

ГІПЕРАКТИВНА ДИТИНА

У статті обґрунтовано актуальність проблеми вивчення гіперактивного розладу із дефіцитом уваги. Це нейропсихіатричний розлад, причиною якого є особливості будови та функціонування головного мозку або органічне ураження центральної нервової системи. Розкрито як поліморфний розлад із різними проявами, а саме, дефіцитом уваги, імпульсивністю, надмірною моторною активністю, рухливістю. Проаналізовано труднощі, спричинені неухважністю при читанні, письмі, рахунку. Описано методи та стратегії, спрямовані на поліпшення поведінки, уважності, успішності.

Ключові слова: *гіперактивний розлад, дефіцит уваги, імпульсивність, моторна активність, рухливість.*

Наталія КАУТ

ГИПЕРАКТИВНЫЙ РЕБЕНОК

В статті обоснована актуальність проблеми изучения гіперактивного расстройтва с дефицитом внимания. Это нейропсихиатрическое расстройство, причиной которого являются особенности строения и функционирования головного мозга или органическое поражение центральной нервной системы. Раскрыто как полиморфное расстройство с разными проявлениями, а именно, дефицитом внимания, импульсивностью, чрезмерной проворной активностью, подвижностью. Проанализированы трудности, вызванные невнимательностью при чтении, письме, счете. Описаны методы и стратегии, направленные на улучшение поведения, внимательности, успешности.

Ключевые слова: *гіперактивне расстройство, дефицит внимания, импульсивность, проворная активность, подвижность.*

Постановка проблеми. Сучасні освітні тенденції в Україні спрямовані на розвиток інклюзивного підходу у навчанні усіх

дітей, що передбачає забезпечення рівного доступу до якісної освіти дітям з особливими потребами шляхом організації їх навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на основі застосування особистісно орієнтованих методів навчання, з урахуванням індивідуальних особливостей їх навчально-пізнавальної діяльності.

Допомога у навчанні дитини з нормальним інтелектом і поведінковими розладами є першим кроком до інклюзивного суспільства, оскільки неможливо говорити про формування інклюзивної освітньої політики та навчання усіх дітей у загальноосвітній школі, якщо існують складності в наданні освітніх послуг найменш складним категоріям дітей.

Діти з гіперактивним розладом із дефіцитом уваги є однією – найбільш розповсюджена категорія дітей з особливими освітніми потребами.

Гіперкінетичні розлади є одними з найпоширеніших поведінкових розладів у дітей. Їх поширеність за даними різних досліджень становить від 1,5 до 5 % у дітей шкільного віку, вони становлять одну з найчастіших причин звернень до дитячих психіатрів [5].

У 2004 р. Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій (IACAPAP) визнала гіперкінетичні розлади проблемою № 1 у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків. Однією з головних причин цього стало те, що цей розлад, дуже часто неточно діагностується і лікується на всій земній кулі, а також те, що діти з цим розладом становлять групу ризику щодо розвитку багатьох вторинних психіатричних розладів та соціальних проблем. Без належної допомоги у несприятливому середовищі гіперкінетичний розлад може каталізувати негативні психологічні та соціальні реакції, сприяти розвитку в дитини негативної самооцінки, порушувати її соціальну адаптацію, викликати вторинні психіатричні захворювання [5].

Наявність у дитини гіперкінетичного розладу значно підвищує ризик виникнення вторинних проблем, таких як:

- проблеми зі шкільною успішністю в школі;
- проблеми з антисоціальною поведінкою та кримінальними діями, приналежністю до антисоціальних угруповань – як у дитинстві, так і в підлітковому та дорослому віці;

- проблеми у міжособистих стосунках, соціальна ізоляція – як у дитинстві, так і в дорослому віці;

- проблеми з психічним здоров'ям – значно підвищений ризик багатьох психічних розладів у дітей та дорослих з гіперкінетичними розладами, зокрема таких, як зловживання/узалежнення від психоактивних речовин, тривожні розлади, розлади настрою, особистості та ін.

- проблеми з ризикованою поведінкою – як наслідок, люди з гіперкінетичними розладами, зокрема у підлітковому та дорослому віці значно частіше стають «продюсерами» та жертвами нещасних випадків, дорожньо-транспортних пригод, у них підвищений ризик незапланованої підліткової вагітності, зараження венеричними хворобами і тощо.

За відсутності вчасної та належної допомоги цей розлад може призводити до вторинних серйозних психосоціальних наслідків та психіатричних захворювань.

Біологічні чинники, які впливають на прояви гіперкінетичних розладів, психологічний розвиток дитини, імовірність вторинних ускладнень, на прогноз дитини загалом, є психосоціальними – і можуть відігравати як протективну, захисну, ресурсну роль, так і, на жаль, психотравмувальну. До цих чинників належать передовсім характеристики сім'ї дитини, якість її стосунків з рідними, характеристики педагогів, соціального середовища ровесників, школи (Barkley, 1996). Велику роль відіграє також наявність ефективних програм допомоги дітям з гіперкінетичними розладами та їхня доступність. Гіперкінетичний розлад, як і будь-який розлад, є біопсихосоціальним розладом за своєю природою і саме комплексна взаємодія біологічних чинників, індивідуальних психологічних характеристик дитини та її соціального середовища визначає динаміку розвитку дитини та її прогноз. Тому і допомога дітям з гіперкінетичними розладами має бути біопсихосоціальною і спрямованою на кожну ланку біопсихосоціального ланцюга чинників.

Це нейропсихіатричний розлад, причиною якого є особливості будови та функціонування головного мозку або органічне ураження центральної нервової системи. У більшості випадків ГРДУ – це розлад генетичної природи, пов'язаний зокрема з

генами, що відповідають за регулювання обміну та активності двох нейротрансмітерів – дофаміну та норадреналіну.

Гіперактивний розлад із дефіцитом уваги – це поліморфний клінічний синдром, головними проявами якого є порушення здатності дитини контролювати та регулювати свою поведінку, яка проявляється у моторній гіперактивності, порушенні уваги та імпульсивності.

Про розлад говоримо тому, що такі прояви, як гіперактивність, імпульсивність, порушення уваги не відповідають віковій дитини і призводять до серйозних порушень функціонування дитини в основних сферах життя. ГРДУ є розладом розвитку імпульс-контролю або ж здатності головного мозку до організації та самоконтролю поведінки. З віком у дітей із ГРДУ ця здатність поліпшується, але все одно залишається нижчою, ніж у однолітків. У дітей із ГРДУ спостерігається сповільнене дозрівання функцій лобної кори головного мозку.

Таким чином, недостатня зрілість лобної долі кори головного мозку призводить до розладів різних виконавчих функцій, що пов'язані з організацією та регулюванням поведінки:

- розладу імпульс-контролю;
- розладу прогнозування, планування та самоорганізації поведінки;
- розладу контролю уваги і аналізу інформації;
- розладу контролю емоцій;
- розладу контролю над власною руховою активністю, регулювання процесу збудження та гальмування.

Аналіз актуальних досліджень. Різні аспекти проблеми навчання дітей з ГРДУ в загальноосвітніх школах активно вивчалися О. Касатіковою, А. Платоновою, І. Брязгуновим [1]. Питаннями особливостей психоемоційного стану учнів з гіперактивним розладом і дефіцитом уваги займалися такі провідні російські спеціалісти з педагогіки та психології, як Г. Моніна, О. Лютова-Робертс [4], фахівці-медики О. Кочерова [2], у тому числі психіатри О. Романчук [5], І. Марцінковський, О. Маслова [3].

Метою статті є проаналізувати прояви ГРДУ, які призводять до виникнення труднощів у навчанні і описати методи та

стратегії, спрямовані на поліпшення поведінки, уважності, успішності.

Виклад основного матеріалу. Поведінкові проблеми гіперактивної дитини проявляються з перших років життя, але у більшості випадків до досягнення старшого дошкільного або молодшого шкільного віку їх списують на особливості темпераменту або неналежне виховання дитини. В усіх дітей із гіперкінетичними розладами, які мають проблему зі шкільною успішністю, необхідним елементом діагностичного процесу є нейропсихологічне обстеження, метою якого є встановлення рівня інтелектуального розвитку дитини, а також виявлення з огляду на часту присутність як коморбідних специфічних розладів шкільних навичок – читання, письма, математики. Виявлення цих розладів важливе і в плані диференційної діагностики, адже за умови знижених інтелектуальних можливостей загалом чи специфічних труднощів у навчанні зокрема порушення уваги дитини на уроках може бути викликано невідповідністю програми рівневі спроможності дитини її засвоїти, а не гіперкінетичним розладом.

Виділяють три основні проблеми при ГРДУ. Це:

- дефіцит уваги;
- імпульсивність;
- надмірна моторна активність, рухливість.

Імпульсивність та гіперактивність дітей із ГРДУ проявляються у безперервній надмірній руховій активності, неспроможності довго сидіти на одному місці, коли від них цього вимагають. Такі діти багато говорять, переривають розмову інших, недоречно втручаються у діалог навколишніх, проявляють нетерпіння, коли треба чогось чекати, діють не замислюючись про наслідки та незважаючи на правила. Імпульсивність та надмірна активність не сприяють продуктивній успішності учня, але найбільші академічні труднощі спричинені саме неухважністю, яка проявляється так.

При читанні

- Втрачає місце у тексті під час читання.
- Не може залишатися сфокусованим на тому, що читає; як наслідок – пропускає слова, деталі, розуміння прочитаного епізодичне.

- Забуває прочитане та потребує перечитувати тест знову й знову.

Під час виконання письмових завдань

- Труднощі з плануванням та організацією письмового завдання.

- Відсутність систематичного виконання письмових вправ.

- Мінімальна продуктивність під час виконання письмових завдань.

- Повільніша (в два – три рази) швидкість виконання письмових завдань.

- Велика кількість механічних помилок під час написання.

У математиці

- Велика кількість помилок при обчислюванні через неухильність до математичних знаків.

- Низька продуктивність при розв'язанні задач та прикладів через неспроможність сконцентруватися та розглянути всі аспекти задачі або зробити всі кроки послідовно під час розв'язування математичного прикладу.

До того ж діти з ГРДУ можуть мати супутні розлади, такі як: дисграфія – часткове порушення навичок письма внаслідок вогнищевого ураження, недорозвинення або дисфункції кори головного мозку; дислексія – порушення формування навичок читання; дискалькулія – порушення навичок лічби. Ці розлади також можуть спричиняти вищеназвані труднощі або перегукватися з ними.

До загальної характеристики гіперактивної дитини можна віднести: порушення емоційної сфери та як наслідок неконтрольовані емоційні реакції, такі як роздратування, пригнічення, прояви агресії, підвищену реакційність, труднощі зі зміною діяльності, проблеми з дисципліною, неможливість працювати задля досягнення віддаленої мети, постійну потребу у заохоченнях та покараннях, занижену самооцінку, часто супутню опозиційну поведінку. Внаслідок цього дитина з ГРДУ має соціальні проблеми, які проявляються у труднощах побудови стосунків та спілкування з оточуючими.

За статистикою, біля 40 % дітей з ГРДУ мають академічні труднощі, які поділяються на труднощі здобуття академічних

навичок, та проблеми з успішністю, які можуть бути як супутніми, так і самостійними. Навіть якщо дитина з ГРДУ не має виражених академічних труднощів, у неї все одно будуть спостерігатися проблеми з виконанням класних і домашніх завдань, найчастіше пов'язані з неможливістю дотримання часових рамок. Це є наслідком проблем із увагою та високим рівнем імпульсивності, дитині важко сфокусуватися на виконанні завдання. Через підвищене реагування на сторонні стимули та неспроможність виконувати не надто цікаву роботу довго дитина з ГРДУ потребує більше часу на виконання завдання, аніж її здоровий одноліток. Але слід враховувати те, що проблеми у навчанні можуть бути ознакою не лише дітей з ГРДУ, але й учнів, що страждають на інші розлади.

ГРДУ є поліморфним розладом та дуже різнобарвним у своїх проявах. Не існує двох однакових дітей із ГРДУ. Тому і план втручання буде різнитися і змінюватися залежно від кожного конкретного випадку. Кінцевий результат допомоги дитині з ГРДУ завжди залежатиме від характерних рис самої дитини та особливостей середовища, оскільки поведінка дітей із ГРДУ регулюється більше умовами зовнішнього середовища, аніж внутрішніми вказівками.

Основними терапевтичними втручаннями при ГРДУ вважаються такі.

1. Психоедукація – просвітницька робота з поліпшення розуміння сутності та шляхів корекції розладу у середовищі батьків, педагогів та інших фахівців, що працюють з дитиною.

Основні методи психоедукації:

- презентація та роз'яснення батькам діагностичної інформації під час «круглого столу»;
- презентація інформації про ГРДУ під час індивідуальних зустрічей;
- лекції, семінари, конференції для батьків;
- друковані матеріали (буклети, статті, книжки, історії інших сімей);
- відеоматеріали;
- інтернет-ресурси.

2. Поведінкова терапія

- продуктивне спілкування та вміння будувати командні стосунки;
- розвиток позитивної самооцінки, самоусвідомлення, емоційна компетентність, самоорганізація;
- вміння долати проблеми й конфлікти, контроль агресії;
- розвиток емпатії;
- асертивність – вміння протистояти негативному тискові групи.

3. Психофармакотерапія

У серйозних клінічних випадках, коли психолого-педагогічні втручання не дають істотного ефекту, за рекомендацією психіатра, можуть призначатися фармакопрепарати. У поєднанні з поведінковою терапією та правильно побудованим навченим процесом вони дають найкращий ефект у корекції ГРДУ. Дія препаратів спрямована на зменшення імпульсивності, гіперактивності, кращу концентрацію уваги, регуляцію емоцій.

З метою комплексного впливу на дитину у школі вчитель повинен співпрацювати з психологом, соціальним педагогом та батьками. Вчитель повинен пам'ятати, що найважливішим є створення моделі повноцінної соціальної взаємодії у межах дитячого колективу.

Основними складовими такої взаємодії є:

1. Позитивний приклад із боку вчителя.
2. Заохочення зразків здорового спілкування між учнями.
3. Створення позитивних зразків командної співпраці між членами дитячого колективу.

Допомога дитині з ГРДУ залежатиме від:

- різноманітності симптомів ГРДУ;
- функціонально-поведінкового оцінювання дитини;
- наявності супутніх розладів.

Для того, щоб поліпшити поведінку, уважність та успішність учнів із ГРДУ необхідно чітко структурованого середовища класної кімнати. Ефективна робота в класі включає в себе послідовні дії вчителя, наявність чітких правил поведінки, передбачуваність в організації середовища та стилі викладання, побудову позитивних стосунків із дитиною.

Розглянемо техніки корекції поведінки дитини з ГРДУ в класі.

1. План досягнення бажаної поведінки

Учень визначає одну мету, над якою буде працювати день або тиждень. Наприклад, підготувати робоче місце, не битися, не залишати незавершене завдання. Учень планує конкретні кроки, необхідні для досягнення мети. Вчитель вранці швидко обговорює план із учнем та конкретні кроки з його реалізації. У кінці дня або тижня вони зустрічаються знову для підбиття підсумків.

2. Щоденне звітування про шкільну поведінку за допомогою поведінкових карток

Це ефективний метод корекції поведінки, спрямований на комунікацію між учителем та батьками дитини для встановлення комплексного впливу на дитину з ГРДУ. У більшості випадків поведінкові картки включають у себе чітко визначену поведінкову проблему, яка підлягає корекції. Вчитель відповідає за щоденний моніторинг та оцінювання успіхів у корекції поведінки; він кожного дня відправляє батькам поведінкову картку учня для ознайомлення. Батьки відповідають за щоденний перегляд картки та винагороду бажаної поведінки або застосування штрафних санкцій за небажану.

3. Поведінковий контракт

Одним з найпоширеніших способів корекції поведінки, особливо у середньому та старшому шкільному віці. Поведінковий контракт становить дво- або тресторонню угоду, в якій окреслена роль кожного в досягненні кінцевої мети, тобто позитивної поведінки. Дорослі та дитина визначають разом одну або кілька цілей, над якими дитина погоджується працювати з метою поліпшення поведінки. Всі сторони узгоджують також винагороду, яка буде наслідком бажаної поведінки.

4. Використання системи жетонів

Це ефективна система миттєвого підкріплення бажаної поведінки. Коли дитина отримує певну кількість жетонів, то може обміняти на певну винагороду (солодоці, іграшку або можливість провести час у бажаний спосіб, наприклад, зіграти у футбол). Як жетони можуть бути використані маленькі іграшки, картки, наклейки, календарики, камінці та ін. Добре використовувати цю систему для цілого класу, коли всі учні заробляють винагороду. Це сприяє соціалізації дітей, кращому інтегруванню їх у середо-

вище однолітків. Цей метод добре підходить для використання у молодшій школі або дитячому садку.

5. Використання системи пенальті

Система пенальті або штрафів є також ефективним методом поведінкової корекції вдома і в класі. Може використовуватись у поєднанні зі системою жетонів. Цей метод фокусується на неприйнятній поведінці учнів. Дитина з ГРДУ отримує винагороду радше за зменшення кількості проявів неприйнятної поведінки, ніж за демонстрацію прийнятної.

Попередити небажану поведінку набагато легше, ніж боротися з її наслідками. Емоційний стан дитини з ГРДУ є дуже нестійким. При перших ознаках емоційної нестабільності дитини або коли ситуація вже переростає в конфліктну батькам і вчителя можна запропонувати такі поради [6].

1. Застосовувати заспокійливий жест (легко покласти руку на плече дитині) або невербальну підказку.

2. Відвернути увагу від подразника; можна дати невеличке доручення.

3. Нагадати дитині про наслідки (покарання, винагороди).

4. Зробити паузу.

5. Запропонувати перерву.

6. Використати фізичні вправи для зменшення напруги.

7. Слідкувати за своєю поведінкою і стилем спілкування (говорити спокійно і повільно, використовувати спокійну жестикуляцію, візуальні нагадування, завжди пропонувати вибір). Спокійний стиль спілкування – головна зброя взаємодії з неспокійним учнем.

8. Занотовувати причини неприйнятної поведінки та обставини за яких вона з'являється.

9. Уникати емоційної реакції на неприйнятну поведінку.

10. Обговорювати проблемну поведінку, шляхи її подолання та уникати після того, як усі сторони заспокояться.

11. Намагатися розслабитись фізично.

12. Не вв'язуватися у суперечку. Уникати довгих пояснень.

13. Деколи ігнорувати неприйнятну поведінку, особливо коли це сталося випадково.

14. Дати усвідомити, що ви розумієте почуття дитини.

15. Уникати запитань, що починаються з «Чому ...». Краще використовувати: «Як ти думаєш, чому це сталося?»

16. Знайти час на те, щоб вислухати дитину.
17. Намагатися зрозуміти підґрунтя поганої поведінки.
18. Встановити продуктивний зв'язок «школа – дім».
19. Вчити дитину стратегій подолання проблем.
20. Шукати можливості залучення дитини до шкільного життя.

Слід пам'ятати, що проблеми з уважністю тісно пов'язані зі здатністю людини запам'ятовувати. Це слід враховувати при роботі з будь-якими дітьми, більше з гіперактивними. Для того, щоб привернути та втримати увагу учня навчання має бути активним.

Із вищевикладеного можна резюмувати, що ГРДУ – це нейропсихіатричний розлад, причиною якого є особливості будови та функціонування головного мозку або органічне ураження центральної нервової системи. У більшості випадків ГРДУ є розладом генетичної природи і пов'язаний, зокрема, з генами, що відповідають за регулювання обміну та активності двох нейротрансмітерів – дофаміну та норадреналіну. Проявляється у моторній гіперактивності, порушенні уваги та імпульсивності.

У дітей із гіперкінетичними розладами спостерігаються проблеми зі шкільною успішністю, а саме виникають труднощі при оволодінні навичками читання, письма, рахування. Діти з суттєвими труднощами у навчанні потребують більше часу на виконання завдань, зменшення кількості завдань та додаткових індивідуальних занять з учителем. Навіть дитина із ГРДУ, яка має нормальний інтелект, повинна мати дещо адаптований підхід до навчання. До таких учнів слід застосовувати методи та стратегії, спрямовані на поліпшення поведінки, уважності та успішності. Головний принцип – гнучкість вчителя і реалізація індивідуального підходу.

Література

1. Брызгунов И.П. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях / И. Брызгунов, Е. Касатикова. – М. : Психотерапия, 2008. – 208 с.
2. Кочерова О. Возрастные закономерности физического и психического развития, заболеваемости детей 2–9 лет с синдромом дефицита внимания, с гиперактивностью (СДВГ), диагностика и профилактика нарушений : автореф. дисс. ... д-ра медичних наук : спец. 14.00.09 «Педіатрія» / О. Кочерова. – Иваново, 2005.

3. Маслова О. Порушення та корекція когнітивних функцій школярів [Електронний ресурс] / О. Маслова // Фармацевтичний вісник. – К., 2012. – Режим доступу : <http://www.mediclab.com.ua/>.
4. Мони́на Г. Гиперактивные дети психолого-педагогическая помощь / Г. Мони́на, Е. Лютова-Робертс, Л. Чутко. – СПб. : Речь, 2007. – 186 с.
5. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей / О. Романчук. – Львів : «Крео», 2008. – 38 с.
6. Фрет О.Г. Психолого-педагогічні умови підготовки фахівців до роботи з гіперактивними учнями у системі загальноосвітніх закладів України / О.Г. Фрет. – К. : Вища освіта України, 2008. – Додаток № 3, том II (9).

References

1. Bryazgunov, I., & Kasatikova, E. (2008). *Neposedlivyy rebenok, ili vse o giperaktivnykh detyakh* [A restless child, or all about hyperactive children]. Moskva: Psikhoterapiya [in Russian].
2. Kocherova, O. (2005). *Vozrastnye zakonomernosti fizicheskogo i psikhicheskogo razvitiya, zaboлеваemosti detey 2–9 let s sindromom defitsita vnimaniya, s giperaktivnostyu (SDVG), diagnostika i profilaktika narusheniy* [Age patterns of physical and mental development, incidence of children 2–9 years old with attention deficit disorder, with hyperactivity (ADHD), diagnosis and prevention of disorders]. *Extended abstract of Doctor's thesis of Medicine*. Ivanovo [in Russian].
3. Maslova, O. (2012). *Porushennia ta korektsiia kohnitivnykh funktsii shkolariv* [Violation and correction of cognitive functions of schoolchildren]. *Farmatsevtichnyi visnyk – Pharmaceutical Herald*. Retrieved from <http://http://www.mediclab.com.ua/2011> [in Ukrainian].
4. Monina, G., Lyutova-Roberts, E., & Chutko, L. (2007). *Giperaktivnye deti psikhologo-pedagogicheckaya pomoshch* [Hyperactive children psycho-pedagogical help]. Saint Petersburg: Rech [in Russian].
5. Romanchuk, O. (2008). *Hiperaktyvnyi rozlad z defitsytom uvahy u ditei* [Hyperactive disorder with attention deficit in children]. Lviv: «Kreo» [in Ukrainian].
6. Fret, O.H. (2008). *Psykhologo-pedahohichni umovy pidhotovky fakhivtsiv do roboty z hiperaktyvnymy uchniamy u systemi zahalnoosvitnikh zakladiv Ukrainy* [Psychological-pedagogical conditions of training specialists for work with hyperactive pupils in the system of general educational institutions of Ukraine], (Vol. II (9), addition 3). Kyiv: Vyshcha osvita Ukrainy [in Ukrainian].