($p \leq 0,05$) встречаются незначительные динамические нарушения, чем сильные.

В 5 лет реже ($p \leq 0,05$) отмечается, по сравнению с тяжелым, умеренный дефицит внимания. Более характерны средняя и сильная гиперактивность, нежели слабая ($p \leq 0,01$). Достоверно чаще ($p \leq 0,05$), по сравнению со слабо-выраженными расстройствами, выявляются также умеренные импульсивность, двигательные и когнитивные нарушения. Кроме того, у большего числа детей ($p \leq 0,05$) отмечаются грубые двигательные нарушения, а не слабо- и средне-выраженные. У старших дошкольников больше преобладают ($p \leq 0,001$) легкие и умеренные нарушения внимания, динамических и когнитивных процессов, чем сильные расстройства. Значимо чаще ($p \leq 0,001$) выявляются также слабые двигательные дисфункции, нежели умеренные и тяжелые. Средние динамические нарушения встречаются реже, чем слабые ($p \leq 0,05$). Главным образом, отмечаются незначительные нарушения познавательных функций, нежели средне-выраженные ($p \leq 0,001$).

Сравнение частоты встречаемости слабо- средне- и сильно-выраженных субкомпонентов ГРДВ у испытуемых 4-х и 6–7 лет показало, что младшие дошкольники достоверно чаще ($p \leq 0,001$), чем старшие, проявляют сильно-выраженные дефицитарность внимания, двигательные, динамические и когнитивные нарушения. В свою очередь, испытуемые 6–7 лет, главным образом, обнаруживают легкие нарушения указанных функций ($p \leq 0,001$). Слабая гиперактивность также более характерна для старших дошкольников, чем младших

(р 9,05). Следовательно, с возрастом отмечается уменьшение выраженности симптоматики ГРДВ.

Глава 5 «Анализ полученных результатов».

В разделе 5.1 описывается психодиагностическая информативность методик.

В параграфе 5.1.1 анализируется психодиагностическая информативность методик при выявлении нарушений, определяющих ГРДВ.

При необходимости диагностики гиперактивности с нарушением внимания с позиций оценки структуры патопсихологического синдрома возникают задачи обоснованного включения в психодиагностическую батарею методик, способных выявить указанные патогномичные нарушения. Кроме этого, в процессе дифференциальной диагностики остаются открытыми вопросы определения степени тяжести данных расстройств. В связи с этим на основе анализа полученных результатов настоящего исследования предлагается перечень нейро- и патопсихологических методик, позволяющих решить задачи патопсихологической диагностики (выявления субкомпонентов дисрегуляторного патопсихологического синдрома) и дифференциации степени патогномичных нарушений.

Доказано, что для скрининговой диагностики ГРДВ целесообразно использовать методики «Классификация», «Кулак – ребро, ладонь – кулак», «Четвертый лишний», «Лабиринты», «Копирование», «Последовательность событий», «Недостающие детали», «Звуковые ритмы», «Конструирование» и «Пробы на прaxis позы пальцев», достоверно чаще выявляющие пять и более субкомпонентов ГРДВ.

В параграфе 5.1.2 рассматривается психодиагностическая информативность методик в выявлении возрастных характеристик нарушений у детей дошкольного возраста с ГРДВ.

Все используемые в исследовании методики выявляют дефицит внимания, гиперактивность и импульсивность у большинства детей 4–7 лет. Результаты оценки психодиагностической информативности использованных методик при выявлении симптомокомплексов двигательных, динамических и познавательных расстройств у детей дошкольного возраста представлены в табличных вариантах. Анализ данных показывает, что все используемые в настоящем исследовании методики позволяют выявить все выделенные субкомпоненты ГРДВ у детей дошкольного возраста. Подбор методик в батарею рекомендуется осуществлять, исходя из конкретной задачи.

В разделе 5.2 приводится синдромная патопсихологическая характеристика проявлений ГРДВ у детей дошкольного возраста.

В параграфе 5.2.1 дается патопсихологическая характеристика нарушений организационного компонента деятельности у детей дошкольного возраста с ГРДВ. Данные выполненного исследования свидетельствуют, что нарушения внимания, гиперактивность, импульсивность и двигательные нарушения отмечаются у большинства испытуемых обследованной выборки. Отличительной особенностью проведенного исследования является совместная патопсихологическая оценка и квалификация полученных данных и диагностика указанных расстройств как характеристик организационного компонента патопсихологического синдрома.

По нашим данным, *дефицит внимания*² преимущественно наблюдается в более легких формах, нежели в более тяжелых, что проявляется легко наступающей отвлекаемостью детей на посторонние стимулы, не связанные с выполнением того или иного задания. Для них характерны ошибки, в основе которых лежат не собственно расстройства познавательной деятельности, а недостаточность внимания в целом. Из-за проблем переключения внимания ребенок также испытывает трудности перехода с одного вида деятельности на другой. Таким образом, экспериментально доказано, что дефицит внимания является центральным элементом нарушений организации психической деятельности, т.к. расстройства этой функции приводит к трудностям саморегуляции и вызывает нарушения всех остальных высших психических функций – восприятия, памяти, мышления и др.

Важным диагностическим критерием того, что указанные выше ошибки свидетельствуют о дефиците внимания как регуляторном процессе, а не о познавательных нарушениях, 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. Этот симптом объясняется с патопсихологических позиций как проявление дефицита внимания – при узком его рассмотрении, и как проявление расстройств саморегуляции – при изучении его в более широком феноменологическом поле.

При сравнении частоты встречаемости основных симптомов невнимательности выявлено, что достоверно чаще (при $p \leq 0,001$) обнаруживаются симптомы отвлечения на посторонние стимулы (98,7% случаев) и совершение ошибок с исправлением их после организующей помощи (100% случаев), чем нарушения, проявляющиеся в том, что дети не доделывают задание до конца (68%). Таким образом, в настоящем исследовании поднимается вопрос о необходимости более дифференцированного подхода к классическим симптомам ГРДВ.

Говоря о возрастных особенностях проявления невнимательности, можно отметить, что у младших дошкольников и детей 5-ти лет чаще диагностируется этот симптомокомплекс, чем у старших дошкольников. При этом в 4 года у детей имеется закономерность к проявлению более тяжелых расстройств внимания, а в 6–7 лет – более легких. Для старших дошкольников более характерны, нежели для младших, слабые нарушения внимания, а для младших дошкольников, напротив, более свойственна сильная невнимательность. Таким образом, с возрастом отмечается уменьшение симптоматики ГРДВ и степени выраженности дефицита внимания.

Гиперактивность у изучаемых детей, как правило, выражена умеренно или сильно. По данным патопсихологического исследования это нарушение характеризуется двигательной гиперактивностью, проявляющейся множественными избыточными движениями, не связанными непосредственно с данным задани-

² Особенности нарушения внимания как познавательного процесса рассматриваются далее в рамках субкомпонента «Когнитивные расстройства».

ем. Во время исследования гиперактивный ребенок не может сидеть спокойно за столом, постоянно старается встать с места и может совершать не адекватные заданию избыточные действия. Кроме этого, у детей дошкольного возраста отмечается речевая гиперактивность и гиперпродукция.

Выявлено, что симптомы двигательной гиперактивности – беспокойные движения, трудности усидеть на месте (у 96,7% испытуемых) и совершение детьми множества лишних движений (также у 96,7% детей) – встречаются значительно чаще (при $p \leq 0,001$), чем речевая гиперактивность, которая имеется в 79,1% случаев.

В возрастном аспекте анализа проблемы можно отметить, что в 5 лет гиперактивность чаще умеренно или сильно выражена, а в младшем дошкольном возрасте чаще, чем в старшем, отмечается слабая гиперактивность. Других явных различий в характеристиках этого субкомпонента между возрастными группами не обнаруживается.

Импульсивность проявляется как в более тяжелых, так и в более легких формах. Это нарушение у дошкольников выражается в том, что они перед началом выполнения задания 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 вопроса к ним. Импульсивность также выражается в том, что во время выполнения заданий дошкольники испытывают постоянную потребность в одобрении и не могут дожидаться окончания задания или какого-либо его этапа, чтобы получить поощрение со стороны взрослого.

Сравнение частоты встречаемости симптомов импульсивности в общей выборке показывает, что дети перед совершением действия значительно чаще (при $p \leq 0,001$) не осуществляют предварительной ориентировки (98% случаев); они реже отвечают на вопросы, не дослушивая их до конца (81,7%), и не могут дожидаться поощрения по итогам работы (79,1%).

У детей старшего дошкольного возраста выявляется более частое проявление признаков импульсивности, чем у младших дошкольников. Младшие дошкольники, как правило, проявляют более слабую импульсивность, чем выраженную, а у детей 5-ти лет выявляется обратная закономерность. Умеренная степень импульсивности в ряде методик чаще обнаруживается у старших дошкольников, чем у младших, а сильное расстройство этого радикала имеет обратную закономерность. В целом показатели импульсивности значительно не отличаются у всех 3-х групп детей дошкольного возраста, что свидетельствует об отсутствии значительной динамики развития этого расстройства. Между тем можно отметить, что импульсивность имеет несколько большую частоту встречаемости в старшем дошкольном возрасте, но она менее интенсивна, чем у более младших детей.

Двигательные расстройства характеризуются, главным образом, некоординированностью движений мелкой моторики рук, т.е. отмечаются сложности согласования движений рук. У дошкольников с ГРДВ указанные нарушения чаще определяются как более легкие. При этом 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, если перед этим им оказать эффективную стимулирующую или организующую помощь. Это свидетельствует о том, что у испытуемых, главным образом, нарушены именно организационные и регуляторные компоненты двигательного акта, которые тесно связаны в том числе и с функциями внимания.

У старших дошкольников чаще, чем в 4–5 лет, отсутствуют двигательные дисфункции. Если эти нарушения у них и диагностируются, они, как правило, носят слабо-выраженный характер. Дети 4–5 лет преимущественно имеют сильные нарушения указанных функций.

В параграфе 5.2.2 рассматривается характеристика динамического компонента ГРДВ у детей 4–7 лет.

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 психических процессов. Во-вторых, у некоторых детей с ГРДВ выявляется неравномерный темп деятельности, характеризующийся наличием периодов подъема и спада психической активности во время решения задачи. В-третьих, динамические нарушения выражаются в невосстанавливаемом снижении работоспособности и истощении, проявляющемся увеличением числа ошибок к концу выполнения того или иного задания. Характерным признаком выполненного исследования является выделение этого типа расстройства на уровне динамического компонента патопсихологического синдрома. Также разработан психодиагностический алгоритм, позволяющий дифференцированно выделить все указанные симптомы ДПС и проследить их на протяжении всего исследования.

При исследовании нарушения динамики психической активности у детей с ГРДВ достоверно чаще (при $p \leq 0,001$) выявляются увеличение числа ошибок к концу задания (88,9% случаев) и цикличность изменения психической активности (91,5%); постоянно низкий темп деятельности выявляется реже (60,1%).

В 4–5 лет у большинства детей 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. Так, в начале обследования (при проведении его первой трети) динамические расстройства выявляются в достоверно большем числе случаев наблюдений (не менее, чем в половине случаев). При проведении следующей части исследования эти дисфункции не наблюдаются. Далее эти расстройства вновь диагностируются у большинства детей. В заключительной части исследования (фактически – в последней его четверти) эти нарушения вновь, как правило, не обнаруживаются. Таким образом, можно отметить цикличность в работоспособности старших дошкольников. В 6–7 лет динамические нарушения встречаются реже, чем в 4 года и 5 лет. Кроме этого, у

старших дошкольников чаще, нежели у младших, выявляются более слабые нарушения работоспособности. В 4 года преимущественно обнаруживаются сильные расстройства динамики психической деятельности. Следовательно, можно говорить о том, что с возрастом снижается симптоматика этого радикала и ее интенсивность.

В параграфе 5.2.3 анализируются характеристики операционального компонента ГРДВ у детей дошкольного возраста.

Расстройства познавательной сферы у детей с ГРДВ преимущественно носят легкий характер. Подобные нарушения проявляется 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, что свидетельствует о наличии зоны ближайшего развития у детей с ГРДВ и о том, что когнитивные нарушения не носят у них грубый и тотальный характер, являются вторичными и вызваны расстройствами организационных аспектов деятельности.

Особенностью данного исследования является рассмотрение расстройств познавательной деятельности у детей с ГРДВ как характеристики операционального компонента патопсихологического синдрома. Диагностические критерии для оценки выявляемой патологии основывались на положениях традиционных технологий диагностики познавательных функций, разработанных Е.А. Стребелевой и соавт. (2005), Н.Я. Семаго и соавт. (2005), Ж.М. Глоzman и соавт. (2006), адаптированных к процедуре диагностике психического развития детей с ГРДВ.

Анализ возрастных особенностей операционального компонента показывает, что для детей 4–5 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, выявлено, что во всех возрастах преимущественно встречаются более легкие расстройства, нежели тяжелые.

Расстройства внимания у детей 4-х лет отмечаются в большинстве случаев, а в 5 лет – как минимум в половине. В 6–7 лет невнимательность, как правило, отсутствует. То есть с возрастом нарушения внимания значительно уменьшаются. Эти данные согласуются с информацией, полученной при анализе субкомпонента «Дефицит внимания».

У детей с ГРДВ выявляются нарушения концентрации и селективности внимания, в результате чего они путают перцептивно близкие и далекие фигуры, отвлекаются от задач, им требуется организующая помощь. Также диагностируются трудности сосредоточения, неустойчивость и снижение объема внимания. При этом дети 4-х лет с одинаковой частотой могут корректировать свои ошибки после организующей и стимулирующей помощи, а могут и не исправлять их. Для детей 5-ти лет данная помощь чаще эффективна.

Нарушения восприятия. У детей дошкольного возраста с ГРДВ отмечаются перцептивные расстройства. Указанные дисфункции проявляются, главным об-

разом, в расстройствах категоризации слуховой и зрительной информации. Также были выявлены нарушения категоризации пространственных образов и взаимоотношений (например, в «Конструировании из палочек», «Копировании»). Указанные нарушения восприятия являются вторичными, т.к. в их основе лежит дисфункция организационного компонента: при концентрации внимания детей и их мобилизации со стороны взрослого указанные нарушения исчезают. Кроме этого, данные расстройства могут быть связаны и с расстройствами мышления, о которых речь идет ниже.

Нарушения памяти. У детей дошкольного возраста примерно в половине случаев отмечаются легкие нарушения кратковременной памяти (в методиках «Заучивание слов», «Звуковые ритмы» и «Зрительное запоминание»).

Кроме этого, у большинства дошкольников, кроме детей 6–7 лет, имеются незначительные расстройства зрительного запоминания. У детей 5–7 лет также отмечаются легкие нарушения слухоречевой памяти. Расстройства слуховой памяти проявляются в том, что испытуемые при воспроизведении слуховой информации совершают ошибки типа персевераций и замен и могут полностью правильно повторить запомненное только после повторного его предъявления, т.е. только после упрочения в памяти этого типа информации (методика «Звуковые ритмы»). Кроме того, большинство младших дошкольников и около половины детей 5-ти лет чаще имеют тенденцию быстро забывать образец, т.е. у них отмечаются более выраженные нарушения слухоречевой памяти. Указанные трудности воспроизведения слуховой информации, в частности звуковых ритмов, могут быть связаны с проблемами подчинения во времени определенной заданной программе (дисфункциями сукцессивной организации деятельности) и двигательными нарушениями. Также считается, что причинами расстройств слухоречевой памяти может являться высокая отвлекаемость на посторонние раздражители и нарушения внимания. Иными словами, собственно мнестические дисфункции могут являться вторичными дефектами, обусловленными, главным образом, расстройствами организационного компонента психической деятельности. Также об этом свидетельствует и тот факт, что при организующей помощи со стороны взрослого и при указании на ошибки эти дети способны лучше воспроизводить материал (например, при выполнении методик «Заучивание слов», «Зрительное запоминание», «Звуковые ритмы»).

Расстройства мышления. У детей 4–7 лет отмечаются нарушения процессов обобщения. Так, часто дети могут выделить ведущий признак, выделить главное и второстепенное в изучаемом объекте, но испытывают трудности вербализации своего решения, обозначения ведущего признака в речевом плане. У младших дошкольников в среднем в половине случаев, кроме этого, отмечаются собственно нарушения процессов анализа, синтеза и обобщения, они не могут определить основной признак предмета (например, в методиках «Классификация» и «4-ый лишний»). В 5 лет испытуемые справляются с более простыми задачами на обобщение, как классификация геометрических фигур, но имеют трудности вербализации, как и у старших дошкольников. Примерно такое же количество 5-ти летних детей испытывают схожие трудности, что и младшие дошкольники, при анализе более сложных предметов и их классов. Таким

образом, в младшем дошкольном возрасте и в 5 лет процессы обобщения оказываются более несформированными, чем в 6–7 лет.

Трудности словесного объяснения своих решений наблюдаются во всех возрастах. Это свидетельствует о несформированности мышления как высшей психической функции у этих детей, так как мышление в данном случае не обладает одной из своих базовых характеристик – опосредованностью.

Также мыслительная деятельность детей с ГРДВ характеризуется нарушениями пространственного анализа и синтеза (например, в методиках «Разрезные картинки», «Копирование»). При этом в старшем дошкольном возрасте, в отличие от детей 4–5 лет, эти расстройства преимущественно отсутствуют (по методикам «Разрезные картинки» и «Конструирование из палочек» у большего числа детей 6–7 лет не отмечаются подобные нарушения). Наиболее часто эти расстройства обнаруживаются в младшем дошкольном возрасте.

В младшем и среднем дошкольном возрасте указанные нарушения пространственного анализа и синтеза чаще носят легкий характер. Так, дети испытывают сложности анализа пространственных отношений, но наличие наглядного образца облегчает им выполнение задания (например, при существовании образца целой картинки дети могут сложить такую же из частей; после демонстрации взрослым способа складывания фигур из палочек или копирования фигур дети с ГРДВ также способны выполнить эти задачи самостоятельно). Таким образом, у детей 4–5 лет отмечается недостаточная интериоризация процессов решения задач, несформированность мыслительных процессов.

Итак, ГРДВ как патопсихологический синдром характеризуется первичными нарушениями организационного компонента деятельности (дефицитом внимания, импульсивностью и гиперактивностью), нарушениями динамических процессов (динамического компонента деятельности) и вторичными расстройствами операционального компонента деятельности. Указанные нарушения носят легкий характер. С возрастом отмечается снижение интенсивности симптоматики ГРДВ. Такие симптомы, как гиперактивность и импульсивность, значительно не изменяются с возрастом. Это может быть связано со спецификой проводимых с детьми дошкольного возраста развивающих и коррекционных занятий, где акцент в большей степени делается на оптимизацию познавательных процессов и двигательных функций, что связано с необходимостью подготовки детей в школу. Между тем не проводится целенаправленных коррекционно-развивающих мероприятий, направленных на формирование у дошкольников способностей к произвольной регуляции деятельности и саморегуляции.

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

В разделе 5.3 проводится патопсихологическая дифференциация ГРДВ как дисрегуляторного патопсихологического синдрома от других синдромов.

В связи с необходимостью выделения ГРДВ как отдельного (обособленно) дисрегуляторного патопсихологического синдрома возникает вопрос о доказательном его отграничении от других патопсихологических синдромов,

и, прежде всего, от органического и психопатического синдромов. Необходимость обособления ДПС от этих синдромов обусловлена признаками очевидного сходства клинической картины всех этих синдромов.

Несмотря на схожую симптоматику эти синдромы отличаются между собой, главным образом, по фактору первичности – вторичности. Так, в основе органического синдрома лежат первичные нарушения регуляторных и познавательных функций, что отличает этот синдром от ДПС и психопатического синдрома. По данным выполненного нами исследования, ГРДВ характеризуется прежде всего нарушениями регуляторного компонента (как и при органическом синдроме), но, в отличие от последнего, не имеет первичных операциональных дисфункций. У некоторых детей с ГРДВ отмечаются *вторичные* нарушения всех психических функций. Но результаты диагностики по отдельным методикам («Заучивание слов», «Недостающие детали», «Зашумленные изображения и др.) у большинства детей ($p < 0,001$) свидетельствуют об отсутствии нарушений отдельных ВПФ, либо количество детей с когнитивными дисфункциями значительно не отличается от здоровых. При психопатическом синдроме интеллектуальные функции сохранены, отмечается лишь аффективно-обусловленные вторичные операциональные нарушения.

Первичным дефектом при психопатическом синдроме являются нарушения мотивационного компонента деятельности, расстройства ее смыслового аспекта и ее аффективная обусловленность. Это является диагностическим критерием для его дифференциации от органического синдрома и ДПС. При органическом синдроме не отмечается аффективная обусловленность поведения. Поведение же детей с ГРДВ в отдельных случаях может определяться мотивационными нарушениями (так же как и в случае психопатического синдрома). Но при ДПС не отмечается выраженных расстройств смысловой сферы, которые являются патогномичным признаком для психопатического синдрома.

Таким образом, дисрегуляторный патопсихологический синдром (ДПС) является самостоятельным патопсихологическим образованием, отличным от иных выделенных ранее синдромов. В его структуре все выделенные отечественными патопсихологами компоненты имеют принципиально иное качественное наполнение, чем картина других синдромов. Так, при ДПС отмечается первичные нарушения организационного компонента деятельности, появляющиеся расстройствами психической саморегуляции вследствие минимальных морфо-функциональных церебральных поражений. Кроме того, из-за нейродинамических расстройств (преобладания процессов возбуждения над процессами торможения) первично нарушен динамический компонент деятельности – снижена умственная работоспособность, отмечаются лабильность и истощаемость психической деятельности. При этом вторично парциально нарушаются когнитивные процессы.

ВЫВОДЫ

1. Гиперактивное расстройство с дефицитом внимания (ГРДВ) как психическое расстройство с началом в детском возрасте рассматривается сквозь призму возрастных, временных и количественных параметров оценки нарушений. Эти параметры по-разному описываются в разных классификациях, что отражает не-

однозначность и противоречивость выбора оснований для систематизации и понимания психологических механизмов этиопатогенеза гиперактивности с дефицитом внимания и их структурно-функциональной организации. Таким образом, при психологическом исследовании требуется раскрывать патопсихологические механизмы возникновения и протекания этого расстройства с указанием нарушенных звеньев психической деятельности. В свою очередь, с позиций психологии дизонтогенеза, гиперактивность с дефицитом внимания рассматривается как один из вариантов аномального развития психики; при этом не определено место и квалификация этого нарушения в классификациях патопсихологических синдромов и дизонтогенеза.

2. Представлена патопсихологическая характеристика гиперактивности с дефицитом внимания как отдельного патопсихологического дисрегуляторного синдрома (ДПС) у детей дошкольного возраста. В этом случае данное расстройство определяется нарушениями, во-первых, модально-неспецифических факторов, во-вторых, дисфункциями ассоциативных областей коры больших полушарий головного мозга и, в-третьих, дисрегуляцией корково-подкорковых взаимодействий. В свою очередь, квалификация гиперактивности с дефицитом внимания с позиций психологии дизонтогенеза позволяет определить это нарушение как вариант аномального развития психики, вызванный асинхронией формирования и созревания психики.

3. Выделены мишени для психологической диагностики (в том числе для скрининг- и экспресс-диагностики): расстройства организационного, динамического и операционального компонентов деятельности. Разработан механизм качественно-количественной оценки и интерпретации данных, позволяющие выделить характерные для ГРДВ нарушения и уровень их выраженности. Предложенный вариант многокомпонентного анализа позволяет, с одной стороны, выявлять несколько компонентов ГРДВ одной методикой, и, с другой стороны, диагностировать несколькими методиками одни и те же существенные для ГРДВ нарушения. Такая организация диагностики позволяет осуществлять анализ патопсихологических характеристик ГРДВ и их динамики в зависимости от результатов по методикам, по состоянию психических функций и по компонентам патопсихологического синдрома с учетом особенностей формирования психических функций в различные периоды детства.

4. У обследованных детей дошкольного возраста с гиперактивностью и дефицитом внимания выявлены очевидные признаки нарушения функции внимания, гиперактивность, импульсивность, а также двигательные, динамические и когнитивные нарушения. На основании статистических критериев сформированы группы испытуемых с сильно-, умеренно- и слабо-выраженными нарушениями, патогномичными для ГРДВ. При этом с увеличением возраста испытуемых отмечается уменьшение, редукция проявлений гиперактивности с нарушениями внимания, что подтверждает гипотезу о роли возрастного фактора в изменении структуры патопсихологической картины ГРДВ. Полученные данные обосновывают необходимость разработки психодиагностических технологий исследования этого расстройства дифференцированно для детей разных периодов дошкольного возраста.

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

6. Анализ полученных данных экспериментально-психологического исследования по пато- и нейропсихологическим методикам с учетом их психодиагностической информативности позволил выделить основания для дифференциации интенсивности выявляемых нарушений с учетом возрастной специфики психологического содержания периодов дошкольного детства. Такого рода анализ дает дополнительные основания для формирования диагностического алгоритма скрининговой и экспресс-диагностики психических нарушений у детей дошкольного возраста с ГРДВ.

Для решения задач скрининговой психологической диагностики этого нарушения определены наиболее информативные методики, выявляющие основные признаки ГРДВ. В целях экспресс-диагностики разработан алгоритм оценки степени выраженности расстройства.

Предложенная технология пато- и нейропсихологической диагностики позволяет формировать содержание психодиагностических и психокоррекционных мероприятий с учетом возрастных особенностей ребенка с гиперактивностью и дефицитом внимания, психологической картины (патопсихологической структуры) нарушения и тяжести его проявлений. Перспективным является дальнейшая разработка развивающих и психокоррекционных программ, направленных на устранение выявленных нарушений, имеющих у детей дошкольного возраста с гиперактивностью и дефицитом внимания.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Здоровьесберегающие технологии образовательного процесса при работе с детьми с гиперактивным расстройством с дефицитом внимания // Здоровьесберегающие образовательные технологии: Материалы междисциплинар. науч.-практ. конф. Москва, 25 октября 2007 г. – М.: Изд-во СГУ, 2007. – С. 190–193.
2. Особенности развития личности в онтогенезе при гиперактивном расстройстве и дефиците внимания // Психология XXI века: актуальные проблемы и тенденции развития: Материалы международной научно-практической конференции / под. ред. И.П. Шаховой. – В 2-х ч. – Ч. 1. – М.: Изд-во МНЭПУ, 2007. – С. 99–101.
3. Роль семейного фактора в патогенезе и коррекции гиперактивного расстройства с дефицитом внимания // Социально-психологические проблемы совре-

менной семьи: материалы Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием) 12–14 ноября 2007 г., Армавир. Ч. 2. – Армавир: Редакционно-издательский центр АГПУ, 2007 – С. 143–149.

4. Семейный фактор в этиопатогенезе и психотерапии гиперактивного расстройства с дефицитом внимания // Материалы третьей Международной научной конференции «Психологические проблемы современной семьи». Часть 2 / Под общей редакцией А. Г. Лидерса. – М., 2007. – С. 200–205.

5. Факторы риска и причины возникновения гиперактивного расстройства с дефицитом внимания // Образование и здоровье. Экономические, медицинские и социальные проблемы: сборник статей II Международной научно-практической конференции. – Пенза: АНОО «Приволжский Дом знаний», 2007. – С. 86–88.

6. Психологическая поддержка детей с гиперактивным расстройством и дефицитом внимания в общеобразовательной школе // «Психология образования: подготовка кадров и психологическое просвещение» (Москва, 13–15 декабря 2007 г.): Материалы IV Национальной научно-практической конференции. – М.: Общероссийская общественная организация «Федерация психологов образования России», 2007. – С. 414–415.

7. Нейро- и патопсихологические аспекты этиопатогенеза синдрома дефицита внимания с гиперактивностью // Интеграция медицины и психологии в XXI веке / под ред. С.И. Блохиной, Е.Т. Соколовой, Л.Т. Баранской. – Екатеринбург: «СВ-96», 2007. – С. 164–167.

8. Организация образовательного процесса детей с гиперактивным расстройством и дефицитом внимания // Наука и образование: Материалы VII Международной научной конференции (14–15 марта 2008 г.). – Белово: ООО «Канцлер», 2008. – Ч. 4. – С. 144–147.

9. К вопросу о патопсихологической квалификации гиперактивного расстройства с дефицитом внимания // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Сер. «Психология». – 2008. – № 31 (131). – Выпуск 1. – С. 48–55. (В соавт. с М.А. Беребиным).

10. Психолого-педагогические аспекты профилактики отклонений поведения у детей с гиперактивным расстройством и дефицитом внимания // Юбилейные чтения, посвященные 120-летию со дня рождения А.С. Макаренко (8 февраля 2008 г.): сборник научных трудов. – Самара: Самарский юридический институт ФСИН России, 2008. – С. 70–72.

11. **Гиперактивное расстройство с дефицитом внимания как системное явление // Сибирский психологический журнал. – 2008. – №30. – С. 95–96.**

12. Дизонтогенетическая концепция гиперактивного расстройства с дефицитом внимания // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Сер. Психология. – 2009. – № 18 (151). – Выпуск 5. – С. 95–98.

13. Экспериментально-психологическое исследование гиперактивного расстройства с дефицитом внимания как патопсихологического синдрома // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Сер. Психология. – 2009. – № 42 (175). – Выпуск 7. – С. 68–73.