

Проблемы психологической диагностики факторов дефицита внимания у взрослых

Фильштинская Елена Геннадьевна

Самарский государственный медицинский университет

Аннотация

Цель исследования – изучение психологических факторов дефицита внимания у взрослых.

Методы и организация исследования. Исследование проходило на базе кафедры общей и клинической психологии Самарского государственного медицинского университета. Проведено тестирование студентов 1-5 курсов факультетов медицинской психологии, медико-профилактического обучения, клинической медицины.

Результаты исследования и выводы. Выявлен ряд причин, приводящих к дефициту внимания у взрослых, но не имеющих неврологической природы. Проявления дефицита внимания выявлены у 10% обследованных студентов; высокие показатели тревожности получены у 16 % обследованных, высокие показатели депрессивных проявлений выявлены у 4% обследованных; нарушения функций префронтального контроля последовательности действий выявлены у 16% обследованных. Самооценка дефицита внимания по шкале СДВГ не коррелирует с объективно выявленными проявлениями дефицита внимания, соответственно, субъективное восприятие нарушений внимания не отражает объективную картину. Самооценка дефицита внимания по шкале СДВГ коррелирует с проявлениями тревоги и депрессии по госпитальной шкале, что свидетельствует о необходимости проведения дифференциальной диагностики причин дефицита внимания в каждом конкретном случае.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания, переключение внимания, распределение внимания, объем внимания, тревога, депрессия, нейропсихологические пробы.

The issues of psychological diagnosis of attention deficit factors in adults

Filshinskaya Elena Gennadyevna

Samara State Medical University

Abstract

The purpose of the study is to investigate the psychological factors of attention deficit in adults.

Research methods and organization. The study was conducted at the Department of General and Clinical Psychology of Samara State Medical University. Testing was carried out on students from the 1st to 5th years of the faculties of Medical Psychology, Medical Prevention Training, and Clinical Medicine.

Research results and conclusions. A number of reasons that lead to attention deficit in adults, which are not of a neurological nature, have been identified. Signs of attention deficit were found in 10% of the surveyed students; high levels of anxiety were noted in 16% of the respondents, and elevated depressive symptoms were identified in 4% of the subjects; impairments in prefrontal control over the sequence of actions were found in 16% of those examined. Self-assessment of attention deficit according to the ADHD scale does not correlate with the objectively identified manifestations of attention deficit; therefore, subjective perception of attention disorders does not reflect the objective picture. Self-assessment of attention deficit according to the ADHD scale correlates with manifestations of anxiety and depression on the hospital scale, which indicates the necessity of conducting differential diagnosis of the causes of attention deficit in each specific case.

Keywords: attention deficit syndrome, attention switching, attention distribution, volume of attention, anxiety, depression, neuropsychological tests.

ВВЕДЕНИЕ. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) согласно DSM-5 и гиперкинетическое расстройство, согласно МКБ-10, описывают нарушение развития, начинающееся в детском возрасте, сохраняющееся в течение как минимум шести месяцев и проявляющееся в различных ситуациях. Оно включает три основных симптома: невнимательность, импульсивность и/или двигательное беспокойство. Эти симптомы выражены в степени, выходящей за рамки ожидаемой для возраста, уровня развития и интеллекта пациента. Для диагностики расстройства

необходимо наличие клинически значимых функциональных психосоциальных нарушений в различных условиях, например, в семье, школе или на работе [1].

Зарубежные исследования показывают, что 5-6% детей соответствуют критериям DSM-IV в отношении СДВГ. К 25 годам у 15% из них сохраняются все диагностические критерии. В другом исследовании, проведенном на более чем 600 взрослых, было показано, что 50% сохраняют симптомы СДВГ с детства. Распространенность СДВГ у взрослых, по данным метааналитических исследований, колеблется от 2,5% до 3,4%. В ряде случаев СДВГ диагностируется впервые у взрослых, которым в детстве такой диагноз не ставился. Традиционное объяснение этого заключается в том, что дети с высоким коэффициентом интеллекта или хорошо развитыми навыками исполнительской деятельности, которым помогает структурированная домашняя и школьная обстановка, могут использовать внешние рамки, способствующие формированию компенсаторных поведенческих механизмов. При исчезновении внешних рамок синдром может проявиться в полной мере. Альтернативная гипотеза предполагает, что проявление симптомов зависит от эффективности процессов исполнительского контроля, и недостаточное развитие кортикального контроля в подростковом возрасте может привести к более позднему развитию СДВГ [2].

Диагностика СДВГ чрезвычайно сложна, так как многие характерные для детского возраста симптомы у взрослых проявляются менее ярко. Двигательная гиперактивность может сменяться чувством беспокойства, повышенной тревожностью и разговорчивостью. Общими симптомами СДВГ являются дефицит внимания, эмоциональная лабильность, нарушение функций префронтального программирования и контроля, трудности при завершении заданий, нетерпеливость и проблемы в межличностных отношениях [3].

Как и все другие нейropsychиатрические расстройства, СДВГ диагностируется на клинической основе. Пока не найдено ни одного биомаркера с адекватной чувствительностью и специфичностью. Тем не менее, СДВГ можно надежно диагностировать, если тщательно изучить диагностические критерии и исключить дифференциальные диагнозы. Диагностическая оценка объединяет информацию из подробного анамнеза развития и семейного анамнеза, психологическую диагностическую оценку и физическое обследование, включая дифференциальную диагностику. Во взрослом возрасте диагностическая оценка основана в основном на разговоре с пациентом, хотя информация от членов семьи или третьих лиц (например, школьные табели успеваемости) может быть полезной. Полезные диагностические средства включают структурированные или полуструктурированные интервью и контрольные списки для помощи в клинических суждениях, а также анкеты по конкретным расстройствам для определения того, как пациент воспринимается родителями, учителями и им самим. Диагностическая оценка может также дополняться психологическими тестами, которые необходимы, когда нужно ответить на некоторые специфические дифференциально-диагностические вопросы. Около половины всех людей с СДВГ имеют нормальные результаты нейрокогнитивных тестов [1].

S.P. Hinshaw и L.E. Arnold обращают внимание на то, что в последние годы отмечается гипердиагностика СДВГ и назначение медикаментозного лечения, которое эффективно в краткосрочной перспективе, но долгосрочные последствия этого

неизвестны [4]. G.V. Polanczyk et al. при этом не обнаружили никаких доказательств, подтверждающих реальный рост эпидемиологической распространенности СДВГ за последние три десятилетия при использовании стандартизированных диагностических процедур. Это означает, что тенденция к гипердиагностике не объясняется фактическим ростом распространенности [5]. Ложноположительные диагнозы вполне могут возникнуть из-за оценок, которые не включают оценочные шкалы, тщательный анамнез развития, дифференциальные диагнозы, надлежащее использование когнитивных тестов и тестов достижений и др. [6].

Данные исследований свидетельствуют о том, что даже при отсутствии существенных симптомов в детстве может развиваться синдром, подобный СДВГ, с поздним началом, что, возможно, отражает приобретенный синдром с другим набором причинных факторов риска. СДВГ часто необходимо отличать от расстройства поведения или депрессии. Следует проводить очень тщательные различия между основными симптомами СДВГ (нарушение концентрации, импульсивность, гиперактивность) и диссоциальными и агрессивными симптомами, характерными для расстройства поведения. Дальнейшее наблюдение с течением времени может прояснить, является ли наблюдаемое отсутствие способности концентрироваться в сочетании с повышенной раздражительностью в первую очередь или полностью следствием депрессивного расстройства настроения, а не хроническим проявлением СДВГ. Другие, менее распространенные и очень редкие дифференциальные диагнозы, включают расстройства привязанности и шизофренические и биполярные расстройства [1].

Ю.А. Кириллова и М.А. Чернова считают, что дифференциальную диагностику СДВГ у взрослых следует проводить с такими заболеваниями, как тревожно-депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство и другие личностные расстройства [3].

МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ. Цель исследования – изучение психологических факторов дефицита внимания у взрослых. Исследование проходило на базе кафедры общей и клинической психологии Самарского государственного медицинского университета. Выборку исследования составили 50 студентов 1-5 курсов факультетов медицинской психологии, медико-профилактического обучения, клинической медицины. Возраст студентов варьировался от 17 до 25 лет. Распределение обследуемых по полу: 7 мужчин и 43 женщины.

Психодиагностическую батарею исследования составили тестовые методики, адекватные предмету исследования: 1) методика диагностики характеристик внимания Тулуз-Пьерона; 2) шкала диагностики СДВГ у взрослых (Adult ADHD Self-Report Scale, ASRS 1.1); 3) нейропсихологические пробы «кулак – ребро – ладонь» и «простая реакция выбора» из набора методик нейропсихологического исследования А.Р. Лурия (1969); 4) госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Статистический анализ данных осуществлялся при помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В таблице 1 показаны результаты диагностики синдрома дефицита внимания с использованием методики Тулуз-Пьерона у взрослых.

Таблица 1 – Результаты диагностики синдрома дефицита внимания (%)

Шкалы	Низкие значения	Средние значения	Высокие значения
Общая шкала	72	20	8
Невнимательность	54	42	4
Гиперактивность	50	44	6

Согласно полученным результатам, у подавляющего большинства обследованных наблюдаются низкие значения по общей шкале СДВГ, что свидетельствует об отсутствии проблем с концентрацией и удержанием внимания. Высокие значения получены у 8% обследованных.

В структуре общего дефицита внимания по шкале невнимательности низкие значения выявлены у 54% обследованных, а высокие – у 4%. Обследуемые с высокими значениями невнимательности, как правило, испытывают трудности при необходимости длительного удержания внимания в ситуациях рутинной деятельности, при отсутствии мотивации или дополнительной стимуляции. Следует обратить внимание на то, что у 42% выявлены средние значения, свидетельствующие о периодически возникающих проблемах с концентрацией внимания.

По шкале гиперактивности низкие результаты выявлены у 50% обследованных. Высокие значения получены у 6% обследованных, что может указывать на наличие симптомов, в значительной степени соответствующих гиперактивности: неусидчивость, моторное беспокойство, импульсивность, несобранность, проблемы со сном, бесцельные движения.

Таким образом, по результатам исследования с помощью шкалы диагностики СДВГ можно заключить, что проявления дефицита внимания выявлены у небольшого числа обследуемых.

В таблице 2 показаны результаты диагностики внимания у взрослых. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в среднем обследуемые выполнили тест за 910 секунд, или 15 минут, но показатели стандартного отклонения отражают большой разброс значений относительно среднего, то есть показатели затраченного времени у разных обследуемых варьируются от 11 до 19 минут в зависимости от индивидуального стиля когнитивной деятельности.

Таблица 2 – Результаты по методике Тулуз-Пьерона

Показатели	Среднее значение	Стандартное отклонение
Время	910,3	9,1
Кол-во обработанных знаков	992,9	220,5
Кол-во неправильно зачеркнутых	22,5	86,4
Кол-во неправильно подчеркнутых	33,7	63,5
Кол-во правильно подчеркнутых	597,0	159,5
Кол-во правильно зачеркнутых сегментов	339,5	113,5
Общее число допущенных ошибок	75,1	152,5
Среднее количество ошибок в строке	2,5	5,0
Кол-во пропущенных сегментов	18,8	37,7
Скорость обработки	33,1	7,3
Скорость обработки в секунду	61,9	18,1
Точность обработки	0,9	0,2

Среднее количество обработанных сегментов – 993, а среднее число ошибок составило 75, что говорит о том, что 92,4% сегментов обрабатывалось безошибочно.

Основные анализируемые шкалы данной методики – фактор скорости и фактор точности. Средневозрастные нормы обследованной выборки для данных шкал составляют 63-77 и 0,96-0,97 соответственно. Средняя скорость и точность обработки в исследуемой выборке ниже, чем предполагается средневозрастными нормами.

Методика позволяет выявить тип минимальной мозговой дисфункции (ММД): субнормальный, активный, ригидный, астеничный, реактивный. Нарушения внимания по типу СДВГ, по нашему мнению, соответствуют реактивному типу минимальной мозговой дисфункции, характеризующемуся значительными колебаниями внимания.

У 58% обследованных характерен субнормальный тип выполнения задания, характеризующийся постепенной или быстрой вратываемостью и последующим постепенным снижением продуктивности. Ригидный тип, характеризующийся ступенчатым нарастанием продуктивности, свойствен 24% обследованных. У 8% выявлен астеничный тип, характеризующийся низкой, но стабильной продуктивностью. Резкие колебания внимания по реактивному типу выявлены у 10% обследованных. Таким образом, у 10% обследованных свойственны проявления дефицита внимания в виде резких колебаний продуктивности.

В таблице 3 показаны результаты исследования тревоги и депрессии. Согласно полученным результатам, у подавляющего большинства обследованных отмечаются низкие и средние значения, свидетельствующие об отсутствии выраженной тревоги. Высокие значения получены у 16% обследованных, что говорит о возможных выраженных проявлениях тревоги.

Таблица 3 – Результаты по шкале тревоги и депрессии (%)

Шкалы	Низкие значения	Средние значения	Высокие значения
Тревога	48	36	16
Депрессия	82	14	4

По шкале депрессии низкие результаты выявлены у 82% обследованных. Высокие значения получены у 4% обследованных, что может указывать на наличие проявлений постоянно плохого настроения, раздражительности, отсутствия желания общаться или что-либо делать, нарушений сна, потери аппетита.

Нейропсихологические пробы были проведены для выявления способности обследуемых планировать и регулировать свою деятельность, опираясь на префронтальные отделы коры. Практически половина обследуемых (54%) выполнила пробы успешно или с минимальными ошибками. 16% допустили значительные ошибки при выполнении проб, что свидетельствует о нарушениях функций префронтального контроля.

Результаты исследования были прокоррелированы между собой при помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Были получены следующие значимые взаимосвязи:

- общий показатель шкалы СДВГ имеет прямую значимую корреляцию с показателями тревоги ($r_s=0,386$) и депрессии ($r_s=0,296$);
- показатель невнимательности имеет прямую значимую корреляцию с показателями тревоги ($r_s=0,540$) и депрессии ($r_s=0,432$);

- показатель гиперактивности имеет прямую значимую корреляцию с показателем тревоги ($r_s=0,479$).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что показатели дефицита внимания, полученные при прохождении обследуемыми опросника ВОЗ «Шкала СДВГ», связаны с показателями тревоги и депрессии, причем взаимосвязь между ними прямая. Такой результат можно интерпретировать как ошибочную диагностику дефицита внимания как первичной нейроспецифичности, в то время как он является проявлением тревожных и депрессивных состояний.

ВЫВОДЫ. Целью данного исследования было изучение психологических факторов дефицита внимания у взрослых. Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Проявления дефицита внимания выявлены у 10% обследованных студентов.
2. Высокие показатели тревожности получены у 16 % обследованных, высокие показатели депрессивных проявлений выявлены у 4% обследованных.
3. Нарушения функций префронтального контроля последовательности действий выявлены у 16% обследованных.
4. Самооценка дефицита внимания по шкале ВОЗ не коррелирует с объективно выявленными признаками дефицита внимания.
5. Самооценка дефицита внимания по шкале ВОЗ коррелирует с проявлениями тревоги и депрессии по госпитальной шкале, что свидетельствует о необходимости проведения дифференциальной диагностики причин дефицита внимания в каждом конкретном случае.

Учитывая распространенность синдрома дефицита внимания, высока вероятность того, что люди с этим состоянием могут оказаться в поле зрения клинических психологов. Кроме того, в настоящее время это заболевание является «модным» среди лиц молодого возраста, что может приводить к гипердиагностике. В связи с этим изучение синдрома дефицита внимания и сходных по симптоматике состояний у взрослых имеет большое значение для улучшения диагностики и коррекции этого состояния. Клинический психолог должен уметь осуществлять дифференциальную диагностику причин дефицита внимания для оказания квалифицированной помощи или перенаправления пациента к специалистам соответствующего профиля.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a current overview / Banaschewski T. [et al.] // Deutsches Ärzteblatt International. 2017. Vol. 114, № 9. P. 149.
2. Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues / Asherson P. [et al.]. DOI 10.1016/S2215-0366(16)30032-3 // The Lancet Psychiatry. 2016. Vol. 3, № 6. P. 568–578.
3. Кириллова Ю. А., Чернова М. А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у взрослых // Актуальные исследования. 2022. № 51-1 (130). С. 63–65. EDN: NUOQIW.
4. Hinshaw S. P., Arnold L. E. Attention-deficit hyperactivity disorder, multimodal treatment, and longitudinal outcome: Evidence, paradox, and challenge. DOI 10.1002/wcs.1324 // Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science. 2015. Vol. 6, № 1. P. 39–52.
5. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis / Polanczyk G. V., Willcutt E. G., Salum G.A. [et al.]. DOI 10.1093/ije/dyt261 // International Journal of Epidemiology. 2014. № 43. P. 434–442.
6. Hinshaw S. P. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): controversy, developmental mechanisms, and multiple levels of analysis. DOI 10.1146/annurev-clinpsy-050817-084917 // Annual review of clinical psychology. 2018. Vol. 14, № 1. P. 291–316.

REFERENCES

1. Banaschewski T. [et al.] (2017), "Attention-deficit/hyperactivity disorder: a current overview", *Deutsches Ärzteblatt International*, № 114 (9), p. 149.
2. Asherson P. [et al.] (2016), "Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues", *The Lancet Psychiatry*, № 3 (6), pp. 568–578.
3. Kirillova Y. A., Chernova M. A. (2022), "Attention deficit hyperactivity disorder in adults", *Current Research*, № 51-1 (130), pp. 63–65.
4. Hinshaw S. P., Arnold L. E. (2015), "Attention-deficit hyperactivity disorder, multimodal treatment, and longitudinal outcome: Evidence, paradox, and challenge", *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, № 6 (1), pp. 39–52.
5. Polanczyk G. V., Willcutt E. G., Salum G. A. [et al.] (2014), "ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis", *International Journal of Epidemiology*, № 43, pp. 434–442.
6. Hinshaw S. P. (2018), "Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): controversy, developmental mechanisms, and multiple levels of analysis", *Annual review of clinical psychology*, № 14 (1), pp. 291–316.

Информация об авторе:

Фильштинская Е.Г., старший преподаватель кафедры общей и клинической психологии, ORCID: 0000-0002-3234-4049, SPIN-код 7358-7959.

Поступила в редакцию 28.01.2025.

Принята к публикации 24.03.2025.