

УДК 159.922.2:159.922.73:612.821.3

ОЦЕНКА ТРУДНОСТЕЙ СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ И ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ

© 2010 г. Н. Н. Заваденко, *Т. В. Лебедева, *О. В. Счасная,
*А. Н. Заваденко, *Н. А. Семенова, *О. М. Злобина

Российский государственный медицинский университета, г. Москва
*Центр психолого-медико-социального сопровождения «Митино»
Северо-Западного окружного управления образования Департамента
образования г. Москвы

Проведено анкетирование родителей и педагогов 342 школьников в возрасте от 7 до 11 лет сплошным методом с помощью опросника «Сильные стороны и трудности». После этого осуществлен сравнительный анализ показателей опросника для 44 детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и 257 их здоровых сверстников. У детей с СДВГ по сравнению с ровесниками показана значительная выраженность эмоциональных нарушений, проблем поведения, трудностей взаимоотношений со сверстниками наряду с незрелостью просоциальной направленности поведения. Дети с СДВГ значительно чаще испытывали сложности во время школьного обучения, при проведении досуга и в домашней обстановке. Это служит дополнительным обоснованием новой концепции расширенного терапевтического подхода, ориентированной на обращение к социальным и эмоциональным нуждам ребенка с СДВГ, которые следует учитывать как на этапе диагностики и планирования лечения, так и в процессе динамического наблюдения и оценки результатов проводимой терапии.

Ключевые слова: дети, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, опросник «Сильные стороны и трудности», нарушения социально-психологической адаптации, качество жизни.

В последние годы высказывается мнение об увеличении в детском возрасте частоты синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Действительно, по данным большинства исследований, проведенных в нашей стране и за рубежом [1, 5, 7], частота СДВГ среди детей дошкольного и школьного возраста достигает 4,0–9,5 %. Однако это может быть связано не с увеличением случаев СДВГ, а с улучшением их выявления. Как бы то ни было, СДВГ остается самым распространенным психоневрологическим нарушением у детей.

Проявления СДВГ у ребенка могут послужить поводом для первичного обращения родителей к разным специалистам, в том числе врачам (педиатрам, детским неврологам и психиатрам), психологам, логопедам, дефектологам. Очень часто на симптомы СДВГ впервые обращают внимание дошкольные и школьные педагоги. Поэтому всем специалистам, участвующим в оказании помощи детям с СДВГ, важно взаимодействовать между собой и придерживаться ряда общих позиций, начиная с принципов оценки имеющихся нарушений.

Диагностика СДВГ основывается на стандартных международных критериях, представляющих собой перечни наиболее характерных и четко прослеживаемых признаков данного расстройства. Диагноз СДВГ ставится врачом, однако педагоги и психологи также должны быть хорошо знакомы с диагностическими критериями этого состояния, тем более что для подтверждения диагноза очень важно получить надежные сведения о поведении ребенка не только дома, но и в школе или дошкольном учреждении.

Современные Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, 1994) [3] и классификация Американской психиатрической ассоциации DSM-IV-TR (2000) [8] подходят к критериям диагностики СДВГ со сходных позиций (табл. 1). В МКБ-10 СДВГ отнесен к категории гиперкинетических расстройств (рубрика F90) в разделе «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте», а в DSM-IV-TR СДВГ представлен в рубрике 314 раздела «Расстройства, впервые диагностируемые в младенческом, детском или подростковом возрасте».

Обязательными характеристиками СДВГ по DSM-IV-TR [8] являются:

- Продолжительность: симптомы отмечаются на протяжении не менее 6 месяцев.
- Возраст начала: первые симптомы появляются в возрасте до 7 лет.
- Постоянство, распространение на все сферы жизни: нарушения адаптации наблюдаются в двух и более видах окружающей обстановки (например, в школе и дома).

- Выраженность нарушений: существенные нарушения в обучении, социальных контактах, профессиональной деятельности.
- Исключаются другие психические расстройства: симптомы не могут быть связаны исключительно с течением другого заболевания.

DSM-IV-TR определяет СДВГ как первичное расстройство. Одновременно в зависимости от преобладающих симптомов разграничиваются следующие формы СДВГ [8]: сочетанная (или комбинированная) форма — имеются все три группы симптомов: на ее долю приходится 50–75 % случаев; с преимущественными нарушениями внимания — 20–30 %; с преобладанием гиперактивности и импульсивности — около 15 %.

В МКБ-10, которая применяется в Российской Федерации, диагноз «гиперкинетическое расстройство» примерно равнозначен сочетанной форме СДВГ по DSM-IV-TR. Для постановки диагноза по МКБ-10 должны быть подтверждены все три группы симптомов, в том числе не менее 6 проявлений невнимательности, не менее 3 — гиперактивности, хотя бы 1 — импульсивности. Таким образом, диагностические критерии синдрома в МКБ-10 более строгие, чем в DSM-IV-TR, и определяют только сочетанную его форму.

Хотя клиническую картину СДВГ определяют нарушения внимания, гиперактивность и импульсивность, в

диагностических критериях особо отмечается, что СДВГ приводит к нарушениям адаптации, проявляющимся в различных ситуациях и видах окружающей обстановки (дома, в детских дошкольных учреждениях или школе, общественных местах, на досуге и во время занятий спортом) [3, 8]. Следует подчеркнуть, что в процессе диагностики СДВГ врачи выявляют у пациентов симптомы из перечня восемнадцати основных клинических его проявлений, но не всегда тщательно подтверждают еще один важный диагностический критерий СДВГ — постоянство симптомов и их распространение на все сферы жизни (нарушения адаптации должны наблюдаться в двух и более видах окружающей обстановки).

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью оказывает негативное влияние на все сферы жизни пациента и может сопровождаться нарушениями функционирования в различных областях, таких как семья, учеба и школа, самооценка ребенка, его социальные контакты, формирование базовых жизненных навыков. Синдрому часто сопутствуют трудности решения проблем и преодоления конфликтов, плохие взаимоотношения с ровесниками и другими людьми, активность, сопряженная с риском, неразвитость мотивационной сферы, тревожность, повышенная ранимость, неустойчивость настроения.

Дополнительные сложности внутрисемейной, школьной и социальной адаптации у детей с гиперактивностью и дефицитом внимания могут быть связаны с наличием коморбидных расстройств, которые нередко развиваются у них на фоне СДВГ как основного заболевания [2]. Сопутствующие этому состоянию нарушения поведения и эмоциональные расстройства рассматриваются в качестве неблагоприятных прогностических факторов, затрудняющих лечение и снижающих вероятность полного преодоления отрицательных последствий СДВГ. В целом же нарушения социальной адаптации детей с СДВГ рассматриваются в качестве значимого предвестника дальнейшего развития антисоциального поведения и злоупотребления психоактивными веществами [11].

Большое значение для объективизации проявлений СДВГ у детей имеет получение сведений о них от родителей и педагогов посредством анкетирования с помощью специальных опросников или оценочных шкал. Кроме того, анкетирование родителей и педагогов — эффективный метод скрининга, направленного на выявление детей школьного возраста с трудностями обучения и нарушениями поведения в ходе массовых обследований. При этом следует подчеркнуть, что на основании результатов анкетирования не ставится диагноз, а выделяются дети «группы риска», для которых наиболее велика опасность формирования школьной и социальной дезадаптации, вследствие чего они нуждаются в подробном клиническом и психологическом обследовании с последующим решением вопроса о выборе оптимальных методов лечения.

Цель исследования: сравнительная оценка результатов анкетирования родителей и педагогов в группах

Таблица 1

Основные проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью по МКБ-10

Группа симптомов	Характерные симптомы СДВГ
1. Нарушения внимания	<ol style="list-style-type: none"> 1. Не удерживает внимание на деталях, допускает много ошибок 2. С трудом сохраняет внимание при выполнении школьных и других заданий 3. Не слушает обращенную к нему речь 4. Не может придерживаться инструкций и довести дело до конца 5. Не способен самостоятельно спланировать, организовать выполнение заданий 6. Избегает дел, требующих длительного умственного напряжения 7. Часто теряет свои вещи 8. Легко отвлекается 9. Проявляет забывчивость
2а. Гиперактивность	<ol style="list-style-type: none"> 1. Часто совершает беспокойные движения руками и ногами, ерзает на месте 2. Не может усидеть на месте, когда это необходимо 3. Часто бегают или куда-то забирается, когда это неуместно 4. Не может тихо, спокойно играть 5. Чрезмерная бесцельная двигательная активность имеет стойкий характер, на нее не влияют правила и условия ситуации
2в. Импульсивность	<ol style="list-style-type: none"> 6. Отвечает на вопросы, не выслушав до конца и не задумываясь 7. Не может дожидаться своей очереди 8. Мешает другим людям, перебивает их 9. Болтлив, несдержан в речи

детей с гиперактивностью и дефицитом внимания и их здоровых сверстников с помощью опросника «Сильные стороны и трудности», направленная на выявление трудностей социально-психологической адаптации у детей с СДВГ.

Методы

Анкетирование родителей и педагогов 342 учеников 1–5 классов (167 мальчиков и 175 девочек) в возрасте от 7 до 11 лет проведено в одной из общеобразовательных школ города Москвы сплошным методом для выявления детей «группы риска» по формированию школьной и социальной дезадаптации. С этой целью применялся опросник «Сильные стороны и трудности» (ССТ) [Strengths and Difficulties Questionnaire], формы для учителей и родителей [9, 10]. Данный опросник рекомендован экспертами ВОЗ для проведения эпидемиологических исследований детского населения с целью получения данных об эмоциональных, поведенческих и гиперкинетических расстройствах, которые оказывают влияние на ребенка и создают нагрузку для семьи [6]. Достоинствами опросника ССТ являются подтвержденная информативность в выявлении трудностей адаптации у детей, краткость и доступность. Он находит широкое применение при проведении исследований в разных странах мира, имеет адаптированные версии на многих языках, в том числе на русском, представлен в открытом доступе на сайте www.sdqinfo.org.

Первая часть опросника ССТ включает 25 утверждений, характеризующих сильные стороны и возможные трудности у ребенка. Для каждого утверждения требуется выбрать одну оценку («неверно», «отчасти верно» или «верно»). После заполнения рассчитываются оценки по пяти шкалам: гиперактивность и невнимательность, проблемы поведения, эмоциональные нарушения, трудности отношений со сверстниками, просоциальная направленность поведения в обществе. Для первых четырех шкал высокие балльные оценки соответствуют более выраженной степени нарушений. Высокие баллы по шкале «Просоциальная направленность поведения» соответствуют лучшей сформированности соответствующих навыков. Вторая часть опросника направлена на определение степени влияния имеющихся у ребенка трудностей на его эмоциональное состояние, домашнюю жизнь, дружеские отношения, учебу в школе, занятия в свободное время.

В случае выявления отклоняющихся показателей по опроснику ССТ детей относили к «группе риска» и проводили комплексное медицинское и психологическое их обследование. Диагноз СДВГ устанавливался по результатам этого обследования в соответствии с критериями классификации МКБ-10 [2] для гиперкинетического расстройства (F90). После этого осуществлялся сравнительный анализ показателей опросника ССТ для детей с СДВГ и их сверстников.

При статистической обработке результатов исследования использовались непараметрические методы, в частности тест U Манна – Уитни для независимых

выборок. Расчеты производились с помощью компьютерной программы для статистической обработки данных медицинских, психологических и биологических исследований SPSS для Windows.

Результаты

Заполненные анкеты от учителей были получены на 334 (97,7 %) детей, от родителей – на 307 (89,8 %), то есть на вопросы ответило меньшее число родителей по сравнению с учителями. По-видимому, это было связано с тем, что не все родители понимали существование детских проблем, их глубину и, как следствие, ограничение реализации своих детей в различных сферах жизни. Некоторые родители не были ориентированы на оказание их детям психологической и медицинской помощи.

На основании данных анкетирования (анализ отклоняющихся показателей по шкалам опросника ССТ) и заключений школьных психологов (наблюдавших в динамике всех детей в условиях школы) была выявлена «группа риска» по формированию школьной и социальной дезадаптации, в которую вошли 85 человек (58 мальчиков и 27 девочек). Эта когорта была направлена для углубленного комплексного обследования в Центр психолого-медико-социального сопровождения «Митино» Северо-Западного окружного управления образования Департамента образования г. Москвы.

На основании проведенного обследования у большинства детей из «группы риска» был диагностирован СДВГ. Всего СДВГ был подтвержден у 44 детей (29 мальчиков и 15 девочек) – они составили 1-ю группу. Во 2-ю группу вошли дети без явных трудностей обучения и проблем поведения (257 человек, из них на 249 имелись заполненные анкеты учителей, на 232 – анкеты родителей), и из нее были исключены остальные 41 человек из «группы риска», у которых на основании проведенного комплексного обследования была выявлена неврологическая патология или психические расстройства, в том числе: специфические трудности обучения (дислексия, дисграфия, дискалькулия), церебральный синдром при заболеваниях внутренних органов, головные боли напряжения, тикозные расстройства, последствия черепно-мозговой травмы, эпилепсия, тревожные расстройства, оппозиционно-вызывающее поведение, расстройства формирования личности.

На рис. 1 и 2 показана доля детей с СДВГ, у которых отмечались трудности в различных сферах повседневной жизни, по сравнению с их ровесниками (% от числа детей в группах) в соответствии с результатами анкетирования родителей и учителей. Отрицательное воздействие испытываемых детьми трудностей на эмоциональное состояние («имеющиеся трудности расстраивают и огорчают ребенка в значительной или очень сильной степени») родители и педагоги отметили соответственно у 30 и 23 % детей с СДВГ, в то время как среди их ровесников – у 11 и 6 %. Проблемы в школьном обучении наблюдались, по мнению родителей, у 53 % детей с СДВГ против 13 % здоровых

сверстников, по мнению учителей – у 61 % против 12 % соответственно. Значительно чаще дети с СДВГ испытывали сложности в формировании и поддержании дружеских взаимоотношений со сверстниками, на что учителя обращали внимание чаще (39 %), чем родители (28 %), по сравнению с совпавшей оценкой данного показателя у здоровых детей (6 %).

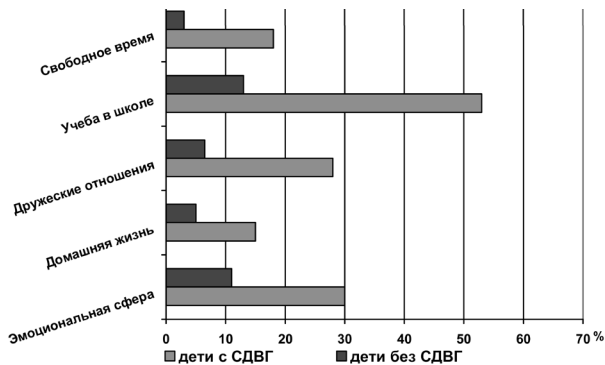


Рис. 1. Анкетирование родителей: доля детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, у которых имеются трудности в различных сферах повседневной жизни, по сравнению с ровесниками 7–11 лет, % от числа детей в группах

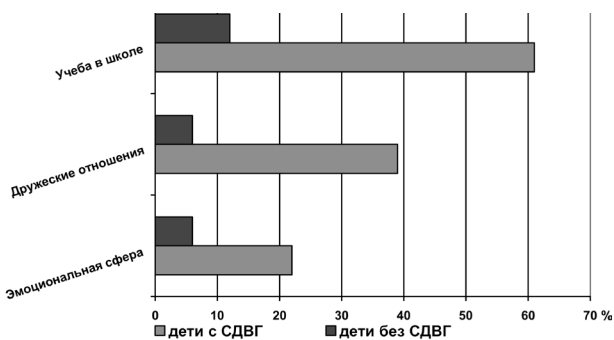


Рис. 2. Анкетирование учителей: доля детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, у которых имеются трудности в различных сферах повседневной жизни, по сравнению с ровесниками 7–11 лет, % от числа детей в группах

Родителям дополнительно задавались вопросы о влиянии имеющихся у детей нарушений на домашнюю жизнь и занятия в свободное время. По их мнению, негативное воздействие трудностей на домашнюю жизнь дети с СДВГ испытывали чаще, чем их сверстники (15 и 5 %), как и при проведении досуга (18 и 3 %).

Результаты сравнительной оценки показателей по шкалам опросника ССТ для 44 детей с СДВГ (1-я группа) и их здоровых ровесников (2-я группа) приведены в табл. 2. Результирующий показатель «Общая оценка трудностей», представляющий сумму баллов по шкалам гиперактивность и невнимательность, проблемы поведения, эмоциональные нарушения, трудности отношений со сверстниками, характеризовался достоверно более высокими значениями у детей с СДВГ по данным анкетирования как педагогов, так и родителей.

Представляется вполне закономерным, что и педагоги, и родители значительно чаще отмечали у детей 1-й группы по сравнению с детьми 2-й симптомы гиперактивности и невнимательности, что обусловило достоверно более высокие оценки по соответствующей шкале опросника ССТ в группе детей с СДВГ (см. табл. 2). Кроме того, результаты анкетирования родителей и педагогов указывали на имеющиеся у детей с гиперактивностью и дефицитом внимания выраженные проблемы поведения и трудности взаимоотношений со сверстниками.

Учителя и родители указывали на более значительную выраженность эмоциональных нарушений у детей с СДВГ по сравнению с ровесниками (часто выглядит беспокойным, озабоченным; чувствует себя несчастным, унылым, готов расплакаться; в новой обстановке нервозный, надоедливый, легко теряет уверенность; характерны страхи, легко пугается). Между тем для учителей обычно в большей степени, чем для родителей, были очевидными трудности по разделам «Проблемы поведения» и «Просоциальная направленность поведения». Последние выражались в том, что по сравнению с ровесниками дети с СДВГ проявляли менее развитые способности внимательно относиться к чувствам других людей, меньшую готовность делиться чем-либо с другими детьми, пытаться помочь другим людям (родителям, учителям, детям), выражать сопереживание, а также проявлять доброту по отношению к младшим.

Обсуждение результатов

Данные анкетирования родителей и педагогов с помощью опросника ССТ указывают на имеющуюся у детей с СДВГ по сравнению с ровесниками значительную выраженность эмоциональных нарушений, проблем поведения, трудностей взаимоотношений со сверстни-

Таблица 2

Сравнение показателей по шкалам опросника ССТ у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью и их здоровых ровесников по данным анкетирования педагогов и родителей, в баллах (M ± m)

Шкала	1-я группа – дети с СДВГ		2-я группа – здоровые дети	
	Учителя (n=44) ^ψ	Родители (n=40) ^ψ	Учителя (n=249) ^ψ	Родители (n=232) ^ψ
1. Общая оценка трудностей	19,1±1,0**	17,8±0,8**	8,0±0,3	9,8±0,3
2. Гиперактивность и невнимательность	8,0±0,3**	7,7±0,3**	3,4±0,2	3,9±0,1
3. Проблемы поведения	4,1±0,3**	3,3±0,3**	1,1±0,1	1,5±0,1
4. Эмоциональные нарушения	3,3±0,4*	3,1±0,3*	1,8±0,1	2,1±0,1
5. Трудности отношений со сверстниками	3,7±0,4**	3,7±0,4**	1,7±0,1	2,3±0,1
6. Просоциальная направленность поведения	5,4±0,4**	7,1±0,3**	7,8±0,1	8,1±0,1

Примечания: ^ψ – число обследованных в группах, на которых были заполнены анкеты; статистическая достоверность различий между группой детей с СДВГ и их ровесниками без СДВГ: * – p < 0,01, ** – p < 0,001.

ками наряду с неразвитостью просоциальной направленности поведения. В результате дети с гиперактивностью и дефицитом внимания значительно чаще, чем их ровесники, испытывали сложности во время школьного обучения, при проведении досуга и в домашней обстановке. Это служит дополнительным обоснованием новой концепции расширенного терапевтического подхода, ориентированной на обращение к социальным и эмоциональным нуждам ребенка с СДВГ, которые следует учитывать как на этапе диагностики и планирования лечения, так и в процессе динамического наблюдения и оценки результатов проводимой терапии.

Проведенное анкетирование подтверждает тот факт, что спектр возникающих при СДВГ нарушений не ограничивается классическими проявлениями из области нарушений внимания, гиперактивности и импульсивности. Речь идет о существовании также других выраженных проблем в поведенческой сфере, которые во многом вторичны по отношению к хронически присутствующим у ребенка основным симптомам СДВГ. Следует отметить трудности эмоционального характера, такие как повышенная раздражительность и гневливость, черты вторичного негативизма в поведении (регулярное непослушание и неподчинение требованиям взрослых, частые обманы), а также первые признаки неприятия ребенка обществом его сверстников (не нравится другим детям и не имеет друзей, вследствие чего он часто вынужден играть один; другие дети дразнят или задирают его).

Значительную настороженность вызывает также появление у детей с СДВГ предвестников развития антисоциального поведения в будущем в виде отчетливой склонности к провоцированию драк и нападок на других детей, а также дефицита стремления примирять собственные нужды с нуждами других людей, желание помогать и потребность быть нужным, что было выявлено при обследовании по шкале «Просоциальная направленность поведения».

T. W. Strine и соавт. [12] сравнивали детей и подростков с гиперактивностью и дефицитом внимания и их ровесников по показателям опросников ССТ. Выраженные эмоциональные и поведенческие проблемы были выявлены более чем у одной трети детей с СДВГ; при этом, по оценкам родителей, около 40 % из них испытывали очевидные трудности в различных видах своей повседневной активности. По мнению этих авторов, полученные данные подтверждают, что пациенты с СДВГ входят в группу высокого риска по сохранению стойких эмоциональных и поведенческих нарушений, а также низкого уровня функционирования в социальной, внутрисемейной и образовательной сферах. Все это влечет за собой долговременное негативное влияние СДВГ на успешность обучения, качество жизни и общее состояние здоровья вплоть до взрослого возраста [12].

Результаты исследования [12] и наши данные показывают, что опросник «Сильные стороны и трудности»

применительно к СДВГ позволяет получить частичную информацию о качестве жизни пациентов, хотя не заменяет собой специально разработанных методов его оценки. Качество жизни ребенка — это интегральная характеристика физического, психологического и социального функционирования здорового или больного ребенка, основанная на его субъективном восприятии и/или субъективном восприятии родителей или других лиц из ближайшего окружения ребенка [4]. С учетом влияния СДВГ на большое число функциональных аспектов, а также хронического характера его течения СДВГ стал рассматриваться как состояние, значительно снижающее качество жизни, связанное со здоровьем. Однако качество жизни при СДВГ недостаточно изучено и требует проведения новых исследований с помощью специально созданных для этого методов.

На современном этапе становится очевидным, что комплексное лечение СДВГ должно быть направлено не только на контроль и редукцию основных проявлений данного расстройства, но также на решение следующих важных задач: улучшение функционирования пациента в различных сферах и его наиболее полная реализация как личности, появление собственных достижений, улучшение самооценки, нормализация обстановки вокруг него, в том числе внутри семьи, формирование и укрепление навыков общения и контактов с окружающими людьми, расширение социальных возможностей, признание окружающими и повышение удовлетворенности своей жизнью. В связи с этим сформулирована концепция расширенного терапевтического подхода, подразумевающая распространение влияния лечения за пределы редукции основных симптомов с учетом функциональных исходов и показателей качества жизни.

Выводы

- Синдром дефицита внимания с гиперактивностью оказывает значительное негативное влияние на жизнь пациентов, в том числе их эмоциональное состояние, жизнь в семье, дружеские отношения, учебу в школе, занятия в свободное время.
- Проблемы в обучении, поведении и эмоциональной сфере могут быть связаны как с непосредственным влиянием СДВГ, так и с коморбидными расстройствами, которые должны быть своевременно выявлены.
- В процессе диагностики СДВГ и динамического наблюдения за пациентами важно оценивать не только выраженность основных симптомов, но также показатели социально-психологического функционирования и качества жизни ребенка.

Список литературы

1. Заваденко Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте / Н. Н. Заваденко. — М.: Академия, 2005. — 256 с.
2. Заваденко Н. Н. Коморбидные расстройства при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью у детей /

Н. Н. Заваденко, Н. Ю. Суворинова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2007. — Т. 107, № 7. — С. 39–44.

3. МКБ-10 — Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. — СПб., 1994.

4. Новик А. А. Исследование качества жизни в педиатрии / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под ред. Ю. Л. Шевченко. — М. : Изд. Российской академии естественных наук, 2008. — 104 с.

5. Равич-Щербо И. В. Психогенетика / И. В. Равич-Щербо, Т. М. Марютина, Е. Л. Григоренко. — М. : Аспект Пресс, 2008. — 448 с.

6. Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья / под ред. А. Nosikov, С. Gudex ; Всемирная организация здравоохранения. — М. : Права человека, 2005. — 193 с.

7. Barkley R. A. Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children / R. A. Barkley // Brain & Development. — 2003. — Vol. 25. — P. 77–83.

8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition Revision) (DSM-IV-TR) / American Psychiatric Association, Washington, DC. — 2000.

9. Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) / R. Goodman // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. — 2001. — Vol. 40. — P. 1337–1345.

10. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden / R. Goodman // Journal of Child Psychology and Psychiatry. — 1999. — Vol. 40. — P. 791–801.

11. Greene R. W. Adolescent outcome of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and social disability: results from a 4-year longitudinal follow-up study / R. W. Greene, J. Biederman, S. V. Faraone, et al. // J. Consult. Clin. Psychol. — 1997. — Vol. 65. — P. 758–767

12. Strine T. W. Emotional and behavioral difficulties and impairments in everyday functioning among children with a history of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder / T. W. Strine, C. A. Lesesne, C. A. Okoro, et al. // Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice and Policy. — 2006. — Vol. 3. — P. 1–10.

EVALUATION OF PSYCHOSOCIAL ADAPTATION PROBLEMS IN CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

N. N. Zavadenko, *T. V. Lebedeva, *O. V. Schasnaya, *A. N. Zavadenko, *N. A. Semenova, *O. M. Zlobina

Russian State Medical University, Moscow

**Mitino Center of Psychological, Medical and Social Assistance to children and adolescents, Department of Education, Moscow North-West administrative region*

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) forms for parents and teachers were implemented to assess 342 schoolchildren aged from 7 to 11 years in non-selective child population study. This was followed by SDQ data comparative analysis in 44 children with ADHD and their 257 normal peers. Significant problems were confirmed in children with ADHD on emotional symptoms, conduct problems, peer problems and prosocial behavior scales compared to the peers. Much more often, children with ADHD experienced difficulties in classroom learning, leisure activities and home life. Our results support the recent concept of treatment broader efficacy encompassing social and emotional needs of children with ADHD, which must be taken into account in both diagnostic and therapeutic processes as well as during follow up and evaluation of treatment results.

Key words: children, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), psychosocial adaptation problems, quality of life.

Контактная информация:

Заваденко Николай Николаевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Российского государственного медицинского университета

Адрес: 109029, г. Москва, ул. Средняя Калитниковская, д. 29

Тел. (8495) 670-85-20

E-mail: zavadenko@mail.ru

Статья поступила 02.09.2010 г.