

УДК 159.922.7

М. І. Мушкевич, кандидат психологічних наук, доцент, завідувач кафедри медичної психології та психодіагностики
Волинський національний університет імені Лесі Українки
e-mail: mira_mush@yahoo.com

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИЧНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ГІПЕРАКТИВНИМ РОЗЛАДОМ ТА ДЕФІЦИТОМ УВАГИ

У статті описано особливості діагностичної роботи з дітьми з гіперактивністю та дефіцитом уваги, виділено основні симптоми синдрому, представлено методи та способи діагностичної роботи, вказано на необхідність враховувати індивідуальні особливості кожного випадку, відповідати потребам дитини та її рідних, розробляти психодіагностичну модель окремо для кожної дитини.

Ключові слова: гіперактивність та дефіцит уваги, психодіагностика, психічний розвиток, психологічний діагноз, клінічне інтерв'ю.

Сучасний етап розвитку теорії і практики корекційної педагогіки, психіатрії та психології характеризується посиленою увагою до поглибленого вивчення особливостей психічного розвитку дітей з поведінковими розладами, їх когнітивних можливостей, до виявлення особливостей формування у них пізнавальних, психічних функцій, розвитку емоційно-вольової сфери, соціальних відносин, що має велике науково-практичне значення. Однією з таких проблем є гіперактивний розлад з дефіцитом уваги (далі ГРДУ).

Актуальність проблеми визначається високою частотою даного синдрому в дитячій популяції. Згідно статистичних даних щодо епідеміології, ГРДУ є одним із найпоширеніших поведінкових розладів у дітей. За широкими критеріями DSM-IV поширеність ГРДУ становить, за даними різних досліджень, від 3 до 20 %, офіційний показник DSM-IV — 3—5 %. Тобто щонайменше кожна тридцята дитина має ГРДУ, а це означає, що у кожному класі загальноосвітньої школи є принаймні один такий учень. Навіть за суворішими критеріями МКХ-10 поширеність розладу залишається не нижчою. За даними досліджень в Україні частота ГРДУ — 7,6 %, а це близько мільйона дітей. Проте цей показник насправді є значно вищим, адже у скількох дітей розлад не діагностований.

Проблема ГРДУ почала вивчатися і висвітлюватися в науковій медичній, психологічній і педагогічній літературі не так давно. В основному це були зарубіжні дослідження (R. Barkley, S. Chess, S. Goldstein, S. Hinshaw, C. Jonson, I. Silverman, I. Thomas та ін.). Наукова розробка проблеми ГРДУ у вітчизняному та науковому просторі пов'язана з такими іменами, як Л. Алексєєва, І. Брязгунов, В. Гарбузов, Ю. Домбровська, А. Кошельова, Є. Лютова, Г. Мошина, О. Романчук, Є. Сушковський, В. Трошин, О. Холецька та ін.

В Україні дослідження проблеми ГРДУ та пошук шляхів корекції і терапії в останні десятиріччя набув значного поширення. Але загалом рівень обізнаності щодо ГРДУ і у суспільстві, і серед фахівців, зокрема, залишається низьким. Саме необхідність цілеспрямованого вивчення і удосконалення комплексного підходу до вирішення проблем дітей з ГРДУ та їх сімей як на теоретичному, так і на

емпіричному рівнях, їх актуальність у сучасних умовах спонукали нас до аналізу особливостей практичної роботи з дітьми дошкільного віку з гіперактивним розладом з дефіцитом уваги.

Мета дослідження полягала у поглибленні теоретичного уявлення про особливості ГРДУ та практичному висвітленні особливостей діагностичної роботи з дітьми дошкільного віку з ГРДУ та їх сім'ями.

Завдання дослідження передбачало такі пункти, як: виявити психологічні особливості дітей дошкільного віку з ГРДУ та причини їх виникнення, виділити етапи та методи роботи з дошкільниками з ГРДУ, висвітлити особливості діагностичної роботи з дітьми дошкільного віку з ГРДУ.

Для реалізації завдань дослідження використовувався комплекс методів: теоретичний аналіз психологічної літератури, спостереження, клінічне інтерв'ю, метод тестувань, ігротерапія.

Теоретичний аналіз психологічної літератури допоміг нам дати визначення гіперактивного розладу з дефіцитом уваги — це комплексний хронічний розлад мозкових функцій, який виявляється в різних областях функціонування і поведінки. Він може виникнути в процесі розвитку дуже рано. Немовлята мають підвищений м'язовий тонус, надмірно чутливі до подразників (світлу, шуму), погано сплять, погано їдять, багато плачуть, і їх важко заспокоїти. В 3—4 роки виразною стає нездатність дитини зосереджено чим-небудь займатися: вона не може спокійно слухати казку, не здатна грати в ігри, що вимагають концентрації уваги, її діяльність носить переважно хаотичний характер. Пік прояву синдрому припадає на 6—7 років, тобто період підготовки до школи і початок навчання. Це зумовлено динамікою розвитку ВНД. 5, 5—7 і 9—10 років — критичні періоди для формування систем мозку, що відповідають за мисленеву діяльність, увагу, пам'ять. До 7 років, як вказує Д. А. Фарбер (1991), відбувається зміна стадій інтелектуального розвитку і формування умов для становлення абстрактного мислення і довільної регуляції діяльності. Його головними характеристиками є: надмірна нетерплячість, особливо в ситуаціях, що вимагають відносного спокою, тенденція переходити від одного заняття до іншого, не завершуючи жодного з них, йорзання в моменти, коли потрібно сидіти [1].

Ще один пік розладу співпадає з періодом статевого дозрівання. Гормональний «бум» відображається на особливостях поведінки і ставленні до навчання. «Важкий» підліток може зважитися покинути навчання у школі [5]. Як зазначають В. М. Трошин, О. В. Холецька до кінця періоду статевого дозрівання гіперактивність та емоційна імпульсивність частково зникають чи маскуються іншими особистісними якостями, підвищується самоконтроль і регуляція поведінки, дефіцит уваги зберігається [1].

В цілому виділяють три основні критерії ГРДУ, а саме: порушення уваги, імпульсивність, гіперактивність. Порушення уваги включають: нездатність зберігати увагу (дитина не може виконати завдання до кінця, незібрана при його виконанні); зниження вибіркової уваги, нездатність надовго зосередитися на предметі; забування того, що потрібно зробити; часті відволікання, підвищена збудливість (діти метушливі, непосидючі, часто переключаються з одного заняття на інше); ще більше зниження уваги в незвичних ситуаціях, коли необхідно діяти самостійно. Вчителі і батьки скаржаться, що дитина ніде не проявляє завзятості — ні в навчанні, ні в іграх. Деякі діти не можуть додивитися до кінця улюблену телепередачу, навіть якщо вона триває всього півгодини [4; 6]. Імпульсивність може проявлятися: неохайним виконанням шкільних завдань, не див-

лячись на зусилля все робити правильно; частими вигуками з місця й іншими галасливими витівками під час уроків; втручаннями в розмову або роботу інших дітей; нездатністю чекати своєї черги в іграх, під час занять і т. д.; частими бійками з іншими дітьми (причина — не погані наміри або жорстокість, а невміння програвати) [3]. Гіперактивність — обов'язкова ознака ГРДУ. У частини дитячої рухової активності, навпаки, знижена. В дошкільному і ранньому шкільному віці гіперактивні діти безперервно або імпульсивно бігають, стрибають, лазять, б'ються. В старшому дитячому і підлітковому віці вони непосидючі, постійно схоплюються і знову сідають, метушливі. Рухова активність і якісно, і кількісно відрізняється від вікової норми. З віком гіперактивність часто зменшується, іноді зникаючи зовсім, хоча інші симптоми можуть залишатися [6].

Представлені нижче симптоми, на думку Л. С. Алексеева та А. Д. Кошельова, теж характерні для гіперактивного синдрому з дефіцитом уваги. Серед них:

- **Порушення координації** виявляють приблизно в половині випадків. Це можуть бути порушення тонкої моторики (зав'язування шнурків, користування ножицями, розмальовування, писання), рівноваги (дітям важко кататися на скейті чи двоколісному велосипеді), зорово-просторової орієнтації (нездатність до спортивних ігор, особливо з м'ячем) [2].
- **Емоційні порушення** при гіперактивному розладі з дефіцитом уваги спостерігаються часто. Емоційний розвиток дитини, як правило, затримується, що проявляється неврівноваженістю, імпульсивністю, нетерпимістю до невдач [2].
- **Відносини з оточуючими.** Як правило, порушені стосунки і з ровесниками, і з дорослими. В психічному розвитку діти з гіперактивним синдромом з дефіцитом уваги відстають від однолітків, але прагнуть керувати. Вони вступають в конфлікти під час ігор, агресивні. Тому вони практично не мають друзів. Вони їх шукають, але швидко втрачають. Важко складаються відносини і з дорослими. Швидкі й імпульсивні, ці діти не вміють стримувати свої бажання, організовувати поведінку. На дітей з ГРДУ звичайні покарання, заохочення і винагороди не діють. І батьки, і вихователі та вчителі скаржаться, що, не дивлячись на всі покарання, дитина продовжує вести себе погано. З іншої сторони, ні ласка, ні похвала не стимулюють хорошої поведінки — більш того, заохочення повинні бути дуже значимими, інакше дитина буде вести себе гірше. Гіперактивний синдром з дефіцитом уваги є причиною «поганої поведінки» [2].
- **Парціальні затримки розвитку.** Багато дітей, що страждають ГРДУ, погано вчаться, не дивлячись на нормальний IQ. Можливі причини — не уважність, відсутність наполегливості, нетерпимість до невдач. Крім того, у дітей з ГРДУ часто зустрічаються парціальні затримки розвитку, в тому числі — шкільних навичок (письма, рахування, читання). Їх основна ознака — невідповідність між реальною успішністю і тією, яку можна отримати, виходячи з IQ. В тих випадках, коли при дослідженні виключені розлади сприймання, психологічні і соціальні перешкоди, низький інтелект і погане викладання, причина поганої успішності швидше за все, гіперактивний розлад з дефіцитом уваги [2].

Наше емпіричне дослідження, спрямоване на дослідження особливостей діагностичної роботи з дітьми дошкільного віку з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги, проводилося на базі консультативного центру при кафедрі медичної психології та психодіагностики факультету психології Волинського

національного університету імені Лесі Українки. Дослідження проводилось протягом двох років (2007—2009 рр.).

Всі діти (100 %) були з повних сімей. Але, як зазначали батьки (в основному мами), сімейні стосунки були дисфункційними: алкоголезалежність одного чи обох батьків, агресивність, цілковита зайнятість роботою, незацікавленість життям дітей, байдужість до сім'ї в цілому (загалом тато).

Спостереження за дітьми, з якими ми працювали, показало, що вони характеризувалися такими первинними ознаками, як: надмірна рухливість, метушливість, не могли спокійно сидіти на місці, схоплювалися з місця без дозволу, втручалися в розмову дорослих, викрикували відповіді, не дослухавши запитання до кінця, нездатні утримувати увагу, іноді проявляли ворожість та агресивність.

Діагностичний процес мав кілька базових цілей: підтвердження встановленого діагнозу ГРДУ, виявлення супутніх проблем, локалізація розладу в біо-психосоціальному контексті життя дитини — зокрема, в контексті сім'ї та соціальному середовищі. Ще однією надзвичайно важливою ціллю було встановлення терапевтичного альянсу з сім'єю та дитиною, встановлення партнерських стосунків з батьками, спільного бачення проблем, цілей і спільно сформованого плану дій для їх досягнення.

Методика дослідження особливостей роботи з дітьми дошкільного віку з ГРДУ проходила у кілька етапів:

1. Клінічне інтерв'ю з батьками та дитиною.
2. Психологічне обстеження дітей.
3. Постановка психологічного діагнозу.
4. Представлення даних обстеження батькам.
5. Корекція та терапія розладу.

Реалізація першого етапу передбачала розмову з батьками та дитиною. Для цього ми використовували такий метод, як клінічне інтерв'ю. Специфічними особливостями клінічного інтерв'ю було дослідження наявності основних симптомів ГРДУ, їх проявів у різних середовищах та наслідків у різних сферах життя дитини. При цьому важливо було з'ясувати історію розвитку дитини, час появи симптомів ГРДУ та їх метаморфоз, оцінити ступінь вираження проблем. Збір анамнезу щодо дитини поширювався на всі аспекти її життя та розвитку — зокрема, ми досліджували соціальний, мовний, інтелектуальний розвиток. Розмова з батьками щодо наявних поведінкових проблем у дитини виявляла їх сприйняття цих проблем, значення, яке вони їм надають, спосіб подолання проблем. Ми не лише опитували батьків та дітей про стиль дисципліни в сім'ї, типові реакції батьків на порушення поведінки, але й безпосередньо спостерігали за їх взаємодією під час інтерв'ю.

Клінічне інтерв'ю з батьками включало також опитування про наявність у дітей медичних захворювань та прийом лікарських препаратів. Це було важливим, адже порушення поведінки та уваги можуть бути викликані певними захворюваннями, такими, як анемія, гіпертиреоз, епілепсія з абсансами, хорія, тіки, усіма розладами, що спричиняють хронічний біль, свербіж, фізичний дискомфорт та ін., а також ці розлади можуть бути і побічною дією прийому певних ліків, наприклад, дифенілу, фенобарбіталу та ін.

Так як не про всі питання батьки можуть говорити в присутності дитини і, навпаки, дитина в присутності батьків, ми проводили інтерв'ю спочатку з сім'єю, а тоді окремо з дитиною і окремо з батьками.

Первинне клінічне інтерв'ю з батьками та дитиною займало в нашій клініці дві сесії по одній годині. Воно завершується орієнтацією батьків щодо попередніх діагностичних гіпотез та роз'яснення необхідності наступних етапів діагностичного процесу. Клінічне інтерв'ю включало в себе специфічні запитання, що стосувалися таких тем:

1. Причини гіперактивності: мінімальна мозкова дисфункція; патологія вагітності, пологів; інфекції та інтоксикації у віці до трьох років; генетична зумовленість.
2. Висока рухова активність: неспокій у рухах (барабанить пальцями); йорзає на місті; знаходиться в постійному русі; багато говорить; спить менше, ніж інші діти.
3. Дефіцит активної уваги: непослідовність в поведінці; труднощі в організації; має багато незавершених проєктів; не чує, коли звертаються; з великим ентузіазмом береться за завдання, але не закінчує їх; губить речі; уникає завдань, які вимагають розумових зусиль чи є нудними; часто щось забуває.
4. Імпульсивність: не може регулювати свої дії; не вміє підкорятися правилам; відповідає, не дослухавши питання; не може дочекатися своєї черги у грі, під час занять; часто перебиває розмову; погано зосереджує увагу; не може дочекатися винагороди; варіативність поведінки (на одних заняттях дитина спокійна, на інших — ні).

У всіх дітей проявлялося більше шести з перерахованих критеріїв, тому ми зробили припущення, що у них ГРДУ, тобто встановлений лікарями діагноз повністю підтвердився.

В усіх дітей з ГРДУ необхідним елементом діагностичного процесу було психологічне обстеження, мета якого — встановлення рівня інтелектуального розвитку дитини з ГРДУ та дослідження рівня розвитку пізнавальних процесів. Визначення рівня розумового розвитку важливе, адже за умови зниження інтелектуальних можливостей загалом проблеми дитини можуть бути викликані невідповідністю завдань рівневі спроможності дитини, а не ГРДУ. Розвиток розумових здібностей ми визначали за допомогою шкали тестів розумового розвитку А. Біне — Т. Сімона. Для дослідження пізнавальних процесів (сприймання, уваги, пам'яті, мислення) використовували наступні методики: діагностика сприймання — «Чого не вистачає на малюнках?», «Порівняй за формою», «Порівняй за розміром»; діагностика уваги — «Коректурна проба», «Переплутані лінії», «Знайди відмінності», «Знайди предмети»; діагностика пам'яті — «Запам'ятай картинку», «Повтори цифри», «Повтори слова»; діагностика мислення — «Небилиці», «Що зайве?».

Не менш важливою сферою дослідження є сімейна ситуація — зокрема, рівень стресу у батьків, можлива наявність проблем у сфері психічного здоров'я (ГРДУ, депресія та ін.), наявність підтримки та ін. У тому випадку, коли надана інформація потребувала підтвердження чи уточнення, ми проводили методику Рене Жіля. Дана проєктивна методика призначена для дослідження сфери міжособистісних відносин дитини і її сприйняття внутрішньосімейної взаємодії. Основними ознаками, які можна визначити з її допомогою, є: ставлення до матері, ставлення до батька, ставлення до матері і батька як сімейного подружжя, ставлення до братів та сестер, ставлення до бабусі і дідуся, ставлення до друга / подруги, ставлення до вихователя /

вчителя (авторитарного дорослого), допитливість, домінантність, комунікативність, закритість, відстороненість, соціальна адекватність поведінки.

Що ж стосується третього етапу — безпосереднього встановлення діагнозу ГРДУ, то тут ми дотримувалися діагностичних критеріїв, описаних у DSM-IV та МКХ-10. Діагностичний етап завершували презентацією батькам даних обстеження та спільним плануванням наступних кроків роботи з дитиною.

Останнім, але найбільш важливим і найбільш тривалим етапом роботи з дітьми дошкільного віку з ГРДУ були корекція та терапія розладу.

Під час кожного заняття ми використовували як діагностичні, так і корекційні заходи. Основним принципом, який ми застосовували під час занять, був принцип системного підходу, який передбачав залучення до роботи не лише дитини, але й батьків, так як ми працювали з дитиною 1—2 рази на тиждень, а більшу частину часу діти проводили у сім'ї і тому її вплив був надзвичайно значимим.

Діагностичний етап ми завершували презентацією батькам даних обстеження. Так як батьки не знали, що таке ГРДУ, його особливості, причини, то ми, беручи на себе роль «вчителя», забезпечували їх теоретичними матеріалами, давали відповіді на запитання й пояснювали незрозуміле.

Отже, підвівши підсумок особливостей психодіагностичної роботи з дітьми з ГРДУ, ми б хотіли зазначити, що робота була організована таким чином, аби врахувати індивідуальні особливості кожного випадку, відповідати потребам кожної дитини та її рідних, а не бути свого роду «стандартним пакетом», тому ми розробляли психодіагностичну модель окремо для кожної дитини. Зрозумівши, що таке ГРДУ, батьки могли краще розуміти своїх дітей, що сприяло не лише більшій толерантності щодо поведінкових проблем дітей, але й усвідомленню важливості правильних, послідовних реакцій на різні прояви їх поведінки, а також відповідному розташуванню наголосів у різних аспектах виховання дитини. Усвідомлення реальності ГРДУ, хронічної природи розладу дозволяло батькам мати також більш реальні очікування щодо поведінки дитини. Батькам важливо навчитися жити зі своєю дитиною та її ГРДУ, співчутливо розуміти труднощі, які переживає дитина, і терпеливо допомагати їй у їх подоланні. У зв'язку з цим, ми не лише розмовляли з батьками, а й давали їм читати відповідну наукову літературу з метою не лише поглиблення розуміння ГРДУ, а й застереження щодо існуючих міфів та псевдонаукових методів лікування. І, безумовно, акцент робили на можливостях подолання проблеми та допомоги дитині (інформуючи одночасно про реальні обмеження допомоги).

Література

1. Брызгунов И. П., Косатикова Е. В. Непоседливый ребенок, или Все о гиперактивных детях. — М.: Издательство института психотерапии, 2001. — 96 с.
2. Кошелева А. Д., Алексеева Л. С. Диагностика и коррекция гиперактивности ребенка. — М.: НИИ семьи, 1997. — 64 с.
3. Лютова Е. К., Манина Г. Б. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. — М.: Генезис, 2000. — 192 с.
4. Окленд В. Окна в мир ребенка: Руководство по детской психологии. — М.: Независимая фирма «Класс», 2000. — 336 с.
5. Раттер М. Помощь трудным детям. — М.: Педагогика-Пресс, 1992. — 256 с.
6. Сак Т. В. Особлива дитина: від народження до 6 років: Поради батькам. — К.: Літера ЛТД, 2008. — 144 с.

М. І. Мушкевич, канд. психол. наук, доцент
Волинський національний університет імені Лесі Українки

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ И ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ

Резюме

В статье описаны особенности диагностической работы с детьми с гиперактивностью и дефицитом внимания, выделены основные симптомы синдрома, представлены методы и способы диагностической работы, сделан акцент на необходимости учитывать индивидуальные особенности каждого случая, отвечать потребностям ребенка и его родных, разрабатывать психодиагностическую модель отдельно для каждого ребенка.

Ключевые слова: гиперактивность и дефицит внимания, психодиагностика, психическое развитие, психологический диагноз, клиническое интервью.

M. I. Mushkevych, Cand. of Sc., associate of professor
Lesja Ukrainka Volyn National University

THE PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER

Summary

The article describes the peculiarities of psychological assessment of children with attention deficit and hyperactivity disorder, selects the basic symptoms of syndrome, and presents the assessment methods, accents on a necessity to take into consideration the individual features of every case and every child, to develop a psychological assessment model for every child separately.

Key words: attention deficit and hyperactivity disorder, psychological assessment, psychical development, psychological diagnosis, clinical interview.