

УДК 159.96

[https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2024.23\(68\).11](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2024.23(68).11)

АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ РДУГ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Лілія Руденко

доктор психологічних наук, професор,
завідувач кафедри спеціальної психології та медицини,
Український державний університет імені Михайла Драгоманова
01601, Україна, м. Київ, вул. Пирогова, 9
lilianic1962@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1655-5708>

Анотація

У статті досліджуються особливості психологічних методів диференціальної діагностики розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дитячому віці. Встановлено, що розлад дефіциту уваги та гіперактивності визначається як складний, хронічний і гетерогенний розлад розвитку, який типово починається в дитинстві та зберігається в дорослому віці. Визначено, що РДУГ є поліморфним клінічним синдромом, в основу якого покладено порушення здатності дитини контролювати та регулювати свою поведінку, що проявляється у руховій гіперактивності, порушенні уваги й імпульсивності. У результаті проведеного дослідження виявлено, що РДУГ залишається складним для діагностування через відсутність конкретних біомаркерів, специфічність симптомів і та досить частими співвідношеннями з іншими захворюваннями. З'ясовано, що проведення аналізу психологічних методів диференціальної діагностики РДУГ у дитячому віці є важливим завданням, оскільки цей розлад може мати подібні симптоми, як і в інших психічних та розвиткових порушеннях. Доведено, що диференціальна діагностика РДУГ включає в себе важливий аспект розмежування цього розладу від інших психічних і неврологічних станів. Отже, необхідно визначити різницю між РДУГ і такими порушеннями як: розлад аутичного спектру, порушення інтелектуального розвитку, розлад рухової координації, розлад навчання, який пов'язаний з розвитком, а також депресивними та тривожними розладами, опозиційно-зухвалим й асоціальним розладом поведінки тощо. В результаті проведеного дослідження, з'ясовано, що комбінація різноманітних психологічних підходів, таких як клінічне спостереження, використання стандартизованих інструментів та інтерв'ю, може найбільш ефективно використовуватися для диференційної діагностики РДУГ у дитячому віці. Встановлено, що систематичний та комплексний підхід до діагностики РДУГ у дитячому віці дозволяє уникнути неправильних клінічних висновків і сприяє збалансованому обранню медичних інтервенцій. З'ясовано, що комплексний підхід до діагностики та лікування розладів дитячого розвитку є ключовим для досягнення оптимальних результатів у психологічній та медичній практиці.

Ключові слова: психологічні методи, діагностика, РДУГ, дитячий вік.

Вступ

У сучасному світі проблеми діагностики та лікування розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дитячому віці стають все більш актуальними. Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю впливає на навчання, соціальні відносини та загальний розвиток дитини, викликаючи серйозні труднощі у різних аспектах її життя. Зростання кількості випадків серед дітей з розладами дефіциту уваги з гіперактивністю вимагає глибшого розуміння

психологічних методів диференціальної діагностики, які дозволяють точніше визначити дане порушення з-поміж інших, що допоможе вчасно розпочати ефективне лікування.

Проблеми уваги та гіперактивності серед дітей можуть виявлятися в різних формах і здійснювати значний вплив на їхній психосоціальний розвиток. Завдяки загальній увазі громадськості та фахівців до цього питання, важливо вдосконалювати методи диференціальної діагностики, щоб ефективно визначати розлад дефіциту уваги з гіперактивністю у дитячому віці та відрізнити його від інших порушень. Актуальність дослідження полягає в тому, щоб надати психологам, педіатрам та іншим медичним фахівцям надійні інструменти для виявлення та класифікації розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дитячому віці, забезпечуючи правильне лікування та допомогу дітям, що стикаються з цим розладом.

Варто відзначити, що деякі дослідники розглядають комп'ютеризовані нейропсихологічні тести як потенційно ефективний інструмент для діагностики конкретних аспектів розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дитячому віці. Пропонуються такі системи, як діагностична система Гордона (McConaughy et al., 2010) та інші, наприклад, розроблені Конерс С. та команда MSH (Coners, MSH Staff, 2000). Однак використання нейропсихологічних тестів у діагностичному процесі розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дитячому віці викликає суперечності, оскільки їхня чутливість і специфічність при ізольованому використанні для діагностичних цілей не отримали належного підтвердження в літературі (Barkley, 2014; Doyle et al., 2000). Незважаючи на це, дослідження показали значні середні відмінності в нейропсихологічних тестах між групами осіб із розладом дефіциту уваги з гіперактивністю у дитячому віці та без нього (Dunn, Kronenberger, 2003). Вітчизняні науковці внесли значний внесок у дослідження РДУГ у дітей та молоді, зокрема, Бояршинова К.І., Кравченко Р.І., Клепець Ю.М. у своїй клінічній настанові, заснованій на доказах, надають вичерпну інформацію про РДУГ у дітей (Бояршинова та ін., 2019). Робота В. Годлевської розкриває сутність, діагностику та корекцію РДУГ у дітей молодшого шкільного віку (Годлевська, 2021). Васильєва Н.В. в своєму дослідженні пропонує моделювання інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами, зокрема тих, хто має синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (Васильєва, 2020).

Такий дихотомічний підхід викликає потребу в подальших дослідженнях для об'єктивного визначення ролі та ефективності диференційованих методів у комплексній діагностиці розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дитячому віці та прийняття обґрунтованих рішень у клінічній практиці.

Метою дослідження є проведення деталізованого науково-теоретичного обґрунтування психологічних методів диференціальної діагностики РДУГ у дитячому віці. Для досягнення мети визначено наступні **завдання**: 1) визначити характерні ознаки розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дитячому віці; 2) розглянути психологічні методи диференціальної діагностики розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дитячому віці.

Методи дослідження

Проведене дослідження включало в себе використання різноманітних загальнонаукових і спеціальних методів, спрямованих на глибоке розуміння розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дитячому віці. Окрім основних методологічних підходів, таких як аналіз і синтез, порівняння, узагальнення, було застосовано та спеціалізовані методи для забезпечення глибини та повноти отриманих результатів. В основі дослідження було застосовано системно-структурний підхід, який дозволяє розглядати розлад дефіциту уваги з

гіперактивністю в контексті взаємозв'язків його елементів і впливу на різні сфери дитячого розвитку. Також використовувалися методи класифікації, диференціації та системного аналізу для детального розгляду різноманітних аспектів даного патологічного стану. Інтеграція цих методів у дослідницький процес дозволила отримати більш глибоке та комплексне розуміння проблеми та визначити наукові підходи до вирішення питань, пов'язаних із розладом дефіциту уваги з гіперактивністю у дитячому віці.

Результати та дискусії

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності (далі – РДУГ, в англomовному варіанті ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder) визначається як складний, хронічний і гетерогенний розлад розвитку, який типово починається в дитинстві та зберігається в дорослому віці. РДУГ є найпоширенішим розладом розвитку нервової системи, який має значний вплив на особисте, соціальне, академічне та професійне функціонування та розвиток людини. Рівень РДУГ відзначається постійними проявами неухважності, дезорганізації та/або гіперактивності-імпульсивності (Cabral et al., 2020).

Романчуком О.І. відзначає, що РДУГ являється поліморфним клінічним синдромом, в основу якого покладено порушення здатності дитини контролювати та регулювати свою поведінку, що проявляється у руховій гіперактивності, порушенні уваги та імпульсивності. Визначаючи РДУГ як розлад розвитку, Романчук О.І. підкреслює, що його прояви спостерігаються з раннього дитинства і володіють стійким та неминучим характером. Особливий акцент робиться на поліморфності РДУГ, визначаючи його широкий спектр можливих проявів. Дане трактування дозволяє уникнути узагальнень та враховує різноманітність симптомів, що є характерним для даного патологічного стану в психіатричній класифікації (Романчук, 2015).

Система класифікації клінічних діагнозів, які містяться в Діагностично-статистичному посібнику з психічних розладів (DSM) та Міжнародній класифікації хвороб (МКБ) (Clark et al., 2017), відіграють ключову роль у нормалізації процесів класифікації та діагностики психічних розладів. DSM-V визнане золотим стандартом для класифікації та діагностики психічних розладів (Khoury et al., 2014). Відповідно до DSM-V, діагноз РДУГ ґрунтується на п'яти критеріях, зокрема перший – це поведінковий контрольний список із 18 симптомів, розділених за двома проявами: неухважність та гіперактивність/імпульсивність. Згідно із даними критеріями, симптоми повинні бути присутніми в двох або більше ситуаціях. DSM-V стверджує, що діагностично-контрольного списку недостатньо для повної діагностики розладу нервової системи. Для встановлення РДУГ діагноз повинен включати клінічну історію, яка враховує біологічні, соціальні та психологічні фактори (APA, 2013).

Існує загальна згода між педіатрами та психологами щодо діагностування РДУГ (Efron, Sciberras, 2010), оскільки діагноз зазвичай ґрунтується на клінічному інтерв'ю (Parker, Corkum, 2016) та шкалах оцінки поведінки (Canadian ADHD, 2020), обидві з яких можуть бути заповнені батьками та вчителями дитини (Efron et al., 2016). Однак процес оцінки часто є складним через гетерогенну природу РДУГ і відмінності в клінічних профілях (Luo et al., 2019).

Остання версія Діагностично-статистичного посібника з психічних розладів (DSM-V) конкретизує РДУГ як стійку модель поведінки, яка виявляється неухважністю та/або гіперактивністю/імпульсивністю, заважаючи ефективній роботі чи нормальному розвитку (APA, 2013). У своїй структурі він включає 8 симптомів стійкої неухважності та 8 симптомів гіперактивності/імпульсивності, які наведені на рисунку 1.

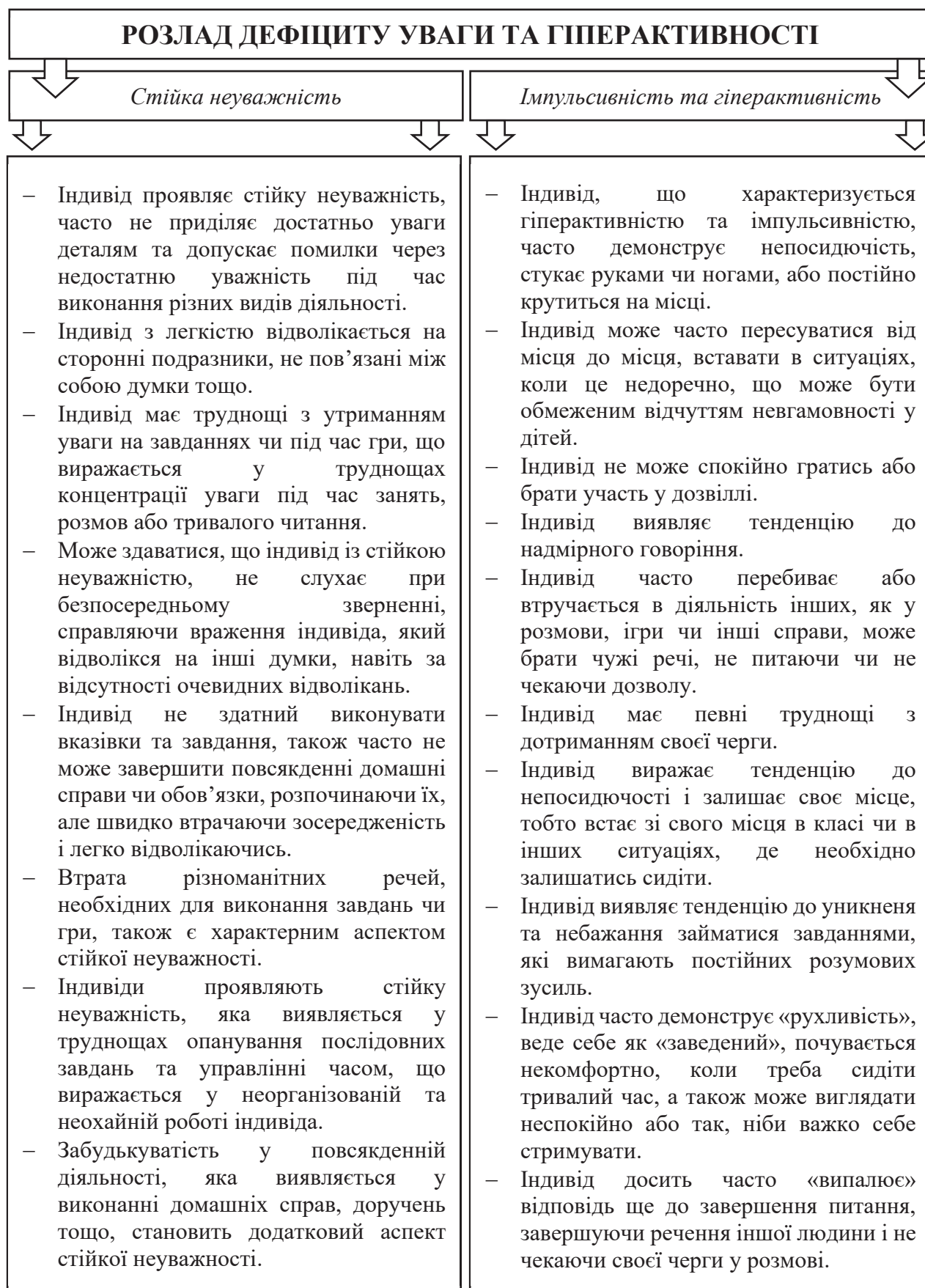


Рис. 1. Діагностичні критерії РДУГ відповідно до DSM-V

Примітки: сформовано автором на основі джерела (APA, 2013).

Діагностика кожного з компонентів РДУГ передбачає виявлення шести чи більше симптомів, які представлені на рисунку 1, та які тривають принаймні шість місяців й не узгоджуються із рівнем розвитку дитини, суттєво впливаючи на її повсякденну діяльність. Симптоми, які представлені на рисунку 1 повинні проявлятися у двох чи більше важливих середовищах, таких як соціальне, сімейне та освітнє, які не стосуються інших клінічних розладів, таких як: шизофренія, інтоксикація, депресія, тривожний розлад тощо. Варто відзначити, що останній редакційний внесок у Діагностично-статистичному посібнику з психічних розладів (DSM-V) вносить кілька значущих змін у вимогах до діагностики РДУГ, зокрема:

а) підвищено віковий критерій появи симптомів, за яким прояви неухвильності чи гіперактивності мають бути виявлені до 12 років (раніше до 7 років);

б) вимога про присутність функціональних порушень у двох або більше життєвих сферах зменшена до простої присутності симптомів неухвильності чи гіперактивності-імпульсивності у двох або більше життєвих сферах;

в) усунене виключення для осіб з розладами аутичного спектру;

г) знижені вимоги щодо симптоматики підлітків і дорослих: достатньо присутніх ознак порушення уваги та/або гіперактивності/імпульсивності.

Дані зміни, зокрема перегляд віку початку розладу, мають на меті уникнути помилкового діагностування РДУГ у дітей, чия неухвильність чи гіперактивність може бути викликана реакцією на стрес через навчання. Дослідження підтверджують, що діти з раннім початком розвитку РДУГ можуть до 7 років демонструвати більш виражені поведінкові симптоми та гіперактивність, а також частіше виявляють затримку у вербальному та фізичному розвитку (Lee et al., 2020).

РДУГ залишається складним для діагностування через відсутність конкретних біомаркерів та специфічності симптомів, що спричинено широким спектром диференційованої діагностики та досить частими співвідношеннями з іншими захворюваннями. Встановлення діагнозу РДУГ у дошкільнят може бути ускладненим. Хоча існують дані, що критерії DSM можуть бути застосовані до дошкільнят, тому варто відзначити, що може бути досить важко отримати достовірні спостереження від інших спостерігачів, окрім батьків. Перед встановленням діагнозу РДУГ та початком лікування у дошкільнят, Американська академія педіатрії (AAP) рекомендує батькам дітей приєднатися до програм навчання для батьків (AAP, 2011). Такі програми можуть допомогти батькам сформувати очікування щодо розвитку дітей, а також розвивати конкретні навички управління проблемними поведінками дітей у відповідності до вікових особливостей.

Як і в багатьох складних випадках, диференційний діагноз РДУГ може бути значуще звужений завдяки анамнезу та фізичному обстеженню (Stacey et al., 2018). Проведення аналізу психологічних методів диференціальної діагностики РДУГ у дитячому віці є важливим завданням, оскільки цей розлад може мати подібні симптоми, як і в інших психічних та розвиткових порушеннях. В таблиці 1. наведено аналіз деяких ключових психологічних методів, що використовуються для диференціальної діагностики РДУГ у дитячому віці.

**Психологічні методи, що використовуються для диференціальної діагностики
РДУГ у дитячому віці**

Метод	Опис	Переваги	Недоліки
Клінічне спостереження	Систематичне клінічне спостереження за поведінкою дитини в різних ситуаціях.	Дозволяє оцінити реальну поведінку дитини в різних контекстах.	Залежить від об'єктивності спостерігача, що може не виявити зміни в поведінці.
Стандартизовані оціночні шкали	Використання інструментів, таких як ADHD Rating Scale, для оцінки симптомів РДУГ.	Забезпечує стандартизований підхід до оцінки, дозволяє порівняти результати з нормативними значеннями.	Не завжди враховує особливості конкретної ситуації чи соціального контексту, що може спотворити оцінку та може вплинути на об'єктивність результатів.
Психологічні тести та анкети	Використання психометричних інструментів для вимірювання когнітивних та емоційних аспектів.	Забезпечує об'єктивні дані про рівень когнітивних навичок та емоційний стан.	Психометричні тести не завжди здатні врахувати взаємодію різних аспектів особистості або сприймання індивідом свого життя, де даний підхід може бути відсутнім в стандартизованих тестах.
Клінічні інтерв'ю	Проведення інтерв'ю з батьками, вчителями чи вихователями та самою дитиною для отримання додаткової інформації.	Дозволяє отримати контекстуалізовані дані від різних джерел.	Залежить від сприйняття та репортування інформації учасниками інтерв'ю.
Біологічні та невропсихологічні тести	Використання біологічних маркерів або невропсихологічних тестів.	Надає об'єктивні дані щодо фізіологічних аспектів.	Вимагає спеціального обладнання та кваліфікованих фахівців.

Примітки: власна розробка автора.

На основі проведеного аналізу констатовано, що комбінація різноманітних психологічних підходів, таких як клінічне спостереження, використання стандартизованих інструментів та інтерв'ю, може найбільш ефективно використовуватися для диференційної діагностики РДУГ у дитячому віці. На сьогоднішній день наукова спільнота розробила стандартизовані анкети, які дозволяють систематизувати інформацію, що надходить від батьків та вчителів щодо сприйняття ними проблем, які можуть виникати у дітей. Встановлено, що материнські звіти про симптоми дитячої психопатології надають досить точний огляд, оскільки батьки виявляються надійними джерелами інформації про поведінку своїх дітей (Бояршинова та ін., 2019).

Для діагностики розладів уваги та гіперактивності (РДУГ) у дітей використовуються різноманітні методи, зокрема стандартизовані схеми спостереження за їхньою поведінкою в різних середовищах, таких як домашні умови, шкільне оточення та лабораторії. Однак, зауважується, що практики оцінюють цей процес як трудомісткий і складний для виконання. За словами В. Годлевської, діагностика РДУГ вимагає використання кількох інструментів для виявлення основних симптомів, а також залучення декількох незалежних один від одного

спостерігачів, таких як батьки, вчителі, психологи, неврологи та інші фахівці (Годлевська, 2021).

Щодо значення психологічних тестів у діагностиці РДУГ, існує деяке сумнівне ставлення, оскільки їхній внесок визнається лише уточненням конкретних випадків та виявленням проблемних сфер, що можуть перешкоджати освітній та соціальній інтеграції дитини. Додатково, відзначається відсутність загальновизнаного інструменту для діагностики функціональних розладів регуляції і контролю психічних процесів, що підкреслює необхідність подальших досліджень у цьому напрямі. Варто зауважити, що щодо більшості психологічних завдань, що традиційно вивчаються в психодіагностиці, діти з РДУГ не виявляють суттєвих відмінностей в порівнянні з нормальним населенням (Бояршинова та ін., 2019; Васильєва, 2020).

Варто відзначити, що запропонований підхід до використання методів диференціальної діагностики розладів дитячого розвитку у дитячому віці має кілька переваг, які варто узагальнити та конкретизувати.

По-перше, використання різних психологічних методів, представлених у таблиці 1, дозволяє отримати більш повне та об'єктивне уявлення про стан розвитку дитини. Наприклад, клінічне спостереження дозволяє оцінити реальну поведінку дитини, а психологічні тести та анкети надають об'єктивні дані про рівень когнітивних та емоційних аспектів. Застосування даного комплексного підходу дозволяє знизити можливість помилок у діагностиці РДУГ у дитячому віці.

По-друге, специфіка використання методів диференціальної діагностики полягає в їхній адаптованості до потреб конкретної дитини та ситуації. Наприклад, клінічне інтерв'ю дозволяє отримати контекстуалізовані дані від різних джерел, а біологічні та невропсихологічні тести надають об'єктивні дані щодо фізіологічних аспектів. Таким чином, це дозволяє забезпечити індивідуальний та збалансований підхід до діагностики РДУГ у дитячому віці.

У зв'язку з цим, вважаємо за необхідність відзначити, що практичне значення запропонованого підходу виявляється у здатності забезпечити більш точну та об'єктивну діагностику розладів дитячого розвитку, що в свою чергу сприяє належному визначенню подальшого лікування та розвитку дитини. Порівняльний аналіз методів диференціальної діагностики дозволяє встановити особливості розвитку конкретної дитини та виявити необхідність індивідуалізованого підходу у плануванні лікування. Таким чином, комплексний підхід до діагностики та лікування РДУГ у дитячому віці є ключовим для досягнення оптимальних результатів у психологічній та медичній практиці.

За даними Тан Б., Поoley Д. та інших неухважність, імпульсивність і гіперактивність серед дітей є результатом повільної обробки у фронтальній області мозку та повільного зростання активності смуги, тобто нейрональні мережі у фронтальній області мозку демонструють неефективний розвиток або затримку у регулюванні електричної активності відповідного частотного діапазону.

Знижена пильність серед дітей з РДУГ узагальнюється як наслідок аномальної моноамінергічної передачі в підкіркових колах (Tan et al., 2016). Моноамінергічна система виступає мішенню для лікарських засобів, таких як анксиолітики, антидепресанти та антипсихотики, які використовуються для лікування рухових, неврологічних станів, настрою та когнітивних розладів (Giuseppe et al., 2016).

РДУГ пов'язаний із низьким рівнем нейромедіаторів (дофаміну та норадреналіну), відповідальних за передачу сигналу між базальними гангліями та префронтальною корою

(Cornelius et al., 2017). Норадреналін являється нейромедіатором, який у вегетативній нервовій системі виконує роль хімічного посередника в передачі імпульсів між нейронами. Норадреналін у мозку забезпечує пильність, збудження, відновлення пам'яті та пильність, проте, окрім того, норадреналін сприяє розвитку стану тривожності та неспокою. Як правило, норадреналін призначений для мобілізації тіла та мозку, забезпечуючи необхідну енергію та підтримуючи оптимальний стан готовності для дії, таким чином відіграє ключову роль у фізіології людського організму.

Дофамін – це органічна хімічна речовина, яка функціонує як нейромедіатор, чи як інгібітор, чи як збудник, що знаходиться в залежності від того, де в мозку (і в якому місці рецептора) він зв'язується. Функція дофаміну полягає в тому, щоб викликати збудливий вплив на нейрон, яка у свою чергу збільшує ймовірність того, що нейрон може подати сигнал (який називається потенціалом дії) до приймаючого нейрона. Гальмівна дія дофаміну полягає в запобіганні подачі сигналу на приймаючий нейрон. Дофамін життєво важливий для покращення пам'яті, а також він відповідає за відчуття задоволення.

Варто відзначити, що дофамін потрібен для підтримки уваги, однак коли його рівень є низьким, то це призводить до дефіциту уваги. Проте підвищений рівень дофаміну призводить до стану, який називають «дофаміною бурею», що викликає:

1. Марення, в розумінні психічного стану, представляє собою феномен, який характеризується відчуттям рухомих об'єктів чи явищ, що відсутні в реальному сприйнятті. Термін «марення» використовується для опису психічних вражень, які можуть включати в себе переживання польотів комах, відчуття плаваючих точок перед очима, або інших фантомних образів, які відсутні в об'єктивній реальності.

2. Галюцинації представляють собою комплексний психічний феномен, що характеризується відчуттям чи сприйняттям об'єктів, що насправді не існують в об'єктивній реальності. Галюцинації, які можуть виникати внаслідок підвищеного рівня дофаміну в мозку можуть мати різноманітні форми, включаючи візуальні та слухові сприйняття.

3. Манії представляють собою психічний стан, що відзначається інтенсивною еуфорією, значним підвищенням активності та винятково піднятим настроєм. Підвищення такого нейромедіатора, як дофамін може призвести до епізодів маніакальної активності.

4. Збудження, у науковому розумінні, визначається як підвищений рівень активності та стан збудження нервової системи, проявляючись у появі високого рівня енергії, нервовості та внутрішнього неспокою (Cornelius et al., 2017).

При дефіциті дофаміну, спостерігається низка психічних та фізичних змін. По-перше, індивіди із зниженим рівнем дофаміну можуть відчувати відсутність життєвості та енергії, що може впливати на їх загальний тонус та мотивацію. Дане почуття може виникати внаслідок впливу дофаміну на регуляцію настрою та емоційного стану.

По-друге, дефіцит дофаміну може суттєво впливати на когнітивні функції, такі як концентрація та виконавчі функції, де індивіди можуть відчувати затруднення у виконанні завдань, які вимагають високого рівня уваги та когнітивних зусиль.

По-третє, дефіцит дофаміну може викликати у індивіда нездатність розпочати виконання конкретних завдань через відсутність необхідної енергії та мотивації. Це може мати важливий вплив на функціональність та продуктивність індивіда в різних аспектах її життя (Wang et al., 2013).

Окрім системи дофаміну з проявами РДУГ також пов'язують порушення у функціонуванні системи норадреналіну, центр якої знаходиться на рівні стовбуру мозку. Норадренергічна система комплексно впливає на функціонування мозку, модулює функції

префронтальної кори за допомогою динамічної адаптації тонічних та фазічних імпульсів, регулюючи рівень уваги та процеси регуляції поведінки.

Ці дані підтверджують так звану когнітивно-енергетичну теорію, яка є однією з основних психологічних моделей, що описують причини виникнення проявів РДУГ (Sergeant, 2000). Ця модель вказує на зв'язок РДУГ із дефіцитами енергетичного забезпечення, які проявляють себе як через загальне зниження рівню активаційних процесів, так і через локальні зміни активаційних процесів, пов'язані із вольовою сферою.

Дисфункція префронтальної кори головного мозку може призвести до скорочення тривалості уваги, зниження пильності, зниження ефективності, погіршення короткочасної пам'яті та труднощів у виконанні певної діяльності. Префронтальна кора контролює поведінку, емоційну реакцію та судження, а також визначає відповідні реакції. Як наслідок, діти з РДУГ зазвичай мають знижений фокус через дисфункцію префронтальної кори (Schecklmann et al., 2009).

Порушення виконавчих функцій, що спостерігаються при дисфункції префронтальної кори, розглядаються як основа РДУГ в межах когнітивно-регуляторної теорії Р.Барклі та проявляє себе через несформованість механізмів самогальмування (Barkley, 2014). Згідно з нею гальмування включає в себе три взаємопов'язані процеси:

1. гальмування початкової реакції;
2. зупинення поточної відповіді;
3. контроль та блокування побічних подразників.

Ліжі Т. повідомив, що діти з РДУГ мають структурні аномалії в мозку, такі як аномальна біла речовина, сіра речовина низької щільності, зменшена товщина кори (у дорослих), зменшений розмір окремих частин мозку та повільне дозрівання (Liji, 2019).

Диференціальна діагностика РДУГ включає в себе важливий аспект розмежування цього розладу від інших психічних та неврологічних станів, тобто необхідно визначити різницю між РДУГ та такими порушеннями як: розлад аутичного спектру, порушення інтелектуального розвитку, розлад рухової координації, розлад навчання, який пов'язаний з розвитком, а також депресивними та тривожними розладами, опозиційно-зухвалим та асоціальним розладом поведінки тощо.

Дані порушення, згідно з даними Всесвітньої організації здоров'я (далі – ВООЗ), часто виявляються та співіснують з проявами РДУГ (WHO, 2022; WHO, 2019). Надзвичайна важливість ретельного проведення диференційованого діагнозу в контексті РДУГ не може бути недооцінена, оскільки вона визначає точне встановлення патологічного стану та визначення належних стратегій лікування та підтримки пацієнта. Систематичний та комплексний підхід до діагностики дозволяє уникнути неправильних висновків та сприяє збалансованому обранню медичних інтервенцій.

Висновки

Отже, проведене дослідження психологічних методів диференціальної діагностики розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дитячому віці підкреслило важливість використання різноманітних інструментів для точного та об'єктивного визначення даного порушення. Отримані результати дозволяють зробити висновок про необхідність комплексного підходу до діагностики РДУГ у дитячому віці, шляхом використання різних методів та інструментів. Вважаємо за необхідність відзначити, що потрібне постійне вдосконалення методів для досягнення максимальної точності у визначенні РДУГ у дитячому віці.

Практичне значення проведеного дослідження полягає в тому, що висновки та рекомендації, розроблені автором та запропоновані в статті, можуть бути використані для: покращення діагностики РДУГ у дитячому віці; оптимізації стратегій лікування та підтримки дітей з РДУГ; вдосконалення психологічної діагностики РДУГ та підвищення ефективності лікувально-педагогічних заходів. *Перспективним напрямом подальших досліджень з даної проблематики є: розробка та вдосконалення нових психологічних методів диференціальної діагностики РДУГ у дитячому віці; вивчення результативності застосування різних методів лікування дітей із РДУГ; вивчення взаємозв'язку між психічними та фізіологічними аспектами РДУГ у дитячому віці; аналіз коморбідності РДУГ з іншими психічними розладами та порушеннями розвитку тощо.*

Література

1. Бояршинова, К.І., Кравченко, Р.І., Клепець, Ю.М. та ін. (2019). Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей та молоді : клінічна настанова, заснована на доказах. Київ : Державний експертний центр МОЗ України. Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wpcontent/uploads/2019/11/2019_09_30_kn_rozladdu.pdf
2. Годлевська, В. (2021). Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей молодшого шкільного віку: сутність, діагностика, корекція. *Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки*, 9, 73–78. DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2021.9.10>
3. Васильєва, Н.В. (2020). *Моделювання інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами: синдром дефіциту уваги з гіперактивністю*. Електронний навчально-методичний кейс. Н.В. Васильєва (Упоряд.). Полтава : ПОППО.
4. Романчук, О. (2015). *Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей*. Практичне керівництво. Львів : Свічадо.
5. AAP Subcommittee on ADHD. (2011). Steering Committee on Quality Improvement and Management, Wolraich M, et al. ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1007–1022.
6. American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC : American psychiatric association.
7. Barkley, R.A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Publications.
8. Cabral, M.D.I., Liu, S., Soares, N. (2020). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic criteria, epidemiology, risk factors and evaluation in youth. *Transl Pediatr*, 9(1), 104–113. DOI: <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.08>
9. Canadian ADHD Resource Alliance. (2020). *Canadian ADHD Practice Guidelines, 4.1 Edition*. Режим доступу: <https://www.caddra.ca/download-guidelines/>
10. Clark, L.A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W.E., & Reed, G.M. (2017). Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2), 72–145.
11. Coners, C., MSH Staff. (2000). Conners' Continuous Performance Test II: Computer program for Windows technical guide and software manual. *Multi-Health Systems*.
12. Cornelius, C., Fedewa, A.L., Ahn, S. (2017). The Effect of Physical Activity on Children With ADHD: A Quantitative Review of the Literature. *Journal of Applied School Psychology*, 33(2), 136–170. Режим доступу: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15377903.2016.1265622>
13. Doyle, A.E., Biederman, J., Seidman, L.J., Weber, W., & Faraone, S.V. (2000). Diagnostic efficiency of neuropsychological test scores for discriminating boys with and without attention deficit-hyperactivity disorder. *J Consult Clin Psychol*, 68(3), 477–488.
14. Dunn, D.W., & Kronenberger, W.G. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Neurologic clinics*, 21(4), 933–940.
15. Efron, D., & Sciberras, E. (2010). The diagnostic outcomes of children with suspected attention deficit hyperactivity disorder following multidisciplinary assessment. *Journal of paediatrics and child health*, 46(7-8), 392–397.

16. Efron, D., Bryson, H., Lycett, K., & Sciberras, E. (2016). Children referred for evaluation for ADHD: comorbidity profiles and characteristics associated with a positive diagnosis. *Child: care, health and development*, 42(5), 718–724.
17. Giuseppe, D.G., et al. (2016). Monoaminergic and Histaminergic Strategies and Treatments in Brain Diseases. *Frontiers in Neuroscience*, 541. Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5121249/>
18. Khoury, B., Langer, E.J., & Pagnini, F. (2014). The DSM: mindful science or mindless power? A critical review. *Frontiers in psychology*, 5, 602.
19. Lee, T., Park, K. J., Lee, H.-J., Kim, H.-W. (2020). Clinical and Neuropsychological Characteristics of ADHD According to DSM-5 Age-of-Onset Criterion in Korean Children and Adolescents. *Journal of Attention Disorders*, 24(1), 20–28. DOI: <https://doi.org/10.1177/1087054716684378>
20. Liji, T. (2019). How does ADHD affect the brain. Режим доступу: <https://www.news-medical.net/health/How-does-ADHD-Affect-the-Brain.aspx>
21. Luo, Y., Weibman, D., Halperin, J. M., & Li, X. (2019). A review of heterogeneity in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Frontiers in human neuroscience*, 42.
22. McConaughy, S. H., Harder, V.S., Antshel, K.M., Gordon, M., Eiraldi, R., & Dumenci, L. (2010). Incremental Validity of Test Session and Classroom Observations in a Multimethod Assessment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 39(5), 650–666. Режим доступу: <https://doi.org/10.1080/15374416.2010.501287>
23. Parker, A., & Corkum, P. (2016). ADHD diagnosis: as simple as administering a questionnaire or a complex diagnostic process?. *Journal of attention disorders*, 20(6), 478–486.
24. Schecklmann, M., et al. (2009). Diminished prefrontal oxygenation with normal and above-average verbal fluency performance in adult ADHD. *Journal of Psychiatric Research*, 43(2), 98–106.
25. Sergeant, J.A. (2005). Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: a critical appraisal of the cognitive-energetic model. *Biol. Psychiatry*, 57, 1248–1255.
26. Stacey, A.B., Debbi, A., Clare, G., Daphne, K. (2018). ADHD in children and youth: Part 1—Etiology, diagnosis, and comorbidity. Canadian Paediatric Society. *Mental Health and Developmental Disabilities Committee Paediatr Child Health*, 23(7), 447–453.
27. Tan, B.W.Z., Pooley, J.A., et al. (2016). A Meta-Analytic Review of the Efficacy of Physical Exercise Interventions on Cognition in Individuals with Autism Spectrum Disorder and ADHD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 3126–3143. Режим доступу: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-016-2854-x>
28. Wang, G.J., et al. (2013). Long-Term Stimulant Treatment Affects Brain Dopamine Transporter Level in Patients with Attention Deficit Hyperactive Disorder. *Plos ONE*, 8, e63023. Режим доступу: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0063023>
29. World Health Organization. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Режим доступу: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F90>.
30. World Health Organization. (2022). 6A05 Attention deficit hyperactivity disorder. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Режим доступу: <https://www.findacode.com/icd-11/code-821852937.html>.

References

1. Boiarshynova, K.I., Kravchenko, R.I., Klepets, Yu. M. ta in. (2019). *Rozlad iz defitsyom uvahy ta hiperaktyvnistiu u ditei ta molodi : klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh [Attention-deficit/hyperactivity disorder in children and youth: an evidence-based clinical guideline]*. Kyiv : State Expert Center of the Ministry of Health of Ukraine. Retrieved from: https://www.dec.gov.ua/wpcontent/uploads/2019/11/2019_09_30_kn_rozladdu.pdf [in Ukrainian].
2. Hodlevska, V. (2021). Syndrom defitsytu uvahy z hiperaktyvnistiu u ditei molodshoho shkilnoho viku: sutnist, diahnozyka, korektsiia [Attention deficit hyperactivity disorder in children of primary school age: essence, diagnosis, correction]. *Visnyk Lvivskoho universytetu. Seriya: Psykholohichni nauky – Bulletin of Lviv University. Series: Psychological Sciences*, 9, 73–78. DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2021.9.10> [in Ukrainian].
3. Vasylieva, N.V. (2020). *Modeliuvannia inkluzyvnogo navchannia ditei z osoblyvymy osvithnyimi potrebamy: syndrom defitsytu uvahy z hiperaktyvnistiu : elektronnyi navchalno-metodychnyi keis [Modeling inclusive education of children with special educational needs: attention deficit*

- hyperactivity disorder: electronic educational and methodological case study]. Poltava: POIPPO [in Ukrainian].
4. Romanchuk, O. (2015). *Hiperaktyvnyi rozlad z defitsytom uvahy u ditei : praktychne kerivnytstvo [Attention deficit hyperactivity disorder in children: a practical guide]*. Lviv : Svichado [in Ukrainian].
 5. AAP Subcommittee on ADHD. (2011). Steering Committee on Quality Improvement and Management, Wolraich M, et al. ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(5),1007–1022.
 6. American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC : American psychiatric association.
 7. Barkley, R.A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Publications.
 8. Cabral, M.D.I., Liu, S., Soares, N. (2020). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic criteria, epidemiology, risk factors and evaluation in youth. *Transl Pediatr*, 9(1), 104–113. DOI: <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.08>
 9. Canadian ADHD Resource Alliance. (2020). *Canadian ADHD Practice Guidelines, 4.1 Edition*. <https://www.caddra.ca/download-guidelines/>
 10. Clark, L.A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W.E., & Reed, G.M. (2017). Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health’s Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2), 72–145.
 11. Coners, C., MSH Staff. (2000). Conners’ Continuous Performance Test II: Computer program for Windows technical guide and software manual. *Multi-Health Systems*.
 12. Cornelius, C., Fedewa, A.L., Ahn, S. (2017). The Effect of Physical Activity on Children With ADHD: A Quantitative Review of the Literature. *Journal of Applied School Psychology*, 33(2), 136–170. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15377903.2016.1265622>
 13. Doyle, A.E., Biederman, J., Seidman, L.J., Weber, W., & Faraone, S.V. (2000). Diagnostic efficiency of neuropsychological test scores for discriminating boys with and without attention deficit-hyperactivity disorder. *J Consult Clin Psychol*, 68(3), 477–488.
 14. Dunn, D.W., & Kronenberger, W.G. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Neurologic clinics*, 21(4), 933–940.
 15. Efron, D., & Sciberras, E. (2010). The diagnostic outcomes of children with suspected attention deficit hyperactivity disorder following multidisciplinary assessment. *Journal of paediatrics and child health*, 46(7-8), 392–397.
 16. Efron, D., Bryson, H., Lycett, K., & Sciberras, E. (2016). Children referred for evaluation for ADHD: comorbidity profiles and characteristics associated with a positive diagnosis. *Child: care, health and development*, 42(5), 718–724.
 17. Giuseppe, D.G., et al. (2016). Monoaminergic and Histaminergic Strategies and Treatments in Brain Diseases. *Frontiers in Neuroscience*, 541. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5121249/>
 18. Khoury, B., Langer, E.J., & Pagnini, F. (2014). The DSM: mindful science or mindless power? A critical review. *Frontiers in psychology*, 5, 602.
 19. Lee, T., Park, K. J., Lee, H.-J., Kim, H.-W. (2020). Clinical and Neuropsychological Characteristics of ADHD According to DSM-5 Age-of-Onset Criterion in Korean Children and Adolescents. *Journal of Attention Disorders*, 24(1), 20–28. DOI: <https://doi.org/10.1177/1087054716684378>
 20. Liji, T. (2019). How does ADHD affect the brain. <https://www.news-medical.net/health/How-does-ADHD-Affect-the-Brain.aspx>
 21. Luo, Y., Weibman, D., Halperin, J. M., & Li, X. (2019). A review of heterogeneity in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Frontiers in human neuroscience*, 42.
 22. McConaughy, S. H., Harder, V.S., Antshel, K.M., Gordon, M., Eiraldi, R., & Dumenci, L. (2010). Incremental Validity of Test Session and Classroom Observations in a Multimethod Assessment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 39(5), 650–666. <https://doi.org/10.1080/15374416.2010.501287>
 23. Parker, A., & Corkum, P. (2016). ADHD diagnosis: as simple as administering a questionnaire or a complex diagnostic process?. *Journal of attention disorders*, 20(6), 478–486.

24. Schecklmann, M., et al. (2009). Diminished prefrontal oxygenation with normal and above-average verbal fluency performance in adult ADHD. *Journal of Psychiatric Research*, 43(2), 98–106.
25. Sergeant, J.A. (2005). Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: a critical appraisal of the cognitive-energetic model. *Biol. Psychiatry*, 57, 1248–1255.
26. Stacey, A.B., Debbi, A., Clare, G., Daphne, K. (2018). ADHD in children and youth: Part 1—Etiology, diagnosis, and comorbidity. Canadian Paediatric Society. *Mental Health and Developmental Disabilities Committee Paediatr Child Health*, 23(7), 447–453.
27. Tan, B.W.Z., Pooley, J.A., et al. (2016). A Meta-Analytic Review of the Efficacy of Physical Exercise Interventions on Cognition in Individuals with Autism Spectrum Disorder and ADHD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 3126–3143. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-016-2854-x>
28. Wang, G.J., et al. (2013). Long-Term Stimulant Treatment Affects Brain Dopamine Transporter Level in Patients with Attention Deficit Hyperactive Disorder. *Plos ONE*, 8, e63023. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0063023>
29. World Health Organization. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F90>.
30. World Health Organization. (2022). 6A05 Attention deficit hyperactivity disorder. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://www.findacode.com/icd-11/code-821852937.html>.

ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL METHODS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ADHD IN CHILDHOOD

Liliya Rudenko

Doctor of Psychological Sciences, Professor,

Head of the Department of Special Psychology and Medicine

Mykhailo Dragomanov State University of Ukraine

9, Pyrohov Str., Kyiv, Ukraine, 01601

lilianic1962@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1655-5708>

Abstract

The article examines the peculiarities of psychological methods of differential diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in childhood. Attention deficit hyperactivity disorder is defined as a complex, chronic, and heterogeneous developmental disorder that typically begins in childhood and persists into adulthood. It has been determined that ADHD is a polymorphic clinical syndrome, the basis of which is a violation of the child's ability to control and regulate their behavior, which is manifested in motor hyperactivity, attention deficit disorder and impulsivity. The study found that ADHD remains difficult to diagnose due to the lack of specific biomarkers and specificity of symptoms, which is caused by a wide range of differential diagnosis and quite frequent correlation with other diseases. It was revealed that analyzing the psychological methods of differential diagnosis of ADHD in childhood is an important task, since this disorder can have similar symptoms in some other mental and developmental disorders. It has been established that the differential diagnosis of ADHD includes an important aspect of distinguishing this disorder from other mental and neurological conditions. Thus, it is necessary to determine the difference between ADHD and such disorders as autism spectrum disorder, intellectual development disorder, motor coordination disorder, learning disorder that is associated with development, as well as depressive and anxiety disorders, oppositional defiant and antisocial behavior disorder, etc. As a result of the research, it has been found that a combination of various psychological approaches, such as clinical observation, the use of standardized instruments and interviews, can be most effectively used for the differential diagnosis of ADHD in childhood. It has been established that a systematic and comprehensive approach to the diagnosis of ADHD in childhood avoids incorrect clinical conclusions and contributes to a balanced selection of medical interventions.

Keywords: psychological methods, diagnosis, ADHD, childhood.

Подано 05.01.2024

Рекомендовано до друку 15.01.2024