

УДК 159.937

DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2021.9.10>

СИНДРОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ: СУТНІСТЬ, ДІАГНОСТИКА, КОРЕКЦІЯ

Валентина Годлевська

*Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського,
бул. Острозького, 32, м. Вінниця, Україна, 21001
e-mail: maolpava@ukr.net*

Розглянуто поняття «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю» дітей молодшого шкільного віку. Автор подає теоретичний аналіз проблеми гіперактивності, особливостей її проявів у дітей. Діти із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) відносяться до категорії нормального розвитку і можуть навчатися в масовій загальноосвітній школі. Разом з тим, учні з СДУГ мають специфічні особливості розвитку психіки, поведінки та діяльності, які без спеціально організованої психологічної допомоги обумовлюють низький рівень готовності до навчання в школі, труднощі шкільної адаптації і проблеми під час засвоєння програмного матеріалу.

Відомі специфічні причини СДУГ не існують. Можливі причини СДУГ включають генетичні, біохімічні, сенсомоторні, фізіологічні та поведінкові фактори. Прояви синдрому дефіциту уваги виникають тому, що нервова система дитини є нестабільною, їй складно сприйняти значну кількість інформації. Надмірна активність і складнощі з концентрацією уваги – це намагання захиститися від величезного тиску на нервову систему. Систематичні шкільні навантаження можуть призвести до зриву компенсаторних механізмів центральної нервової системи та розвитку дезадапційного шкільного синдрому, який поглиблюється навчальними труднощами.

Відсутній єдиний інструмент для діагностики синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю; це процес, що діагностує найважливіші симптоми незалежно один від одного. Існують два головні підходи щодо корекції – медичний і психологічний (з погляду психолога і психотерапевта). Існують також певні труднощі у проведенні діагностики та побудові системи корекційно-розвиваючого навчання і виховання дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, спричинені відсутністю єдиних поглядів на природу і прояви СДУГ серед фахівців різного профілю. Це спричинює появу суперечливих прогнозів розвитку, неоднозначних підходів щодо корекції, труднощі в організації навчання дітей із СДУГ.

Ключові слова: синдром дефіциту уваги, гіперактивність, пізнавальні процеси, емоційна сфера.

Постановка проблеми. Проблеми гіперактивності у дітей фахівці приділяють серйозну увагу в багатьох країнах, зокрема і в нас. Пов'язано це, по-перше, з частотою гіперактивності у сучасних дітей. По-друге, прояви гіперактивності часто поєднуються з труднощами у навчанні та емоційними проблемами дитини, що може вплинути на подальшу її долю, на взаємини з оточуючими.

У 1845 році німецький психоневролог Г. Хоффман вперше описав надзвичайно рухливу дитину. У 1902 році відомий англійський педіатр Г.Ф. Стілл детально охарактеризував цей синдром у циклі лекцій, прочитаних ним у Королівському медичному коледжі. Гіперактивність у дітей, порушення поведінки, нездатність утримувати увагу за відсутності загального відставання у психічному розвитку Г.Ф. Стілл пов'язував з «дефектами морального контролю» [1, с. 4].

Проблема виховання і навчання дітей з індивідуальними особливостями розвитку є однією з найважливіших у педагогічній психології. Діти із синдромом дефіциту уваги

з гіперактивністю (СДУГ) відносяться до категорії нормального розвитку і навчаються в масовій загальноосвітній школі. Разом з тим, учні із СДУГ мають специфічні особливості розвитку психіки, поведінки та діяльності, які без спеціально організованої психологічної допомоги обумовлюють низький рівень готовності до навчання в школі, труднощі шкільної адаптації і проблеми в засвоєнні програмного матеріалу. Ця проблема залишається в педагогічній психології малодослідженою.

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) відноситься до розладів нервової системи. Неврологічні розлади базуються на передумовах неврологічного характеру, які з'являються в ранньому дитинстві зазвичай до школи, і створюють певні перешкоди особистісному, соціальному і професійному зростанню. Вони зазвичай пов'язані із труднощами набуття, збереження або застосування спеціальних навичок або сетів інформації. Порушення нервово-психічного розвитку можуть проявлятися як один або декілька таких розладів: зниження уваги, пам'яті, сприйняття, нездатність вирішувати проблеми або порушення соціальної взаємодії. Інші загальні порушення розвитку нервової системи проявляються як розлади аутистичного спектру, розлади навчання (наприклад, дислексія), а також розумова відсталість [2, с. 199].

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю – це один із варіантів мінімальної мозкової дисфункції, картину якої визначають невідповідна ситуації надмірна активність, імпульсивність у соціальній поведінці та інтелектуальній діяльності, проблеми у взаєминах з оточуючими, супутні порушення поведінки, труднощі навчання, слабка успішність у школі, занижена самооцінка [3, с. 197].

Стан дослідження проблеми. Дослідження синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) переважно виконані на основі аналітичної стратегії. Так, у роботах Н. Н. Заваденко, В. Р. Кучми, Л. Платаш, Т. Ю. О. В. Халецької, Ю. С. Шевченко та інших розглядаються окремі аспекти феномена СДУГ: особливості розвитку пізнавальних процесів, емоційної сфери тощо [3-10].

Мета нашого дослідження – виявлення сутнісних характеристик СДУГ, особливостей діагностики та основних підходів щодо корекції.

Виклад основного матеріалу. Феномен синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю має цілісний, системний характер та передбачає реалізацію системного підходу щодо вирішення наукових і практичних завдань у цій сфері. Організація і проведення системного дослідження феномену СДУГ стикаються з труднощами теоретичного й методичного характеру. Наразі відсутні єдині уявлення про природу і прояви СДУГ серед фахівців різного профілю, що веде до суперечливих прогнозів розвитку, неоднозначних підходів щодо діагностики, корекції, організації навчання дітей цієї категорії. Не розроблено надійні системні методи, що дозволяють досліджувати та коригувати феномен СДУГ як цілісне явище.

Хоча цей синдром часто називають гіпердинамічним, тобто синдромом підвищеної рухової активності, головним у його структурі є дефіцит уваги, однієї з істотних характеристик пізнавальної діяльності у молодших школярів.

Унаслідок високої поширеності синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) у дитячій популяції (4,0-9,5%) стає актуальною проблема дослідження психологічних особливостей дітей цієї категорії, а також особливостей організації навчання [5, с. 98].

Специфічні причини СДУГ невідомі. Серед можливих причин цього синдрому виділені генетичні, біохімічні, сенсомоторні, фізіологічні та поведінкові фактори. До факторів ризику належать маса тіла новонародженої дитини (<1500 г), травма голови, дефіцит заліза в організмі, а також пренатальний вплив алкоголю, тютюну, кокаїну. Менше 5% дітей із СДУГ мають ознаки неврологічних ушкоджень.

Діти із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю мають низький рівень готовності до навчання в школі, обумовлений низькими показниками сформованості таких важ-

ливих для навчання характеристик, як ставлення до школи, ставлення до себе, прийняття завдання, графічні навички, зоровий аналіз, довільна регуляція діяльності та навченості. Діти з іншими індивідуальними особливостями розвитку мають більш високий рівень сформованості важливих для навчання можливостей, ніж діти із СДУГ.

Існує низка симптомів, на які варто звернути увагу на початковому етапі навчання:

1) *складнощі в опануванні шкільних наук*, хоча інтелект цілком нормальний. Дитина може мати складнощі з читанням: частково або повністю не оволодіває цією навичкою;

2) *відставання в емоційному розвитку*. Дитина може вередувати і реагувати вкрай емоційно на будь-які прояви критики, невдачі; її поведінка виглядає “дитячою”, хоча інтелектуальний розвиток відповідає розвитку однолітків;

3) *негативна самооцінка*. Дитина постійно чує у свою адресу зауваження. Якщо в цей час лунає ще й порівняння з однокласниками, то це провокує в неї негатив до оточуючих, агресію, вона намагається відсторонитися від колективу, весь час відчуває себе нещасною;

4) *постійні зміни настрою майже щомиті*. Різкі переходи від плачу до сміху. Дитина має дуже запальний характер. У момент, коли вона сердиться, може провокувати бійку, кидатися предметами та псувати речі кривдника. Всі її дії спонтанні, без попереднього обдумування;

5) *у дитини відсутнє відчуття небезпеки*, її вчинки іноді вкрай небезпечні для життя і здоров'я: дитина може залізти на дах, піти до покинутого будинку, пройтися тонким льодом лише тому, що їй у цей момент захотілося так зробити. Це є наслідком значної кількості травм у дітей із СДУГ;

6) *низька толерантність до стресів* [11, с. 68].

Прояви синдрому дефіциту уваги виникають тому, що нервова система дитини є нестабільною, їй складно сприйняти значну кількість нової інформації. Надмірна активність і складнощі з концентрацією уваги – це намагання захиститися від величезного тиску на нервову систему.

Систематичні шкільні навантаження можуть призвести до зриву компенсаторних механізмів центральної нервової системи та розвитку дезадаптаційного шкільного синдрому, що поглиблюється навчальними труднощами. Тому питання про готовність до школи для гіперактивних дітей має вирішуватися в кожному конкретному випадку психологом і педіатром.

Серед хлопчиків 7-12 років ознаки СДУГ діагностуються у 2-3 рази частіше, ніж серед дівчаток. Переважно гіперактивний-імпульсивний тип трапляється від 2 до 9 разів частіше у хлопчиків; переважно неуважний тип виявляють з частотою, приблизно рівною в обох статей. Серед підлітків це співвідношення становить 1:1, а серед 20-25-річних людей – 1:2 із переважанням дівчат. У дівчаток великі півкулі головного мозку менш спеціалізовані, тому вони мають більший резерв компенсаторних функцій порівняно з хлопчиками внаслідок ураження центральної нервової системи [7, с. 84]. СДУГ має тенденцію передаватися у спадок.

Крім того, для дітей із СДУГ характерні порушення в діяльності психічних функцій. У когнітивній сфері в перцептивній діяльності можливо погане сприйняття форми предметів, неточне сприйняття букв і цифр, тому таким дітям складніше освоїти читання і письмо. Для таких дітей характерним є зниження обсягу оперативної пам'яті, оскільки тимчасові зв'язки утворюються слабко і страждає довгострокова пам'ять. Порушення уваги зустрічаються в усіх дітей із СДУГ і мають такі прояви: нездатність сконцентруватися тривалий час на будь-якому занятті, недолік пильності, порушення підтримки і присутності. Незважаючи на те, що у дітей із СДУГ відзначається середній або навіть вище се-

реднього коефіцієнт інтелекту, обсяг мислення у них невисокий. У 30-60% дітей із СДУГ трапляються мовленнєві розлади, зокрема в них порушена здатність до розуміння виражених в мовленні емоцій, реакцій, інструкцій, гумору, а також можлива дисграфія [1, с. 5].

В емоційно-вольовій сфері порушення проявляються у надмірній збудливості, імпульсивності, запальності, запізненні емоційного розвитку, підвищеній тривожності, депресивності, дратівливості, емоційній нестійкості. У мотиваційній сфері в дітей із СДУГ виявлені такі особливості, як відсутність інтересу до систематичних занять, що вимагають уваги; низька представленість цілеспрямованої діяльності.

У поведінковій сфері для дітей із СДУГ характерні задиристість, впертість, непослух, негативізм, занижена самооцінка, виражена агресивність, схильність до ризику, проблеми соціальної адаптації.

У стосунках із однолітками гіперактивні діти зазвичай ворожі, вимогливі, егоїстичні, зазнають труднощів у разі взаємодії з іншими, не завжди вміють співчувати і співпереживати. Всі ці прояви, характерні для дітей із СДУГ, можуть ускладнювати становлення суб'єктності учнів молодшого шкільного віку [12, с. 37].

Нині не існує єдиного інструменту діагностики синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Це процес, який містить діагностику найважливіших симптомів незалежно один від одного. Потрібно декілька інструментів. Пряме спостереження є одним із найважливіших, у цей процес залучені декілька людей. Інформація надається батьками, вчителями та іншими фахівцями, пов'язаними з цією справою (психологами, психіатрами, неврологами та іншими).

Серед часто використовуваних психологічних тестів є такі:

- 1) шкала Векслера для дітей – WISC-R (1974);
- 2) шкали дитячих навичок Маккарті (1972);
- 3) шкали інтелекту Стенфорд-Біне (1973).

Зокрема шкала Векслера дає можливість оцінити здібності та потенціал дитини, а також набуті знання і навички, а саме:

- вимірює вербальний інтелект, сприйняття і мислення, швидкість обробки інформації, робочу пам'ять;
- діагностує як розумову відсталість, так і обдарованість;
- використовується не тільки в якості тесту інтелекту, але й як клінічний інструмент і основа для побудови програм роботи з дитиною;
- підходить як групі норми, так і групі патології (розлади навчання, РДУГ, легка й помірна розумова відсталість);
- тест навіть можна проводити, якщо дитина не вміє читати й писати, має легкі логопедичні проблеми (не вимовляє певні звуки).

Нарешті, психіатричні й неврологічні звіти надають цінну інформацію, особливо коли діагноз вимагає диференційованого підходу [11, с. 70].

Щодо корекції СДУГ, то існує два основні підходи: медичний і психологічний (з погляду психолога і психотерапевта).

В організації програми корекції бере участь соціальний педагог як основний координатор і посередник між батьками і педагогами. Батьки повинні забезпечувати загальний емоційно-нейтральний фон розвитку і навчання дитини. Педагоги на підставі рекомендацій фахівців здійснюють процес навчання і виховання гіперактивних дітей, враховуючи індивідуальні особливості їхньої поведінки і розвитку.

У домашній програмі переважає поведінковий аспект, але в установах основний акцент робиться на розвиток інтелектуальних умінь. Навчання вимагає від дитини реалізації усіх тих функцій, які за СДУГ порушені.

Перша велика проблема для дітей із СДУГ – тривалість заняття. Гіперактивна дитина може підтримувати працездатність не більше 10-15 хвилин. Це пояснюється тим, що розумова діяльність таких дітей характеризується «циклічністю». Час, протягом якого вони можуть продуктивно працювати, не перевищує 5-15 хвилин, після закінчення якого вони втрачають контроль над розумовою активністю. Протягом 3-7 хвилин мозок «відпочиває», накопичуючи енергію і сили для наступного робочого циклу. В моменти «відключення» дитина займається сторонніми справами, на слова дорослого не реагує. Так з'являються прогалини в знаннях. Потім розумова активність відновлюється, і дитина знову може продуктивно працювати якийсь час, після чого мозок знову «відключається» і довільне керування інтелектуальною діяльністю виявляється неможливим.

Друга проблема – підвищене відволікання. Групова робота для гіперактивної дитини супроводжується значними труднощами. Всі самостійні роботи їй треба виконувати наодинці з педагогом. Якщо дорослий визначатиме напрямки діяльності такої дитини, вона прекрасно впорається із завданням.

Третя проблема, що постає перед дітьми – невміння будувати відносини з однолітками. Успішність пізнавальної діяльності дитини залежить від здатності будувати безконфліктні відносини з однолітками, контролювати свою поведінку.

Висновки. Дефіцит уваги, гіперактивність негативно позначаються на дитячо-батьківських взаєминах, навчальній діяльності, поведінковій сфері, а також на взаєминах із дорослими людьми й однолітками. Виявляється шкільна дезадаптація. Є певні труднощі у проведенні діагностики та побудові системи корекційно-розвиваючого навчання й виховання дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, спричинені відсутністю єдиних поглядів на природу і прояви синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю серед фахівців різного профілю. Це призводить до суперечливих прогнозів розвитку, неоднозначних підходів щодо корекції та організації навчання дітей із СДУГ. Дослідження СДУГ у дітей має міждисциплінарний характер.

Список використаної літератури

1. Зиновьева О., Роговина Е., Тыринова Е. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2014. № 6(1). С. 4-8.
2. Danielson M.L., Bitsko R.H., Ghandour R.M. et al. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents. *J. Clin Child Adolescent Psychology*. 2016. № 47(2). С. 199-212.
3. Заваденко Н.Н. Факторы риска для формирования дефицита внимания и гиперактивности у детей. *Мир психологии*. 2002. № 3. С. 196-208.
4. Заваденко Н.Н. Диагноз и дифференциальный диагноз СДВ с гиперактивностью у детей. *Школьный психолог*. 2000. № 4. С. 9-11.
5. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. Издание 2. Москва : Школа-Пресс », 2001. 128 с.
6. Кучма В.П., Брызгунов И.П. СДВ с гиперактивностью у детей. Москва, 1994. 76 с.
7. Плагаш Л. Наукові підходи до вивчення проблеми синдрому дефіциту уваги та гіперактивності. *Молодь і ринок*. 2013. № 4 (99). С. 82-86.
8. Халецкая О.В., Трошин В.М. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1998. № 9. С. 4-8.
9. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей и психологов. Москва, 1997. 245 с.
10. Шевченко Ю. С., Шевченко М.Ю. Игровая психология детей с гиперактивным поведением. *Школа здоровья*. 1997. Т. 4. № 2. С. 5-7.

11. Orlando Villegas. Desorden deficitario de atención e hiperactividad. *Revista de Psicología*. 1989. Vol. 7. № 1. P. 63-73.
12. Ахметова З.А., Ткаченко Н.С Младший школьник с синдромом дефицита внимания и гиперактивности: субъект или не субъект? *Педагогический журнал Башкортостана*. 2019. № 5 (84). С. 35-42.

ATTENTION DEFICIENCY SYNDROME AND HYPERACTIVITY IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN: ESSENCE, DIAGNOSIS, CORRECTION

Valentyna Hodlevska

*Vinnitsia Mykhailo Kotsiubynskyi State Pedagogical University,
Ostrozhskego str., 32, Vinnitsa, Ukraine, 21100
e-mail: maolpava@ukr.net*

The concept of attention deficit hyperactivity disorder in children of primary school age is considered. The author presents a theoretical analysis of the problem of hyperactivity, especially the manifestations of hyperactivity in children. Children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) belong to the category of normal development and are subject to education in a mainstream school. At the same time, students with ADHD have specific features of the development of the psyche, behavior and activity, without specially organized psychological assistance, cause a low level of readiness for school, difficulties in school adaptation and problems in the assimilation of program material.

ADHD has no known specific cause. Possible causes of ADHD include genetic, biochemical, sensorimotor, physiological, and behavioral factors. Attention deficit disorder occurs because a child's nervous system is unstable. It is difficult for her to perceive a significant amount of new information. Excessive activity and difficulty concentrating is an attempt to protect against tremendous pressure on the nervous system. Systematic school loads can lead to a breakdown of the compensatory mechanisms of the central nervous system and the development of maladjustment school syndrome, deepened by learning difficulties.

There is no single tool for diagnosing attention deficit hyperactivity disorder. This is a process that involves diagnosing the most important symptoms independently of each other. There are two main approaches to correction – medical and psychological (from the point of view of a psychologist and psychotherapist). There are certain difficulties in diagnosing and building a system of correctional and developmental education and upbringing of children with attention deficit hyperactivity disorder, caused by the lack of common views on the nature and manifestations of attention deficit hyperactivity disorder among specialists in various fields. This leads to conflicting development forecasts, ambiguous approaches to the correction and organization of education for children with ADHD.

Key words: attention deficit syndrome, hyperactivity, cognitive processes, emotional sphere.