

4. Калмыкова З.И. Работа со школьниками, имеющими временные задержки психического развития. – М.: 1981.
5. Ляудис В.Я., Негурз И.П. Психологические основы формирования письменной речи у младших школьников. – М.: 1994.
6. Ясюкова Л.А. Психологическая профилактика проблем в обучении и развитии школьников. – СПб.: 2003.

УДК 616.89-008.47

СИНДРОМ ДЕФИЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ ЯК КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА

Касьян М. В.

Інститут корекційної педагогіки та психології
НПУ імені М. П. Драгоманова

У статті розглянуто особливості дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, описано основні клінічні та психологічні прояви цього стану. Розкриті основні діагностичні критерії даного розладу. Охарактеризовані типи, форми та супутні розлади при СДУГ.

В статье рассмотрены особенности детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, описаны основные клинические и психологические проявления этого состояния. Раскрыты основные диагностические критерии данного расстройства. Охарактеризованы типы, формы и сопутствующие расстройства при СДВГ.

The article discusses the features of children with attention deficit disorder with hyperactivity, described the main clinical and psychological manifestations of this condition. The basic diagnostic criteria of this disorder. Author examined types, forms and related disorders in ADHD.

Ключові слова: синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, психодіагностика, коморбідні розлади, тики, тривожність, енурез, клінічні прояви, девіантна поведінка.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, психодиагностика, коморбидные расстройства, тики, тревожность, энурез, клинические проявления, девиантное поведение.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, psychodiagnostic, comorbid disorders, tics, anxiety, enuresis, clinical manifestations, deviant behavior.

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) є однією з основних проблем дитячої психології в Європі та світі. Проблема діагностики та корекції синдрому досить широко досліджена та висвітлена в науковій і популярній літературі країн Європи, США, але недостатньо – в Україні. Активно проводяться дослідження стосовно розробки ефективних методів корекції СДУГ в галузі медицини, в той час як психолого-педагогічний аспект проблеми досліджено недостатньо. Існує багато підходів до вивчення СДУГ, проте єдиної концепції психопрофілактики, діагностики, корекції СДУГ на даний час немає.

Необхідність вивчення дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю в дошкільному віці обумовлена тим, що захворювання – одна з найбільш частих причин звернення за психологічною допомогою в дитячому віці. Зазвичай гіперактивність остаточно діагностують у віці 6-7 років, проте, чим раніше буде виявлено дане порушення, тим ефективнішими будуть методи корекційного впливу на дитину.

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю – неврологічний розлад. Підвищена психомоторна збудливість – патологія поведінки у дітей, все частіше зустрічається в різних країнах, які відрізняються як географічним положенням, так і культурою, маючи безпосередній вплив на спосіб виховання молодого покоління. Про це свідчать дослідження, проведені у США – 4-20%, у Великій Британії – 1-3%, в Італії – 3-10%, в Китаї – 1-13%, Австралії – 7-10%, у Польщі – 6,6% (Н. Н. Заваденко, 2000), в Росії за даними Л. Ю. Заломихіної (2007), А. В. Грібанова, Н. Я. Семаго, М. М. Семаго (2003), частота СДУГ становить від 2 до 47%., в Україні ж досі відсутні епідеміологічні дані щодо поширеності СДУГ серед дітей.

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю супроводжується відставанням процесів дозрівання вищих психічних функцій що, як наслідок, проявляється у специфічних труднощах у навчанні. Більшості таких дітей присутня слабка психоемоційна стійкість при невдачах, низька самооцінка, впертість, брехливість, запальність, агресивність, невпевненість в собі та проблеми в комунікації. Підліткам з СДУГ властиве заперечення авторитетів, незріла та безвідповідальна поведінка, порушення сімейних та суспільних правил. Вони не можуть утримувати певну поведінкову реакцію протягом довготривалого часу.

В зв'язку з тим, що клінічні прояви синдрому різноманітні, при його діагностиці застосовуються стандартні діагностичні критерії, розроблені Американською психіатричною асоціацією та опубліковані в «Діагностичному та

статистичному керівництві по психічним розладам» в його четвертій редакції.

За сучасними класифікаціями МКХ-10 і DSM-IV СДУГ характеризується віковими особливостями, які не відповідають нормальним та свідчать про недостатність адаптаційних можливостей; порушенням уваги; гіперактивністю та імпульсивністю; розвитком перших симптомів в віці до 7 років; постійним збереженням симптомів протягом як мінімум шести місяців в такому ступені вираженості, який свідчить про слабку адаптованість дитини; недостатньою адаптацією в різноманітних ситуаціях та оточуючому середовищі (дім, дитячий садок, школа), не дивлячись на відповідність рівня інтелектуального розвитку нормальним віковим показникам.

DSM виділяє три підтипи СДУГ, основані на переважанні симптомів неухважності, гіперактивності-імпульсивності або комбінації обох груп:

1. Переважно неухважний тип (ADHD-PI) об'єднує дітей з переважанням симптомів неухважності.
2. Переважно гіперактивний-імпульсивний тип (ADHD-HI) об'єднує дітей з переважанням симптомів гіперактивності-імпульсивності – зустрічається досить рідко.
3. Змішаний тип (ADHD-C) об'єднує дітей з симптомами як неухважності, так і гіперактивності-імпульсивності – форма розладу, що найбільш часто зустрічається.

Якщо при обстеженні і спостереженні за дитиною за останні 6 місяців спостерігаються ознаки неухважності, гіперактивності і імпульсивності, то ставиться діагноз – змішана форма СДУГ. Ця форма найбільш розповсюджена, і складає 50-70%. Якщо у дитини виявляються 6 симптомів неухважності і декілька симптомів імпульсивності і гіперактивності, то ставлять діагноз – СДУГ з переважним порушенням уваги. На долю цієї форми припадає 20-30%. В випадку, якщо у дитини повністю спостерігаються ознаки гіперактивності і імпульсивності і проявляються лише деякі ознаки неухважності, то діагноз формулюється як – СДУГ з переважанням гіперактивності і імпульсивності. Ця форма властива 15% дітей.

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю має дві форми перебігу:

- 1) чиста форма СДУГ;
- 2) комбінована форма СДУГ.

Друга форма СДУГ супроводжується додатковими порушеннями: навчання (дислексія, дискалькулія, дисграфія та ін.), моторики (порушення моторного вміння), спілкування (комунікативні): порушення експресивного та рецептивно-експресивного мовлення, фонації, логоневрози.

Для дітей з СДУГ характерні різні коморбідні розлади, так у 87% дітей виявляється як мінімум один коморбідний розлад, у 67% – не менше двох. За даними Е. Кнелл та співавторів, приблизно 50% дітей з СДУГ мають тіки. Крім того, у дітей з СДУГ доволі часто спостерігаються мовленнєві порушення, порушення сну у вигляді сногворіння, сноходження, суб'єктивного відчуття недостатності сну при його нормальній тривалості, нічних кошмарів. Значно частіше у цих дітей порушення сну можуть бути пов'язані з прийомом стимулюючих ліків та супутніми психічними розладами, ніж саме з СДУГ. Також серед супутніх симптомів СДУГ відмічають тривожність (у 74% хлопчиків, 76% дівчаток), емоційно-вольові порушення, що включають інфантильність поведінки, сором'язливість, образливість, дратівливість, плаксивість (у 72% хлопчиків та дівчаток), порушення поведінки (у 72% хлопчиків та 68% дівчаток), головні болі (у 51% хлопчиків та 53% дівчаток), нічний енурез (у 14% хлопчиків, 12% дівчаток).

Згідно з сучасним розумінням природи СДУГ, даними нейробіології, ці діти мають свого роду невидиму неповносправність щодо здатності керувати власною поведінкою, щодо функції самоконтролю. І цей дефіцит обмежений не лише віком дитинства, він – на усе життя. Сучасні наукові дослідження свідчать, що, власне, через це діти з СДУГ становлять групу ризику з розвитку серйозних вторинних проблем і наслідків – від депресивних розладів, порушення особистісного розвитку до антисоціальної поведінки. Саме тому 2004 р. Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій (IACAPAP) визнала СДУГ проблемою № 1 у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків. Визнала не для того, щоб негативно виділити та обмежити цих дітей, а щоб мобілізувати зусилля фахівців, батьків, громадськості щодо допомоги їм.

Етіологія та патогенез синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю не вияснені не дивлячись на значну кількість досліджень. В даний час існують генетичні, нейрофізіологічні, біохімічні, соціально-психологічні концепції, які намагаються пояснити механізми розвитку синдрому. Існують також біопсихосоціальна патологічна модель, яка включає в себе різноманітні фактори виникнення СДУГ.

Надзвичайно важливо пам'ятати, що виникнення симптомів СДУГ викликано загальним впливом внутрішніх (біологічних) та зовнішніх чинників. СДУГ – комплексний та хронічний розлад мозкових функцій, поведінки та розвитку загалом. Когнітивні та поведінкові проблеми, що виникають внаслідок цього розладу, здійснюють вплив на безліч сфер життєдіяльності. Таким чином, будь-яке пояснення виникнення СДУГ, що акцентує увагу лише на одній з причин, буде неповним.

На думку Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, Н. М. Всеволозька та ін., найбільш критичним періодом

виникнення патології розвитку є пізні стадії вагітності та пологи. М. Had-dres-Algra, Н. J. Huisjes та В. С. Touwen всі фактори, що викликають пошкодження мозку у дітей, розподілили на біологічні (ті, що впливають до, в момент та після пологів) та соціальні (обумовлені впливом безпосереднього оточення). Дані дослідження підтверджують відносну різницю впливу біологічних та соціальних факторів: з раннього віку (до двох років) велике значення мають біологічні фактори ураження мозку – первинний дефект. В більш пізньому (від двох до шести років) – соціальні фактори – вторинний дефект, причому при поєднанні обох факторів ризик виникнення синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю значно підвищується.

Поряд зі значенням біологічних факторів ризику СДУГ аналізуються соціальні, наприклад, педагогічну запущеність, що призводить до гіпердинамічного синдрому. До несприятливих соціальних факторів І.Лангеймер, З. Матейчик відносять недостатню освіченість батьків, неповну сім'ю, депривацію тощо.

За результатами досліджень Н. Н. Заваденко виникнення СДУГ через раннє ураження центральної нервової системи в період вагітності та пологів зустрічається в 84% випадків, генетичні причини – в 57% випадків, негативний вплив внутрішньосімейних факторів – в 63% випадків.

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю спостерігається у дітей віком від 3 до 15 років, але найбільш часто проявляє себе в дошкільному та молодшому шкільному віці. Пік прояву синдрому гіперактивності припадає на 6 – 7 років, а до 14 – 15 років гіперактивність поступово зменшується. Частота проявів синдрому серед дітей дошкільного віку складає 4,0% – 9,5%.

Інколи симптоми СДУГ в якості вторинних проявів спостерігаються при тяжких психопатологіях, таких як посттравматична енцефалопатія, неврози, астеничний синдром при соматичних захворюваннях, наслідки нейроінфекцій, фетальний алкогольний синдром (алкоголізація плоду в утробі матері), хронічне отруєння свинцем, постінфекційна енцефалопатія та інші.

Тому першим кроком диференційної діагностики має стати виділення головних порушень. Якщо ядром психопатології є дефіцит уваги та гіперактивність, то ми маємо справу з СДУГ, якщо ні, то сконцентруватися потрібно на іншому захворюванні, а порушення уваги виправляти в процесі психологічної корекції.

Діагностичний процес при СДУГ є доволі складним, вимагає часу, високого рівня компетенції, мультидисциплінарної команди фахівців та має декілька базових цілей: встановлення діагнозу СДУГ, виявлення супутніх проблем та коморбідних розладів. Важливим постає питання встановлення тісного контакту з сім'єю та дитиною, встановлення партнерських стосунків, спільного бачення проблем, цілей і спільно сформованого плану дій для їх досягнення.

Для визначення і постановки діагнозу обов'язковою є комплексна діагностика, що включає психологічне, педагогічне і медичне обстеження.

Об'єктивна діагностика синдрому включає обстеження рівня розвитку когнітивних функцій (увага, пам'ять, мислення). Оцінюється рівень інтелекту. В зв'язку з тим, що у 90% дітей з СДУГ виявляється нормальний та високий коефіцієнту інтелекту, то при діагностиці більш інформативними являються тести на креативність та практичне мислення.

Важливим етапом психологічної діагностики є анкетування батьків та найближчого оточення дитини, що дозволяє якомога точніше окреслити картину захворювання.

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю – дійсно складна проблема, що лежить на межі психології, педагогіки, генетики, неврології, педіатрії та соціології. Проблема розповсюдженості синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю актуальна не лише тому, що є однією з сучасних характеристик стану здоров'я дитячого організму, це найважливіша психологічна проблема цивілізованого світу. Доказом цьому слугує те, що діти з синдромом погано засвоюють шкільну навчальну програму; вони не підкорюються загальноприйнятим правилам поведінки і часто стають на злочинний шлях (більш ніж 80% кримінального контингенту складають особи з СДУГ); з ними в 3 рази частіше трапляються нещасні випадки, вони в 7 разів частіше потрапляють в автомобільні катастрофи; ймовірність стати наркоманом чи алкоголіком у таких дітей в 5-6 разів вища, ніж у дітей з нормальним онтогенезом; порушенням уваги страждають від 5% до 30% усіх дітей шкільного віку, тобто в кожному класі загальноосвітньої школи 2-3 людини – діти з порушенням уваги та гіперактивністю.

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю – патологія, що потребує своєчасної діагностики та корекції: психологічної, медичної, педагогічної; і прогноз стає більш оптимістичним за можливістю реабілітації в віці 5-10 років.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Гасанов Р. Ф. Коморбидность синдрома нарушения внимания как результат диагностической неопределенности/ Р. Ф. Гасанов// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева, 2007. – №4. – с. 4-6.

2. Бадалян Л. О., Заваденко Н. Н., Успенская Т. Ю. Синдромы дефицита внимания у детей (обзор)/ Л. О. Бадалян, Н. Н. Заваденко, Т.Ю.Успенская// Обозрения психиатрии и мед. психологии им. Бехтерева, 1993. – №3. – с. 73-90.
3. Заваденко Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М., 2005.
4. Кучма В. Р., Брызгунов И. П. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: Вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза. М.: Олег и Павел, 1994.
5. Лютова Е. К., Монина Г. Б. Шпаргалка для взрослых. – СПб.: Речь, 2002.
6. Марценковський І. А., Бікшаєва Я. Б. та ін. Программно-цільове обслуговування дітей та підлітків з гіперкінетичним розладом.// Медицинская газета «Здоровье Украины». –№5 / 1. – 2009.

УДК159.922.76-056.313:159.942

ДО ПИТАННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО РОЗВИТКУ ТА ЙОГО СКЛАДОВИХ ПРИ РОЗУМОВІЙ ВІДСТАЛОСТІ

Коваленко В.Є.

Луганський національний університет імені Тараса Шевченка

У статті розглядаються основні теоретичні підходи до визначення поняття емоційний розвиток у загальній та спеціальній психології, визначається взаємозв'язок понять емоційний розвиток, емоційний стан, емоція, як детермінанти соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю.

В статті рассматриваются основные теоретические подходы к определению понятия эмоциональное развитие в общей и специальной психологии, определяется взаимосвязь понятий эмоциональное развитие, эмоциональное состояние, эмоция, как детерминант социальной адаптации лиц с умственной отсталостью.

In this article the basic theoretical going is examined near determination of concept emotional development in general and special psychology, intercommunication of concepts is determined emotional development, emotional state, emotion, as a determinant of social adaptation of persons with a mental backwardness.

Ключові слова: емоційний розвиток, емоційний стан, емоція, емоційна сфера, розумова відсталість.

Ключевые слова: эмоциональное развитие, эмоциональное состояние, эмоция, эмоциональная сфера, умственная отсталость.

Keywords: emotional development, emotional state, emotion, emotional sphere, mental backwardness.

На сьогоднішній день основною стратегічною метою діяльності спеціальних закладів є соціалізація та соціально-трудова адаптація осіб з вадами психофізичного розвитку. Зміни, які відбуваються в соціально-економічному житті суспільства обґрунтовують необхідність оволодіння учнями з особливими освітніми потребами не лише знаннями згідно програмних вимог, але й вміння розв'язувати певні життєві проблеми та конфліктні ситуації, адаптуватися до складних умов сьогодення. У процесі нормального розвитку діти навчаються всебічно оцінювати наслідки своєї поведінки й обирати відповідно випадку способи виправлення ситуації. Конвергенція інтелекту та афекту дає змогу людині обирати адекватну тактику поведінки у складних ситуаціях вибору, а дивергенція – призводить до вибору неконструктивних форм поведінки, і, як наслідок, соціальної дезадаптації. Особливо сензитивними у цій ситуації є особи з розумовою відсталістю, адже неможливість адекватного інтелектуального опрацювання подій навколишньої дійсності призводить до неспроможності усвідомлення ними власних емоційних проявів та станів і можливостей керування ними [5;6]. Основним негативним наслідком інертності та реактивності емоційних реакцій розумово відсталих осіб є наявність виражених порушень в поведінці, а отже і соціально-психологічній адаптації, у взаємодії з соціумом (Л.С. Виготський, Б.В. Зейгарник, В.В. Лебединський, В.Н. Мясіщев, М.С. Певзнер, С.Я. Рубінштейн).

Встановлено (В.І.Бондар, І.М.Бгажнокова, І.П.Матвєєва, Ж.І.Намазбаєва, В.Г. Петрова, С.Я.Рубінштейн, В.М. Синьов, Г.П.Усанова, О.Є.Шаповалова, Л.М.Шипіцина), що утруднення в соціалізації осіб з інтелектуальною недостатністю, пов'язані передусім з незрілістю емоційної сфери, відсутністю навичок встановлення актуальних емоційних станів та порушення самоідентифікації цих станів, нерозумінням свого особистого «Я» та негативним сприйняттям інших людей. Таким чином, питання визначення основних факторів емоційного розвитку та його складових набуває першочергової значущості. Пряма залежність соціалізації дітей з розумовою відсталістю від сформованості емоційної сфери робить дану проблему актуальною.

Об'єкт: емоційний розвиток осіб з розумовою відсталістю.