

УДК: 373. 2: 371. 382

**О.І. КОСАРЄВА**

## **СИНДРОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ: ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ТА ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ**

***Резюме.** У статті описані ознаки прояву, причини виникнення та шляхи подолання синдрому дефіциту уваги у дітей дошкільного віку. Основний акцент зроблений на використанні методів поведінкової психотерапії у роботі з гіперактивними дітьми.*

***Ключові слова:** синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, поведінкова психотерапія, корекційна програма.*

**Постановка проблеми.** Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) є одним з найбільш поширених нервово-психічних розладів дитячого віку. На думку більшості вітчизняних і зарубіжних дослідників, дане захворювання зустрічається у 5-10 % дітей в популяції. В останні роки кількість гіперактивних дітей катастрофічно збільшується. За умов відсутності своєчасного лікування, можуть розвиватися хронічні форми захворювання, що спричиняють виникнення серйозних психопатологій. Тому необхідно якомога раніше виявляти та коректувати означені вище стани.

Довгий час лікарі виявляли та намагалися лікувати дітей, у яких спостерігалися різні прояви рухової розгальмованості, імпульсивності, неуважності тощо. За цей час декілька разів змінювалася назва захворювання, з'являлися нові точки зору щодо причин та механізмів його виникнення, апробувалися нові методи лікування. Однак проблема, пов'язана з термінологією цього стану, залишається невирішеною. Наведемо лише деякі з термінів: «легка дисфункція мозку», «гіперкінетичний хронічний мозковий синдром», «легке пошкодження мозку», «гіперкінез», «мінімальна мозкова дисфункція» тощо.

**Аналіз літературних джерел.** Протягом кількох десятиліть і в нашій країні і за кордоном проводилися біохімічні дослідження роботи мозку таких дітей, в результаті яких було виявлено зниження метаболічної активності в лобовій і середніх долях мозку, тобто в тих областях, які відповідальні за контроль поведінки (М. Бегтерев, Г. Крижановський, В. Кучма, З. Тржесоглава, О. Халецька). Отже, не слід звинувачувати дитину у відсутності бажання або вольових зусиль, необхідно зрозуміти, що проблеми, пов'язані з її навчанням і вихованням, є результатом зниженої біохімічної активності мозкових структур.

У вітчизняній медицині дітям з недостатньою зрілістю окремих зон головного мозку ставлять діагноз «мінімальна мозкова дисфункція» (ММД) і пов'язують її з певними негативними факторами, які впливали на плід під час вагітності матері та пологів. Діти з ММД виявляються менш стресостійкими, у них знижена розумова працездатність, спостерігаються моторна розгальмованість, підвищена стомлюваність, зайва чутливість; у хлопчиків може проявлятися гіперактивність, агресивність, упертість (І. Брязгунов, В. Трошин, Л. Ясюкова) [2].

Спостереження вчених показали, що ММД частіше супроводжується зниженням уваги та розумової працездатності і тільки деяким дітям властива гіперактивність. Однак гіперактивні діти завжди страждають дефіцитом уваги. В останні роки фахівці в таких випадках ставлять діагноз «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю» (СДУГ). За даними І. Брязгунова цей синдром був виявлений у кожного п'ятого дошкільника. Розповсюдженість синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю як в нашій країні так і в країнах світу, підтверджує актуальність вивчення цього захворювання в подальшому.

**Метою статті** є розкриття причин виникнення та особливостей застосування методів поведінкової психотерапії у роботі з гіперактивними дітьми.

**Виклад основного матеріалу.** Виникнення симптомів захворювання зазвичай

припадає на початок відвідування дошкільного закладу (три роки). Ця закономірність пояснюється нездатністю центральної нервової системи дитини справлятися з новими вимогами, що висуваються в умовах збільшення психічних та фізичних навантажень. Максимальний прояв синдрому співпадає з кризовими періодами становлення центральної нервової системи у дітей. Три роки – це початок активного розвитку уваги, пам'яті, мови. Тому в дошкільному віці у дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю проявляються гіперзбудливість, рухова розгальмованість, неухважність, підвищена втомлюваність, інфантилізм, імпульсивність [5]. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю – це не тільки захворювання дитини, але нерідко й матері. Спершу у неї настає період «виснаження» – астеноневротичний стан, а пізніше період пригніченого настрою. Тому лікувати потрібно не тільки дитину, але й одночасно її маму. Основною ознакою симптому є «порушення уваги»: дитина не може сконцентруватися більш-менш тривалий час на будь-якому занятті, її увага переключається з одного предмету на інший.

Діяльність гіперактивних дітей нецілеспрямована, невмотивована і не залежить від ситуації – вони рухливі завжди, хоча наприкінці дня внаслідок загальної втоми гіперактивність проявляється в істериках, нападах роздратованості, плаксивості. Така дитина весь час поспішає, береться виконувати завдання, не дослухавши інструкцію, а потім багато разів перепитує, робить помилки.

Крім рухової розгальмованості для дітей з синдромом дефіциту уваги властиві порушення моторного контролю, що проявляється у вигляді «м'якої» неврологічної симптоматики: дискоординації рухів, тиків, нав'язливих рухів. Нерідко гіперактивність поєднується з недостатньою сформованістю дрібної моторики та навичок самообслуговування. Дошкільники нерідко відчувають труднощі при застібанні гудзиків та зав'язуванні шнурівок, а також на заняттях з ліплення та малювання. Можуть спостерігатися порушення просторової координації (часто йдуть напролом, не звертаючи уваги на перешкоди, натикаються на кути, не «вписуються» в простір) [3].

Важливим для розуміння природи гіперактивної поведінки та для корекції її проявів є порушення емоційної сфери. Перш за все це надмірна збудливість та імпульсивність, обумовлені дефіцитом контролю та саморегуляції поведінки. Дитина проявляє підвищену емоційну активність, яка проявляється у надмірній балакучості. Непослідовність та непередбачуваність в поведінці роблять гіперактивних дітей небажаними членами дитячого колективу. У взаєминах з ровесниками зазвичай ці діти агресивні та вимогливі, егоїстичні. Не завжди вміють співчувати та співпереживати. Не люблять поступатися, прагнуть до лідерства, однак не вміють діяти спільно.

Гіперактивні діти своєю поведінкою з раннього віку ніби кидають виклик оточуючому світу. Вони не схожі на інших дітей, їх поведінка виходить за рамки звичної для їх віку. Нерідко вони почувають себе віддаленими від колективу. Психологічне обстеження виявляє у більшості з них підвищену тривожність, неспокій, внутрішню напругу, переживання почуття страху [6].

Не дивлячись на велику кількість досліджень, присвячених причинам захворювання, єдиної точки зору в цій проблемі ще не досягнуто. Передбачається, що на розвиток синдрому впливає багато факторів. Наявність в історії хвороби органічного ураження центральної нервової системи вдається встановити не у всіх хворих дітей. Дослідження З. Тржесоглави, Л. Ясюкової свідчать, що розвитку захворювання сприяє наявність обтяженої спадковості та несприятливе психосоціальне оточення дитини. Велике значення для нормального формування центральної нервової системи мають особливості розвитку дитячого організму. На будь-якому етапі дитина може піддаватися впливу несприятливих факторів, що призводить до розвитку хвороби. Тому всі точки зору на причину захворювання можна об'єднати в три групи: біологічні, психосоціальні та генетичні [2].

Біологічні фактори захворювання поділяються на пре-, перинатальну та ранню

постнатальну патологію. До факторів пренатальної патології можуть бути віднесені токсикози під час вагітності, загострення хронічних захворювань у матері, вживання алкоголю та куріння матері під час вагітності, несумісність резус-фактору, загроза викидня. Також на розвиток захворювання впливають ускладнення під час пологів.

Будь-які захворювання в немовлячому віці, що супроводжуються високою температурою також можуть негативно впливати на дозрівання мозку. Біологічні фактори відіграють вирішальну роль в перші два роки життя дитини, в подальшому вони опосередковуються психосоціальними факторами. Розвиток дитини визначається характером її взаємин, перш за все в сім'ї. велике значення має психологічний мікроклімат: конфлікти, алкоголізм, аморальна поведінка батьків відображаються на психіці дитини. Впливають також і особливості виховання – гіперопіка, егоїстичне виховання по типу «кумира сім'ї» або навпаки педагогічна занедбаність можуть стати причиною розвитку психопатології [2].

За даними Р.Барклі та З.Тржесоглави у 10-25% хворих відмічається спадкова обтяженість до цього захворювання. Батьки гіперактивних дітей нерідко згадують, що в дитинстві у них спостерігалися такі ж самі особливості поведінки, як в їх дитини. Зазвичай при діагностиці виявляється цілий комплекс можливих причин, тобто природа цього захворювання носить комбінаторний характер.

Серед психолого-педагогічних методів корекції синдрому дефіциту уваги головна роль належить поведінковій психотерапії. За кордоном функціонують центри психологічної допомоги, в яких проводиться спеціальне навчання батьків, вихователів та педіатрів цим методикам. Основним моментом поведінкової програми корекції є зміна оточення дитини дома та в дошкільному закладі з метою створення сприятливих умов для подолання симптомів.

Сімейна програма корекції включає:

– зміну поведінки дорослого та його ставлення до дитини (демонструвати спокійну поведінку, уникаючи слів «ні», «не можна», взаємини будувати на довірі та взаєморозумінні);

– зміну психологічного мікроклімату в сім'ї (дорослі повинні менше конфліктувати, більше часу приділяти дитині, проводити вільний час всією сім'єю);

– організацію режиму дня та місця для ігор і занять;

– спеціальну поведінкову програму, побудовану на методах підтримки та винагород.

У сімейній програмі переважає поведінковий аспект, в дошкільному закладі акцент робиться на когнітивній терапії, щоб допомогти дітям подолати труднощі, які виникають під час занять.

Програма корекції в дошкільному закладі включає:

– зміну оточення (місце дитини в групі на заняттях – біля вихователя, регулювання взаємин з ровесниками);

– створення позитивної мотивації, ситуації успіху;

– корекцію негативних форм поведінки, зокрема немотивованої агресії;

– регулювання очікувань (стосується і батьків), тому що позитивні зміни в поведінці дитини проявляються не так швидко, як хотілося б оточуючим.

Поведінкові програми вимагають значних змін, дорослим доводиться докладати всю свою фантазію та досвід спілкування з дітьми, щоб під час занять підтримувати мотивацію дитини, яка постійно відволікається. Корекційні методики будуть ефективними лише за умов тісного співробітництва сім'ї та дошкільного навчального закладу, яке обов'язково повинне включати обмін інформацією між батьками та вихователями. Успіх у лікуванні можливий за умов підтримки єдиних принципів в ставленні до дитини в сім'ї і дошкільному закладі: система «винагород», допомога і підтримка дорослих, участь у спільній діяльності. Крім батьків та вихователів велику допомогу в організації програми корекції повинні здійснювати лікарі, психологи, соціальні педагоги – ті, хто може допомогти в індивідуальній роботі з такою дитиною.

Корекційні програми орієнтовані на дітей старшого дошкільного віку, саме в цьому віці включаються компенсаторні можливості мозку і ще не встиг сформуватися патологічний стереотип [5]. Необхідно пам'ятати, що негативні методи виховання неефективні щодо таких дітей. Особливості їх нервової системи такі, що поріг чутливості до негативних стимулів дуже низький, тому вони не чутливі до покарання та дорікань, однак легко відповідають на будь-яке схвалення. Хоча способи винагороди та заохочення дитини потрібно постійно змінювати.

Сімейна програма винагород та заохочень включає наступні моменти:

1. Кожного дня перед дитиною ставиться певна ціль, яку вона повинна досягти.
2. Зусилля дитини при досягненні цієї мети обов'язково повинні заохочуватися.
3. В кінці дня поведінка дитини оцінюється у відповідності з досягнутими результатами.
4. Батьки періодично повідомляють психологу про зміни в поведінці дитини.
5. При досягненні значного покращення в поведінці дитина отримує обіцяну винагороду.

Прикладом поставлених цілей для дитини можуть бути: виконане доручення, зразкова поведінка, прибирання в кімнаті тощо. В розмові з дитиною, особливо коли їй даються завдання, потрібно уникати директивних вказівок, потрібно мотивувати дитину так, щоб вона відчувала, що робить щось корисне для всієї сім'ї, їй усі довіряють, і на неї сподіваються. При спілкуванні з дитиною потрібно уникати постійних вказівок типу «сиди спокійно», «не балакай, коли з тобою розмовляють» тощо.

Наводимо приклади заохочень та винагород: дозвольте подивитися дитині телевізор ввечері на півгодини довше, пригостіть смачним десертом, купіть іграшку, про яку дитина мріяла. Якщо дитина протягом тижня поводить себе добре, в кінці тижня вона повинна отримати додаткову винагороду. Це може бути спільна подорож з батьками в зоопарк, парк з атракціонами тощо.

Наведений варіант поведінкового тренінгу є ідеальним, однак не завжди його використання можливе в наших умовах. Але батьки та педагоги можуть використовувати окремі елементи цієї програми, взявши її основну ідею – заохочення дитини за виконання поставлених цілей. Причому не має значення, в якому вигляді це буде представлено: матеріальна винагорода чи просто схвальна посмішка, ласкаве слово, підвищена увага до дитини, фізичний контакт.

При незадовільній поведінці рекомендується легке покарання, яке повинне слідувати одразу після негативної поведінки. Це може бути або словесне несхвалення або тимчасова ізоляція від інших дітей, позбавлення «привілеї» тощо. Від фізичного покарання потрібно утримуватися.

Батькам рекомендується написати список того, що вони очікують від дитини в плані поведінки. Цей список в доступній формі пояснюється дитині. Після цього все написане повинне дотримуватися, і дитина заохочується за успіхи в її виконанні.

**Висновки.** Аналіз даних літератури свідчить про соціальну значущість проблеми через надзвичайну поширеність захворювання. Не дивлячись на велику кількість досліджень, присвячених причинам захворювання, спільної точки зору в цій проблемі ще не досягнуто. Передбачається, що на розвиток синдрому впливає багато факторів: біологічні, психосоціальні та генетичні. Серед психолого-педагогічних методів корекції синдрому дефіциту уваги головна роль належить поведінковій психотерапії. Основним моментом поведінкової програми корекції є зміна оточення дитини в сім'ї та в дошкільному закладі з метою створення сприятливих умов для подолання симптомів.

Перспективу подальшого дослідження вбачаємо у апробації методів візуалізації, медитації, аутогенного тренування в корекції поведінки дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Альтхерр П. Гиперактивные дети. Коррекция психомоторного развития / П. Альтхер, Л. Берг, А. Вельф, М. Пассольт. – М: Издательский центр «Академия», 2004. – 280 с.
2. Брызгунов И.П. Психосоматика у детей / И.П. Брызгунов. – М.: Психотерапия, 2009. – 480 с.
3. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте / Н.Н. Заваденко. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 180 с.
4. Моница Г.Б. Гиперактивные дети. Психолого-педагогическая коррекция / Г.Б. Моница, Е.К. Лютова-Робертс, Л.С. Чутко. – СПб.: Речь, 2007. – 220 с.
5. Трошин В.Н. Болезни нервной системы. Профилактика и методы лечения / В.Н.Трошин. – М., 2005. – 360 с.
6. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства / Л.С.Чутко. – СПб.: Хока, 2007. – 160 с.

#### **О.И. КОСАРЕВА. СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ: ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПУТИ КОРРЕКЦИИ**

*Резюме.* В статье описаны особенности проявления, причины возникновения и пути коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей дошкольного возраста. Основной акцент сделан на использовании методов поведенческой психотерапии.

*Ключевые слова:* синдром дефицита внимания с гиперактивностью, поведенческая психотерапия, коррекционная программа.

#### **O.I. KOSARYEVA. ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: CAUSES AND CORRECTION**

*The summary.* This article describes the features of manifestation, causes and ways to overcome the attention deficit disorder in preschool children. The main emphasis is placed on the use of behavioral therapy techniques in work with hyperactive children.

*Key words:* attention deficit disorder with hyperactivity, behavioral therapy, corrective program.

Одержано редакцією 27.11.2013 р.