

**НАУКОВІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ
СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ**

УДК 37.015.42001.61:001.53

*Лариса Платаш, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри загальної та соціальної педагогіки
Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича*

**НАУКОВІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ
СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ**

Автором статті проаналізовано поведінкову та педагогічну характеристику дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю, фактори, що спричиняють появу захворювання. Більшість дослідників синдром дефіциту уваги поєднують із гіперактивністю та визначають як прояв цілого комплексу порушень дитини.

***Ключові слова:** синдром дефіциту уваги, гіперактивність, дослідження синдрому дефіциту уваги, психолого-педагогічна характеристика молодшого школяра із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю.*

Лит. 10.

*Лариса Платаш, кандидат педагогических наук, доцент кафедры общей и социальной педагогики
Черновицкого национального университета имени Юрия Федьковича*

**НАУЧНЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА
ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ**

Автором статьи проанализированы поведенческая и педагогическая характеристика детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, факторы, вызывающие появление заболевания. Большинство исследователей синдром дефицита внимания сочетают с гиперактивностью и определяют как проявление целого комплекса нарушений ребенка.

***Ключевые слова:** синдром дефицита внимания, гиперактивность, исследования синдрома дефицита внимания, психолого-педагогическая характеристика младшего школьника с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.*

*Larysa Platash, Ph.D (Pedagogic), Docent of General and Social Pedagogic Department
Chernivtsy National University by Y. Fedkovych*

SCIENTIFIC APPROACHES TO THE STUDY OF ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY

The author of the article analyzes the behavioral and educational characteristics of children with attention deficit disorder and hyperactivity, the factors that cause the appearance of the disease. Most researchers attention deficit hyperactivity disorder combined with and defined as the manifestation of a complex disorders of the child.

***Keywords:** attention deficit, hyperactivity, attention deficit disorder research, psycho-pedagogical characteristics of primary school children with attention deficit disorder and hyperactivity.*

Постановка проблеми. Завданням сучасної школи являється досягнення найбільш ефективної суспільної форми організації навчальної діяльності дітей. У початковій школі закладається фундамент системи знань, формуються розумові та практичні операції, дії та навички, без яких неможливе подальше навчання та практична діяльність. Гіперактивність виступає одним із проявів цілого комплексу порушень, де основний дефект пов'язаний з недостатністю механізмів уваги та гальмуючого контролю. На даний момент у розвинених країнах СДУГ реєструється в 24% – 40% школярів, проте в Україні досі відсутні епідеміологічні дані щодо поширеності СДУГ серед дітей [8, 591]. Тому подібні порушення більш точно класифікуються як синдроми дефіциту уваги.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Аналіз наукової літератури засвідчує, що дослідження проблеми гіперактивності дітей молодшого шкільного віку проводилися у різних аспектах (І. Брязгунов, С. Касатикова, О. Дмітрієва, О. Дячук, О. Круженицька, С. Майстренко, С. Макаренко, Ф. Непосидько, О. Маланцева, О. Миколок, Т. Прищеп, О. Скворчевська та ін.). Автори досліджень констатують факт, що гіперактивність – один із проявів цілого комплексу порушень дитини; основний дефект, пов'язаний з недостатністю механізмів уваги й гальмуючого контролю. Порушення поведінки супроводжуються серйозними вторинними порушеннями, до яких, насамперед, відносяться слабка успішність у школі й труднощі в спілкуванні з іншими людьми. Гіперактивні діти є імпульсивними, неуважними, вони бігають, стрибають, розкидають і збирають,

розвалюють і будують, б'ються, галасують, танцюють, співають і все це майже одночасно [1]. Проте єдиної думки щодо корекційних заходів щодо цього явища ще не вироблено.

Мета статті – проаналізувати наукові підходи до вивчення та вирішення проблеми гіперактивності дитини.

Виклад основного матеріалу. Наприкінці ХІХ століття Ф. Шольц у праці “Недоліки в характері дитини. Друга золота книжка” охарактеризував групу “неспокійних, важких”, “тріпотливих” дітей, що вирізняються своєю рухливістю: “...їх руки й ноги перебувають у неспокійному довільному русі, незграбно”. Однак започаткував вивчення проблеми гіперактивності близько 150 років тому німецький лікар-психоневролог Генріх Хоффман, описавши надзвичайно рухомого хлопчика Непосиду Філа.

Спроби науково обґрунтувати причини появи та охарактеризувати симптоми появи гіперактивності як синдрому дефіциту уваги датуються 1902 р., а перший звіт про медикаментозну терапію цього захворювання психостимулюючими препаратами з'явився у 1937 р. Через яскраво виражені неврологічні ознаки порушення отримало назву мінімальне мозкове порушення. Надалі у поняття “мінімальне мозкове ушкодження” були включені і порушення навчання (труднощі і специфічні порушення при навчанні письму, читанню, рахунку, порушення перцепції й мови). Згодом статична модель мінімального мозкового порушення поступила місцем більш динамічній і гнучкій моделі мінімальної мозкової дисфункції. Французькі автори Ж. Філіп і П. Бонкур у книзі “Психологічні аномалії серед учнів” (в перекладі на російську мову книга вийшла в 1911 р.) поряд з епілептиками, астениками, істериками виділяли і так званих “несстійких учнів”. Однак лише у 1947 р. педіатри спробували дати чіткий клінічний опис синдрому гіперактивності дітей із труднощами в навчанні.

При описі одних і тих же симптомів, дослідники по-різному називали синдром гіперактивності: “легка дисфункція мозку”, “гіперкінетичний хронічний мозковий синдромом”, “легке пошкодження мозку”, “легка дитяча енцефалопатія”, “гіперкінез” і т.д. Вчені вивчали проблему невротичних відхилень поведінки і навчальних труднощів, але наукового визначення таких станів дитини довгий час не було. Вітчизняні неврологи звернули увагу на проблему гіперактивності значно пізніше. Так, у відомий педіатр Ю. Домбровська у виступі на симпозиумі, присвяченому ролі психогенного чинника походження, перебігу та лікуванню соматичних

хвороб (1972 р.), виділила групу “важковихованих” дітей, які спричиняють найбільше проблем батькам і педагогам [5].

Після наради міжнародних експертів-неврологів (Оксфорд, 1947 р.) у медичній літературі з'явився опис “легкої дисфункції мозку”, якій відповідали близько 100 клінічних проявів, зокрема дисграфія, (порушення письма), дизартрія (порушення артикуляції мови), дискалькулія (порушення рахунку), недостатня концентрація уваги, агресивність, незграбність, інфантильна поведінка та ін. Як переконує Ю. Шевченко, згідно міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду, гіперкінетичний розлад включає гіперактивність, порушення уваги, імпульсивність. Синонімами є терміни: синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), мінімальна мозкова дисфункція (ММД), синдром рухової гіперактивності з порушеннями уваги [10].

S. Clemens дав таке визначення гіперактивності: “... захворювання із середнім або близьким до середнього інтелектуальним рівнем, з порушенням поведінки від легкої до вираженого ступеня у поєднанні з мінімальними відхиленнями в центральній нервовій системі, які можуть характеризуватися різними поєднаннями порушень мови, пам'яті, контролю уваги, рухової функції” [3].

З 1980 р. назва синдрому базується на міжнародній психіатричній класифікації. Виділяють три типи синдрому дефіциту уваги: 1) *змішаний* (гіперактивність у поєднанні з порушеннями уваги, це найпоширеніша форма синдрому дефіциту уваги), 2) *неуважний* (переважають порушення уваги, цей тип найбільш складний для діагностики); 3) *гіперактивний* (домінує гіперактивність – це найбільш рідкісна форма синдрому дефіциту уваги).

У 1987 р. при перегляді “Діагностичного і статистичного посібника з психічних захворювань” американськими фахівцями було введено назву хвороби “синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ)” та уточнено її симптоми (критерії). На думку вчених, ця назва найбільш точно відображає сутність явища гіперактивності. Суворі критерії дозволяють стандартизувати методику діагностування дітей з ризиком такого захворювання і дають можливість порівнювати дані, отримані дослідниками в різних країнах [4].

У наукових дослідженнях В. Красова “Гіпердинамічний синдром у дітей молодшого шкільного віку” (1989 р.) картина гіперактивної поведінки в дітей молодшого шкільного віку представлена комбінацією рухового

НАУКОВІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ

розгальмування, підвищеного відволікання, тобто порушень уваги й емоційно-вольових розладів.

Гіперактивну поведінку й прояв підвищеної активності А. Добсон розглядає як хворобу або недугу [6]. Підвищена рухова активність не контрольована, включає схильність дитини швидко відволікатися, перебувати в постійно неспокійному стані й нездатності до рухової концентрації уваги. У таких дітей також можуть бути проблеми візуального сприйняття, що полягають у нездатності правильно сприймати зміст символу й друкованого матеріалу, а також проблеми емоційного характеру; при наявності останніх, хвороба важко піддається лікуванню.

За даними статистичного дослідження Расселла Барклі, Христини Бенон [9], в кожному класі із 30 школярів, 1 – 3 учні є гіперактивними; темпи емоційного розвитку гіперактивних дітей на 30% нижчі, ніж у їхніх однолітків. Наприклад, десятирічна дитина з гіперактивністю діє на рівні зрілості приблизно 7-річного; 16-річний водій-початківець використовує навички прийняття рішення на рівні 11-річної дитини; у 65% гіперактивних дітей є проблеми з підпорядкуванням вищим авторитетам, у тому числі прояви ворожості на словах і спалахи роздратування поведінці; 25% гіперактивних учнів мають серйозні проблеми навчання в одній або кількох галузях: навички словесного вираження, вміння слухати, розуміння прочитаного, обчислення; половина всіх гіперактивних дітей мають проблеми сну, розуміння почутого; гіперактивні учні мають у два-три рази більше проблем з виразною вимовою, ніж їх однолітки; 40% гіперактивних дітей мають, принаймні, одного з батьків з синдромом гіперактивності; батьки гіперактивної дитини розлучаються втричі частіше; 21% гіперактивних підлітків постійно пропускає школу; 30% має низьку успішність або змушені проходити повторний курс навчання.

Сучасні дослідження свідчать про те, що синдром гіперактивності може виникнути в ранньому віці. Немовлята мають підвищений м'язовий тонус, надмірно чутливі до подразників (світла, шуму), погано сплять, погано їдять, багато плачуть, їх важко заспокоїти. У 3 – 4 роки виразнішою стає нездатність дитини зосереджено займатися: вона не може спокійно слухати казку, не здатна грати в ігри, що вимагають концентрації уваги, її діяльність носить переважно хаотичний характер.

Але більшість дослідників гіперактивної поведінки схильні думати, що ознаки розладу найбільш виражені у віці 5 – 10 років, тобто в старшому дошкільному і молодшому шкільному

віці. Таким чином, пік прояву синдрому припадає на період підготовки до школи і початок навчання [4]. Це зумовлено динамікою розвитку вищої нервової діяльності. Як зазначає Д. Фарбер, до 7 років відбувається зміна стадій розвитку організму, формуються умови для становлення абстрактного мислення і довільної регуляції діяльності особистості.

У 6 – 7 років діти з синдромом ДУ не готові до навчання в школі у зв'язку з уповільненням темпів функціонального дозрівання кори і підкоркових структур. Систематичні шкільні навантаження можуть призвести до зриву компенсаторних механізмів центральної нервової системи та розвитку дезадапційного шкільного синдрому, що поглиблюється навчальними труднощами. Тому питання про готовність до школи для гіперактивних дітей має вирішуватися в кожному конкретному випадку психологом і педіатром.

Серед хлопчиків 7 – 12 років ознаки СДУГ діагностуються у 2 – 3 рази частіше, ніж серед дівчаток. Серед підлітків це співвідношення становить 1:1, а серед 20 – 25-річних – 1:2 з переважанням дівчат [7]. У дівчаток великі півкулі головного мозку менш спеціалізовані, тому вони мають більший резерв компенсаторних функцій у порівнянні з хлопчиками при ураженні центральної нервової системи (О. Корнев, 1986).

Дослідники однак у відносно сприятливому прогнозі, так як у значній частині дітей симптоми зникають у підлітковому віці. Поступово в міру росту дитини порушення нейромедіаторної системи мозку компенсуються і частина симптомів регресує. Однак в 30 – 70% випадків клінічні прояви синдрому дефіциту уваги / гіперактивності (надмірна імпульсивність, запальність, неухважність, забудькуватість, непосидючість, нетерплячість, непередбачувані, швидкі і часті зміни настрою) можуть спостерігатися і у дорослих [2].

У 2002 році 85 вчених із США, Австралії, Канади, Ізраїлю, Нідерландів, Норвегії і Великобританії опублікували міжнародну заяву з СДУГ про необхідність педагогічного та психологічного втручання у навчання та виховання таких дітей.

Вченими встановлено, що основними причинами виникнення гіперактивності у дітей, перш за все, є патологія вагітності, пологів – інфекції та інтоксикації перших років життя малюка, генетична обумовленість (у 85% випадків виникнення гіперактивності діагностується патологія вагітності або пологів). “Мозок найбільш чутливий до різних несприятливих факторів в критичні

НАУКОВІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ

періоди свого розвитку, коли формуються найбільш важливі “функціональні ансамблі”, спостерігається інтенсивна диференціація нервової системи. Несприятливі впливи на плід у період від 3 до 10 тижнів розвитку можуть бути причинами формування складних порушень розвитку нервової системи. У тому випадку, якщо порушення виникають на більш пізніх етапах розвитку, вираженість дефекту може змінюватись в різному ступені: від грубого порушення функції або її повної відсутності до легкої затримки темпу розвитку”, – переконаний дефектолог В. Астапов. На думку науковця, відхилення виникають у процесі внутрішньоутробного, післяпологового розвитку або в результаті дії спадкових факторів. Залежно від причин виникнення аномалій і порушення розвитку, їх поділяють на вроджені і набуті.

До першої групи належать патогенні фактори, що викликають захворювання матері в період вагітності: токсикози, інтоксикація, порушення обміну речовин, імунно-патологічні стани і різноманітна акушерська патологія. Певну роль відіграють хімічні речовини, радіоактивне випромінювання. Можливі різні ембріональні мозкові ураження внаслідок резус-несумісності крові матері та плоду.

До другої групи вроджених порушень відносять спадкові генетичні показники, що викликають вроджені аномалії, є алкоголізм і наркоманія батьків.

Більшість фахівців схилиються до визнання взаємодії багатьох факторів у числі яких: органічне ураження мозку (черепно-мозкова травма, нейроінфекція тощо); перинатальна патологія (ускладнення під час вагітності матері, асфіксія новонародженого); генетичний фактор (ряд даних свідчить про те, що синдром дефіциту уваги може носити сімейний характер); особливості нейрофізіології і нейроанатомії (дисфункція активуючих систем ЦНС); харчові фактори (високий вміст вуглеводів в їжі призводять до погіршення показників уваги); соціальні фактори (послідовність і систематичність виховних впливів та ін.).

На даний момент СДУГ виступає як найбільш поширений поведінковий розлад у дитячому віці, який характеризується тріадою симптомів: розладами уваги, гіперактивністю, імпульсивністю. Ці симптоми ведуть до порушень адаптації, що проявляється в різних ситуаціях і обстановці, незважаючи на відповідність рівня розумового розвитку дитини нормальним віковим показникам. Крім перерахованих симптомів, багато авторів вказують на властиві даному синдрому

агресивність, негативізм, впертість, неправдивість, а також низьку самооцінку (І.П. Брызгунов, Е.В. Касаткіна, 2001, 2002, Л.О. Бадалян, 1993) [8, 593].

Більшість дослідників відзначають три основні блоки прояви гіперактивності: дефіцит уваги, імпульсивність, підвищена збудливість. Американський вчений Р. Кемпбелл до проявів гіперактивності відносить розлад сприйняття та наголошує, що підвищена активність сприяє прояву труднощів у навчанні, а проблеми сприйняття виявляються в неадекватному сприйнятті навколишнього середовища (букв, слів і т.д.) і батьківської любові.

На думку вітчизняних та зарубіжних вчених, психолого-педагогічна діагностика гіперактивності включає три етапи. Перший етап – суб’єктивний. Виходячи з загальностановлених діагностичних критеріїв, дається оцінка поведінки дитини. Крім того, лікар докладно розпитує батьків про особливості перебігу вагітності та пологів, перенесених дитиною хвороб, її поведінки. Збирається детальний сімейний анамнез.

Для виявлення гіперактивних дітей також можна використовувати методики Р. Немова (на визначення обсягу уваги короточасних слухової і зорової пам’ятей), стану розвитку словесно-логічного мислення); кільця Ландольфа (розподіл, продуктивність, стійкість і переключення уваги), на визначення наочно-дійового мислення).

Дослідники даної проблеми радять не виключати і спостереження як метод дослідження, яке допоможе отримати значно більше інформації про дітей з даним діагнозом. Адже в іграх, у взаєминах з оточуючими, в ході виконання завдань у дітей якраз і проявляються ті якості, які дозволяють віднести їх до групи дітей з синдромом дефіциту уваги.

Другий етап психолого-педагогічної діагностики гіперактивності – об’єктивний чи психологічний. За кількістю похибок, зроблених дитиною при виконанні спеціальних тестів, і за часом, який вона на це затратила, вимірюють параметри уважності. Такі дослідження можна проводити, починаючи з п’яти або шестирічного віку.

На третьому етапі проводять електроенцефалографічне дослідження. З метою об’єктивного вивчення стану мозку дитини за допомогою електродів, що накладаються на голову, фіксують електричні потенціали мозку і виявляють відповідні трансформації. Існують і більш сучасні безпечні і безболісні дослідження з використанням магнітно-резонансної томографії. За сукупністю отриманих результатів ставиться діагноз.

Американські психологи П. Бейкер і М. Меданос запропонували свою схему виявлення гіперактивності у дитини: *виявлення рухової активності* (дитина весь час у русі, навіть якщо втомилася; проявляє ознаки внутрішнього неспокою, тарабанить пальцями, стукає ногами, рухається в кріслі, бігає; весь час відбігає, намагається кудись залізти, забратися; спить набагато менше, ніж інші діти; дуже балакуча); *виявлення дефіциту уваги* (дитина не слухає, коли до неї звертаються (дивиться поверх голови блукаючим поглядом, без фокусування слухання); з ентузіазмом береться за завдання, але не закінчує його; відчуває труднощі в організації; важко утримує увагу, непослідовна у діях і роздумах; легко відволікається на сторонні подразники; часто втрачає речі і забуває їх; уникає завдань та доручень, що вимагають розумових зусиль); *виявлення імпульсивності* (дитина не здатна дочекатися своєї черги, часто втручається в розмови, перебиває співрозмовника; починає відповідати, недослухавши запитання; погано зосереджує увагу на якій-небудь справі; не може дочекатися винагороди, якщо між дією і винагородою є пауза; поведінка слабо підпорядковується правилам, дитина не може регулювати і контролювати свої дії; при виконанні завдань неоднаково веде себе, то спокійний, то імпульсний; успішність з різних предметів часто нерівномірна, при цьому його інтелектуальний розвиток може бути високим).

Діагностика СДУГ має передбачати: первинний скринінг вчителями та психологами загальноосвітніх шкіл, корекційними педагогами; первинну діагностику лікарями ланки первинної медичної допомоги дітям, дитячими неврологами; заключну діагностику дитячими лікарями-психіатрами; за потреби – психофізіологічне та нейропсихологічне обстеження [8, 595].

Висновки. Отже, аналіз наукової та популярної літератури з проблеми гіперактивності засвідчив різноманітність підходів у вивченні та

обґрунтуванні факторів, симптомів та діагностики захворювання, його вплив на результати навчання дитини.

1. *Активність і гіперактивність [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.angelyatko.com.ua/school_deteil.php?id=5.*

2. Білоусова Є.Д., Нікіфорова М.Ю. Синдром дефіциту уваги / гіперактивності / Є.Д. Білоусова, М.Ю. Нікіфорова // *Російський вісник перинатології та педіатрії*. – 2000. – № 3. – С. 39 – 42.

3. Бреслав Г.М. Рівні активності навчання школярів та етапи формування особистості / Г.М. Бреслав // *Формування активності учнів і студентів у колективі*. – Рига, 1989. – 99 с.

4. Брызгунов І.П., Касатикова Є.В. Непосидюча дитина, або все про гіперактивних дітей / І.П. Брызгунов, Є.В. Касатикова – М.: Изд-во Інституту Психотерапії, 2001. – 96 с.

5. Гарбузов В.І. Практична психотерапія, або Як повернути дитині чи підлітку впевненість у собі, істинне гідність і здоров'я / В.І. Гарбузов. – СПб.: Сфера, 1994.

6. Добсон А. Непослушний ребенок. Изд. "Пенаты", "Т-Око", 1992.

7. Моница Г., Лютова Є. Робота з "особливою" дитиною / А. Добсон // *Перше вересня*. – 2000. – № 10. – С. 7 – 8.

8. Перепада О.М. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності як медико-психологічна проблема / О.М. Перепада // *Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України "Проблеми сучасної психології"*. – 2010. – Випуск 10. – С. 591 – 601.

9. Рассел Л. Барклі, Христина М. Бентон. *Ваша неслухняна дитина* / Рассел Л. Барклі, Христина М. Бентон. – СПб.: Пітер, 2004.

10. Шевченко Ю.С. *Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей, психологов и педагогов*. – 2-ое изд. – М.: Вита-Пресс 1997. – 52 с.

Стаття надійшла до редакції 07.02.2013



"Ми обсилаємо дітей подарунками, але найцінніший для них подарунок – радість спілкування, дружбу – ми даруємо знехотя і розтрачуємо себе на тих, кому ми абсолютно байдужі. Проте врешті-решт ми отримуємо по заслугах. Приходить час, коли нам більше всього на світі потрібне спілкування із дітьми, їхня увагу, і нам дістаються ті жалюгідні крихти, які раніше припадали на їх частку".

Марк Твен

