

Розділ V. ПСИХОДІАГНОСТИКА, ПСИХОТЕРАПІЯ, ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ В СИСТЕМІ ВИЩОЇ ШКОЛИ

©2012 р.

Л. Ф. Бурлачук, О. М. Перепada (м. Київ)

ДИСЛЕКСІЯ ЯК ІНДИКАТОР ГІПЕРАКТИВНОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Постановка проблеми. Сучасні інтенсивні форми навчання дітей, зростання психоемоційних навантажень під час соціально-економічного прогресу, водночас погіршення соціального благополуччя населення, ріст внутрішньо-сімейного напруження, поширення асоціальних тенденцій у суспільстві – усе це зумовлює наростання психічних відхилень і розладів серед дітей різних вікових категорій.

Досить давно фізіологи, генетики, психологи, лікарі та педагоги звертають увагу на тісний зв'язок між станом здоров'я та їх успіхами в навчанні. При цьому на перші місця виходять різні функціональні розлади [4;7].

З кожним роком серед учнів початкових класів збільшується кількість дітей з різноманітними відхиленнями в мовному розвитку, картина розладу яких накладає свій відбиток на формування інтелектуальної, сенсорної та афективно-вольової сфери (Бадалян Л.О., 1993; Політика О., 2008; Семаго Н.Я., Семаго М.М., 2000; Яременко Б.Р., Яременко А.Б., Горяїнова Т.Б., 2002; Ю.С.Шевченко, 2001; Barkley, 1997; Shervette R.E. et al., 1993; Pumfrey P.D., 2004 та інші).

Останнім часом в медичній, педагогічній та психологічній практиці все частіше зустрічаються діти з гіперактивним розладом при якому досить часто супутнім розладом виступають порушення шкільних навичок.

Гіперактивний розлад (ГР) є особливим розладом, який виявити доволі нелегко з огляду на ряд факторів. Труднощі вчасного виявлення ГР пов'язані з його поліморфістю – клінічна картина його проявів є досить різною. Важливою передумовою ефективної допомоги дитині із ГР є ґрунтовний, грамотно побудований діагностичний процес, який при цьому розладі є достатньо складним і вимагає часу та ефективної взаємодії фахівців різних дисциплін – психіатрів, психологів, педагогів, дефектологів. Особлива природа ГР обумовлює певні діагностичні труднощі, адже на відміну від інших розладів, які можуть мати чіткі методи лабораторного чи інструментального підтвердження, для гіперактивного розладу не існує жодного об'єктивного методу діагностики [15, ст. 111-129].

ГР варто диференціювати з іншими розладами, які можуть виступати зовнішніми ознаками інших станів. До основних з цих станів відносять:

- індивідуальні особливості особистості та темпераменту, коли характеристики поведінки дітей не виходять за межі норми;
- тривожні розлади;
- розлади розвитку шкільних навичок (дислексія, дисграфія, дискалькулія);
- туговухість;
- спадкові синдроми Туретта, Вільямса, Сміта-Маженіса та ін.;
- психічні розлади поведінки, афективні розлади, розумова відсталість, аутизм, шизофренія [4-7].

Н.Н. Заваденко, вказуючи на необхідність встановлення диференціального діагнозу ГР, звертає увагу на те, що у 15-20% дітей шкільного віку можуть спостерігатися зовні схожі із ГР форми поведінки. Серед таких форм станів серед інших він називає і специфічні розлади розвитку шкільних навичок: дислексія, дисграфія, дискалькулія [5-7].

У 2004 р. Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій (IACAPAP) визнала розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) проблемою номер один у сфері охорони здоров'я дітей та підлітків. За результатами міжнародних досліджень, ініційованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), було встановлено, що його поширеність коливається в різних країнах світу в діапазоні від 3 до 20% (у середньому 5%). За оцінками Американської асоціації психіатрів, РДУГ маніфестує у 4-12% дітей у віці від 6 до 12 років. Це означає, що кожна тридцята дитина шкільного віку має значні проблеми зі шкільною адаптацією, зумовлені дефіцитом концентраційної функції уваги, непосидючістю чи імпульсивністю. Інтерес до даної проблеми не зникає, оскільки якщо 8-10 років тому таких дітей у групі було по один-два, то нині – до п'яти осіб і більше [11]. І. П. Брязгунов зазначає, що якщо наприкінці 50-тих років публікацій на цю тему було біля 30, то у 1990 році їх кількість зросла до 7000 [2].

Проблема діагностування та поведінкової корекції дітей, котрі страждають на СДУГ, є однією з найдосліджуваних у Європі та США. Ряд зарубіжних вчених досліджували її та суміжні проблеми, що виникають при цьому захворюванні (Заваденко Н.Н., І. П. Брязгунов, О. В. Касатикова, Г. Моніна, О. Лютова-Робертс, Л. Чутко, О. І. Політика, О. В. Єфименко, О. Романчук, Є. Суковський та інші).

Колорадською групою дослідників висловлено припущення, щодо генетичного зв'язку ГРДУ з дислексією. Ця гіпотеза отримала своє підтвердження в дослідженнях, проведених на популяційній вибірці австралійських близнюків [14].

Зв'язок ГРДУ з труднощами в оволодінні навичкам и письма відзначали Ковальов В.В., 1979; Заваденко Н.Н., 2007; Корнев О.Н., 2004; 2010, Сиротюк А.Л., 2008; Брязгунов І.П., Касатикова Е.В., 2001 та інші.

В Україні до недавнього часу існування проблеми СДУГ не визнавалося, особливі потреби таких дітей, пов'язані, насамперед із шкільним навчанням, ігнорувалися. В нашій країні відсутні спеціалісти, які мають підготовку в галузі СДУГ, немає програм дієвого психосоціального втручання для дітей з поведінковими розладами в школі та в середовищі за місцем проживання, відсутні дитячі психотерапевти. Психіатрична служба країни не має жодної медичної програми, спрямованої на запобігання та корекцію асоціальних поведінкових розладів у школярів. Увага сучасного українського суспільства до медичних, педагогічних, корекційних та соціальних проблем дітей із СДУГ недостатня. Організація медико-соціальної допомоги цим дітям в Україні не відповідає стандартам, прийнятим у світі [11].

За результатами дослідження Заваденко Н.Н., для 66% дітей з ГРДУ характерні дислексія та дисграфія. В психічному розвитку спостерігаються затримки на 1,5-1,7 років [4;15].

Метою нашого дослідження стало встановлення кореляційних зв'язків в когнітивній та емоційній сферах особистості дітей молодшого шкільного віку з гіперактивним розладом та дислексією.

Перед дослідженням були поставлені наступні завдання:

- здійснити порівняльний аналіз особливостей уваги у групах дітей з дислексією та гіперактивним розладом;
- діагностично підтвердити зв'язок між порушеннями внутрісімейних стосунків та емоційними проявами досліджуваних дітей;
- встановити додаткові критерії діагностики ГР;
- дослідити особливості інтелектуального розвитку дітей з різними формами мінімальної мозкової дисфункції (ММД) у порівнянні із здоровими дітьми.

Емпіричне дослідження проводилося на базі загальноосвітніх шкіл міст Ватутіне, Звенигородка Черкаської області, Черкас та дитячого відділення Черкаського обласного психоневрологічного диспансеру.

Для діагностичного дослідження ми обрали учнів 2-3 класів, що на думку Корнева О.Н. дає досить надійний та диференціальний діагноз дислексії ставиться в кінці 2-3 року навчання [8].

Було обстежено 100 учнів початкових класів. Першу групу досліджуваних становили 30 дітей (19 хлопчиків та 11 дівчаток) із встановленим на основі критеріїв МКБ-10 та DSM-IV діагнозом «ГР» та «ГРДУ», 30 дітей (19 хлопчиків та 11 дівчаток) з діагнозом «Дислексія», встановленим фахівцями-логопедами. Контрольна група досліджуваних була сформована із 40 дітей (18 хлопчиків та 22 дівчинки) без ознак ГРДУ та дислексії (умовно здорові діти).

Наше дослідження містило декілька аспектів: дослідження когнітивної та емоційної сфер особистості учнів початкових класів.

В когнітивній сфері її важливим компонентом виступає інтелект індивіда та рівень розвитку мисленнєвих операцій. Дослідження інтелекту здійснювалося за допомогою Прогресивних Матриць Равена (Raven Progressive Matrice), які призначені для оцінювання рівня розвитку невербальної складової інтелекту, рівня концентрації активної уваги, її об'єму та розподілу. Було застосовано дитячий (кольоровий) варіант методики у модифікації Розанової [1].

Для визначення особливостей уваги було використано різновид коректурної проби – тест Тулуз-П'єрона, що первинно спрямований на вивчення якостей довільної уваги (концентрації, стійкості, можливостей переключення) та психомоторного темпу. Вторинно – оцінює точність та надійність переробки інформації, вольову регуляцію, особистісні характеристики працездатності та її динаміку у часі; виявлення порушень уваги, що мають нейрофізіологічну основу (ММД); отримати інформацію про такі характеристики працездатності як стомлюваність, тривалість циклу стійкої працездатності, періодичність відволікань і перепадів у швидкості роботи [17].

Для виявлення розладів шкільних навичок (Learning disability) – використано методику Корнева А.Н. (МВДР) – «Експрес-діагностика раннього виявлення дислексії», що дозволяє виявити потенційну «групу ризику» щодо можливості виникнення дислексії у дітей молодшого шкільного віку [8].

Емоційна сфера особистості. Для дослідження мікросередовища дітей з ГРДУ та дислексією було використано проєктивну методику «Малюнок сім'ї» [9].

Згідно теорії Л.Франка (2000) продукти досліджуваного несуть на собі відбиток його особистості в процесі взаємодії з неструктурованим матеріалом. «Малюнок сім'ї» (Drawing-Family Techniques) – група проєктивних методик для оцінювання внутрісімейних стосунків, яка ґрунтується на аналізі та інтерпретації малюнків. Вперше детальна схема проведення дослідження та інтерпретації результатів була розроблена для тесту «Намалюй свою сім'ю» (В. Вулф, 1947). За цією схемою в малюнкові аналізуються: а) послідовність намалювання членів сім'ї, їхнє просторове розміщення, наявність пропусків окремих членів сім'ї; б) відмінності у формах та пропорціях окремих фігур.

За В. Вулфом послідовність малювання вказує на значимість певного члена сім'ї. Пропуск члена сім'ї часто виражає прагнення позбутися від емоційно неприйнятної особи. Якщо розміри зображення фігур не відповідають реальній ієрархії, то таке сприйняття відносять за рахунок ступеня суб'єктивної домінантності та значимості. В. Вулф звертав увагу також на інтерпретацію відмінностей у малюванні окремих частин тіла, виходячи з можливостей переживань, пов'язаних з їх функціями [2, с.120].

«Малюнок сім'ї» у виконанні дітей з ГР, так як в дітей з дислексією в загальних рисах схожий із його виконанням здоровими дітьми з усіма властивими цьому віку особливостями. Проте існують і суттєві відмінності: малюнкам дітей з ГР та дислексією властива схематичність, «фризове» (в один ряд) зображення фігур та предметів, статичність та бідність композиції. За показником «сприятлива/несприятлива ситуація в сім'ї» зафіксовані суттєві відмінності між контрольною та основними групами. Для дітей з контрольної групи в основному створені сприятливі умови гармонізації психічних процесів, що співпадає з результатами дослідження О.І. Політики [10].

Особливим фактором відмінності є сприйняття відчуженості себе в сім'ї дітей з такими формами ММД як дислексія та гіперактивний розлад.

Інформацію, що несуть більшість малюнків дітей з ММД чітко демонструє наявність у дітей окремих розладів спектру аутизму на відміну від контрольної групи.

Для математичної обробки отриманих емпіричних даних нами був використаний комп'ютерний пакет статистичних програм SPSS-19 та Microsoft Excel, що дали змогу здійснити аналіз отриманих результатів та порівняти показники досліджуваних груп дітей між собою.

Порівняння показників, які виражені рівнями здійснено за критерієм χ^2 -квадрат. За отриманими результатами визначено відмінності між групою здорових дітей та групами дітей з дислексією й групою дітей з гіперактивним розладом майже за всіма змінними, що дає змогу із впевненістю стверджувати, що ці групи суттєво відрізняються за всіма показниками.

При порівнянні показників працездатності між групами дітей з різними формами мінімальної мозкової дисфункції визначено їх ідентичність. Загальний $\chi^2 = 0.1$; $p = 0.784$ при $p < 0.05$.

Важливим компонентом дослідження є встановлення відповідної тотожності за результатами визначення наявності у досліджуваних груп дітей дислексії (за методикою МРВД). Загальний $\chi^2 = 3.5$; $p = 0.062$ при $p > 0.05$, що підтверджує нашу гіпотезу щодо можливості сприймати дітей з дислексією потенційно як дітей з ГРДУ.

Не знайдено суттєвих відмінностей між групами дітей з вадами психофізичного розвитку й за показником, що визначає рівень сформованості операцій мислення. Так визначено, що загальний $\chi^2 = 0.1$; $p = 0.933$ при $p < 0.05$, тобто показники рівня розвитку окремих операцій мислення у групах дітей з ГР та дислексією статистично достовірно не відрізняються.

Для порівняння показників, що вимірюються числами було використано критерій Манна-Уїтні.

Точність роботи уваги дітей з гіперактивним розладом мало відрізняється від відповідної швидкості дітей з дислексією. Проте є відмінності за рівнем інтелекту, в групі ГРДУ він значимо вищий ($U = 644.5$; $p = 0.004$) при $p < 0.05$. За отриманими результатами встановлено, що показники швидкості та точності у групах дітей з ГР та дислексією статистично достовірно не відрізняються.

Для обробки результатів дослідження особливостей уваги (швидкість, точність) та рівня інтелекту було застосовано однофакторний дисперсійний аналіз, який дав змогу встановити зв'язки між групами досліджуваних та всередині них ($p = 0.121$ та $p = 0.007$, відповідно). Отримані результати є статистично достовірними ($p \leq 0.05$).

Тест Тулуз-П'єрона дав можливість стверджувати, що дійсно в обох групах дітей з різними формами ММД (дислексією та гіперактивним розладом) більшість дітей мають реактивний тип уваги, а меншість – норму, тому між цими групами не існує значимих відмінностей.

На основі отриманих даних можна зробити такі висновки:

Діти з вадами психофізичного розвитку відрізняються в навчальному середовищі низьким рівнем працездатності уваги. Показники особливостей працездатності уваги у дітей з гіперактивним розладом тотожні з відповідними показниками у дітей з дислексією.

80% дітей, яким встановлено діагноз «ГР» або «ГРДУ» мають супутний розлад у вигляді дислексії.

Загалом інтелект у дітей молодшого шкільного віку не страждає, проте існують суттєві труднощі щодо сформованості операцій мислення як у дітей з ГР, так і у дітей з дислексією.

Література

1. Блейхер В.М. та ін.. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЕК», 2002. – с.123-131.
2. Брызгунов И. П., Касатикова.Е. В. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 45 с.
3. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. – К.: Наукова думка, 1989, – 200с.
4. Заваденко Н. Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. // Медицинский совет. – № 2, 2007.
5. Заваденко Н. Н., Суворинова Н. Ю., Григорьева Н. В. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: современные подходы в фармакотерапии. – 2000. – Т. 2, № 2.
6. Заваденко Н. Н. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: диагностика и лечение. // Русский медицинский журнал. – Т.14, № 1. – 2006.
7. Заваденко Н. Н., Суворинова Н. Ю. Коморбидные расстройства при синдроме гиперактивности с дефицитом внимания у детей. // Журнал неврологии и психиатрии. – № 7. – 2007.
8. Корнев А.Н. Нарушение чтения и письма у детей: учебно-методическое пособие. – СПб.: ИД «МиМ», 1997.– 286с.
9. Корнев А.Н., Ишимова О.А. Методика диагностики дислексии у детей. Методическое пособие. – СПб.: Изд-во Политехн. Ун-та, 2010.– 72с.
10. Коробко С.Л., Коробко О.І. Работа психолога с младшими школьниками: Методичний посібник. – К.: Літера ЛТД, 2006. – 416.
11. Марценковський І. А., Бікшасва Я. Б. та ін. Програмно цільове обслуговування дітей та підлітків з гіперкінетичним розладом. // Медицинская газета «Здоровье Украины». – № 5 / 1. – 2009.
12. Моница Г. Б., Лютова-Робертс Е. К., Чутко Л. С. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь: Монография. – СПб.: Речь, 2007.– 186 с.
13. Политика О. И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. – СПб.: Речь, 2008. – 208с.
14. Равич-Щербо И.В., Марютина Т.М., Григоренко Е.Л. Психогенетика. Учебник \ под ред. Равич-Щербо И.В. – М.: Аспект Пресс, 2000. – 447с.
15. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. – Львів: Джерело. 2008. – 326с.
16. Сиротюк А. Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. – М.: ТЦ Сфера, 2008 – 128с.
17. Ясюкова Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД (Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций – методическое руководство). – СПб, 2001.

В статье освещены результаты эмпирического исследования, направленного на установление корреляционных связей в когнитивной и эмоциональной сферах личности детей младшего школьного возраста с гиперактивным расстройством и дислексией по сравнению с группой здоровых детей. Установлены дополнительные критерии диагностики гиперактивного расстройства психологами и дефектологами в условиях общеобразовательного учебного заведения.

This article outlines the results of empirical research aimed at establishing correlations in cognitive and emotional areas of the personality primary school children with hyperactive disorder and dyslexia, compared with a group of healthy children. Additional criteria are established for diagnosing of hyperactive disorder in a comprehensive school by psychologists and pathologists.