



СИНДРОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ І ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ

Анотація. У статті розставлено акценти про природу дитячих потреб і можливостей з позиції В. Сухомлинського, про особливості заохочень дітей до дії, бачення дитини через призму поваги до індивідуальності. Стаття містить інформацію про дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю; розкриває дефіцит уваги та гіперактивність як особливість у розвитку дитини; шляхи та методи корекції розвитку дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю. Визначено, що гіперактивність – це стан збудження чи надмірна рухова активність, типова для дітей з незначними проявами дисфункції головного мозку чи з гіперкінезами.

Ключові слова. Дефіцит уваги; гіперактивність; гіперактивний розлад; імпульсивність; психотехнологія; психолого-педагогічна корекція.

Annotation. The article focuses on the nature of children's needs and opportunities from V. Sukhomlynskyi's point of view, on the peculiarities of encouraging children to act, on the vision of a child through the prism of respect for individuality. The article contains information about children with attention deficit and hyperactivity; reveals attention deficit and hyperactivity as a feature in child development; ways and methods of correction of children with attention deficit and hyperactivity. It is noted that hyperactivity is a state of excitement or excessive motor activity, typical for children with minor manifestations of brain dysfunction or hyperkinesis.

Key words. Attention deficit; hyperactivity; hyperactive disorder; impulsivity; psychotechnology; psychological and pedagogical correction.

Вступ. Освітні тенденції в Україні спрямовані на розвиток інклюзивного підходу у навчанні усіх дітей, що передбачає забезпечення рівного доступу до якісної освіти дітям із особливими освітніми потребами шляхом організації їх навчання у закладах загальної середньої освіти на основі застосування особистісно орієнтованих методів навчання та урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності таких дітей.

В.О. Сухомлинський свого часу слушно зауважував, що школа – не комора знань, а «світоч» розуму. Він підкреслював, що усі діти не можуть мати однакові здібності, тож виховання здібностей – найважливіше завдання саме школи [8].

Суть навчання, на думку Сухомлинського, у тому, щоб зацікавити, здивувати, змусити відгукнутися, заохочувати до мислення, міркування, пошуку правильних відповідей. Школа повинна триматися на принципах гуманізму реально, а не номінально. Бути справедливим, чуйним, співпереживати, брати на себе відповідальність, не бути байдужим – це і є основа людяності. Мудро і актуально звучить переконання В. Сухомлинського про педагога щодо того, що справедливим педагог



може бути тоді, якщо у нього є досить духовних сил, щоб приділити увагу кожній дитині [7].

Важливість вирішення цього завдання нині зумовлюється тенденцією до зростання кількості дітей, у яких діагностовано порушення розвитку і відхилення поведінки, зокрема гіперактивний розлад (ГРДУ).

ГРДУ – один із найпоширеніших поведінкових розладів у дітей. Його поширеність, за даними різних досліджень, становить від 1,5 до 5% у дітей шкільного віку,

у західних країнах він – одна з найчастіших причин звернень до дитячих психіатрів. Однак його часто неправильно і невчасно діагностують, а дітям із цим розладом та їх сім'ям не надають належної допомоги [1].

Нерідко таким дітям ставлять різноманітні діагнози: від мінімальної мозкової дисфункції, органічного інфантилізму до психопатоподібного синдрому. Існуючі підходи як психосоціальних, так і фармакотерапевтичних втручань дуже віддалені від сучасних міжнародних стандартів допомоги таким дітям, тоді як варто зосередитися, насамперед, на розумінні природи ГРДУ: його причин, нейробіологічного підґрунтя, розуміння



симптомів, проявів, наслідків та можливих шляхів допомоги.

Категорія дітей з гіперактивним розладом і з дефіцитом уваги є однією з найбільш розповсюджених категорій дітей з особливими освітніми потребами. Такі діти мають невидиму неповносправність щодо здатності саморегуляції та функції самоконтролю. Такий дефіцит обмежений не лише віком дитинства, він – на усе життя. Сучасні наукові дослідження свідчать, що, власне, через це діти з ГРДУ становлять групу ризику з розвитку серйозних вторинних проблем і наслідків – від депресивних розладів, порушення особистісного розвитку до антисоціальної поведінки, зловживання алкоголем і наркотиками та низки інших проблем. Саме тому є потреба активізувати зусилля фахівців, батьків, громадськості щодо допомоги цим дітям.

Діти з ГРДУ мають як позитивні, так і негативні риси. Серед позитивних рис вказуються щирість, безпосередність, доброзичливість, енергійність, а серед негативних рис у поведінці дітей з гіперактивністю спостерігаються такі характерні прояви, що створюють проблеми для оточуючих і них самих, що викликає негативні реакції: відкиненням, осудженням, нерозумінням.

З цього приводу В.О. Сухомлинський, педагог світового значення, класик з величезною практикою підкреслював, що у наших школах не повинно бути нещасливих дітей, душу яких гнітить думка, що вони ні на що не здібні. Успіх у навчанні, на думку вченого, є єдине джерело внутрішніх сил дитини, які породжують енергію для переборення труднощів, бажання вчитися [8].

Серцем відчуваючи кожну дитину, В. Сухомлинський наголошує, що найголовніше для вчителя – насамперед бачити дитяче горе, сум, страждання. Він переконливо доводить, що кожна дитина має право бути щасливою [7].

Мета статті: дати теоретичний аналіз чинників виникнення гіперактивності дітей та класифікацій.

Дослідження наукових джерел з проблеми. Проблеми навчання і виховання дітей з особливими потребами досліджували вчені В. Бондарь, О. Гаврилова, В. Засенко, В. Войтко, А. Колупаєва, С. Миронова, В. Липа, Т. Сак, В. Синьов, Є. Соботович, В. Тарасун, М. Шеремет та ін.

Проблеми та особливості дітей з гіперактивним розладом досліджували науковці: Р. Барклі, П. Бейкер, У. Брек, В.Войтко, А. Комелева, М. Меданос, Н.Піддубна, І. Прекоп, Л. Прокопів, О.Романчук, А. Сиротюк, О. Тохтамиш. Тривожно, що синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю приділяється основна увага лише під час вступу дитини до школи, коли наявні шкільна дезадаптація і неуспішність.

Тоді як, за дослідженнями О. Перепади, В. Войтко та ін., впливає, що дошкільний вік – це найбільш критичний період дитинства. Очікування навчання в школі, активна підготовка до читання, письма, рахунку потребує перебудови центральної нервової системи на усіх рівнях інтеграції. Цей вік важливий для виявлення синдрому гіперактивності, який є тривожним показником щодо шкільної дезадаптації.

О. Перепада стверджує, що в Україні недостатньо напрацьовань із питань діагностики та корекції синдрому гіперактивності у дітей, відсутня мультимодальна психодіагностична програма для раннього виявлення синдрому у дітей. Автор зазначає, що проблема синдрому гіперактивності обов'язково потребує подальшого дослідження задля створення діагностичної програми, яка б враховувала всі чинники впливу на формування цього розладу [6].

Виклад основного матеріалу. Сьогодні синдром дітей дошкільного віку є серйозною соціальною проблемою та набуває все більшої актуальності. З кожним роком таких дітей стає все більше. Вони привертають увагу своєю імпульсивністю, непосидючістю, невмінням опанувати себе та зосередитися.

Існує багато теорій, які намагаються пояснити причини й механізми виникнення синдрому гіперактивності, зокрема генетична, нейрофізіологічна, біохімічна, соціально-психологічна.

Поняття «гіперактивність» нині настільки поширене, що його вживають щодо звичайних рухливих дітей. Проте активність та неслухняність самі по собі є нормальними явищами, що не можна плутати зі справжньою хворобою. Сьогодні такий діагноз, як синдром гіперактивності, не рідкість [4].

За сучасними класифікаціями МКХ-10 і DSM-IV синдром гіперактивності характеризується:

1) віковими особливостями, що не



відповідають нормі та свідчать про недостатність адаптаційних можливостей дитини;

2) порушенням уваги;
3) гіперактивністю та імпульсивністю;
4) розвитком перших симптомів у віці до 7 років;

5) постійним збереженням симптомів протягом як мінімум шести місяців в такому ступені вираженості, який свідчить про слабку адаптованість дитини;

6) недостатньою адаптацією в різноманітних ситуаціях та навколишньому середовищі (дім, дитячий садок, школа, гуртки), не дивлячись на відповідність рівня інтелектуального розвитку нормальним віковим показникам.

Об'єктивна діагностика синдрому гіперактивності надзвичайно важлива для психопрофілактики дитини з раннього віку, коли є наявні окремі симптоми, проте порушення ще не отримало синдромологічного розвитку.

Виявлення дітей з синдромом гіперактивності – довготривалий та ретельний процес. Поведінка гіперактивних дітей зовні може бути схожою на поведінку дітей з підвищеною тривожністю, неврозами, шизофренією тощо, тому психологу та педагогу важливо знати основні відмінності поведінки однієї категорії дітей від інших.

До того ж, вчені О. Перепада, Л. Журба, В. Войтко, В. Князев, К. Мілютіна та ін. наголошують на необхідності враховувати, що за такої патології наявна затримка темпу розвитку функціональних систем мозку, що забезпечують такі складні інтегративні функції, як мовлення, увага, пам'ять, мислення, сприймання.

Для встановлення синдрому гіперактивності у дитини необхідно спостерігати наявність шести або більше симптомів неуважності та гіперактивності/імпульсивності, які зберігаються у дитини протягом хоча б шести місяців і виражені настільки, що свідчать про недостатню адаптацію та невідповідність нормальним віковим характеристиками розвитку.

Хоча в Керівництві DSM симптоми гіперактивності та імпульсивності розглядаються окремо, у дітей з гіперактивністю проявляється і імпульсивність. Тому ці симптоми розглядаються разом – як єдина поведінкова характеристика.

Наразі синдром гіперактивності представлений в декількох класифікаціях.

Так, в американському «Керівництві по діагностиці та статистиці психічних розладів» у його 4-й редакції (DSM-IV-TR) синдрому гіперактивності відповідає рубрика 314, причому для синдрому гіперактивності з переважанням дефіциту уваги відповідає шифр 314.00, з переважанням гіперактивності та імпульсивності та змішаному типу – 314.01.

Для позначення діагнозу синдрому гіперактивності МКХ-10 виділяється рубрика F90-F98 Поведінкові та емоційні розлади, які починаються здебільшого в дитячому та підлітковому віці.

F90.0 Порушення активності і уваги. Цим пунктом характеризується захворювання, при якому виявляються загальні критерії гіперкінетичного розладу (F90), але немає критеріїв розладів поведінки (F91).

F90.1 Гіперкінетичний розлад поведінки. Виявляються загальні критерії гіперкінетичного розладу (F90) і розлади поведінки (F91). Важливо зазначити, що діагноз гіперкінетичного розладу поведінки (F90.1) встановлюється частіше. Як правило, порушення уваги і гіперактивність супроводжуються опозиційними реакціями, які визначаються патогенетичними механізмами нетерплячості та проблем мотиваційної сфери: з одного боку – дитина з синдромом гіперактивності «хоче все і одразу», з іншого – їй важко починати робити щось повсякденне та нецікаве, простіше відмовитися, маніпулювати оточуючими, намагаючись домогтися свого. У випадках неправильних стилів виховання дітей з синдромом гіперактивності особливо часто мають місце будь-які види розладів поведінки (F91).

F90.9 Гіперкінетичний розлад, невизначений. Ця залишкова рубрика повинна використовуватися лише при неможливості диференціювання між діагнозом «порушення уваги» і «гіперактивність» (F90.0) і діагнозом гіперкінетичний розлад поведінки (F90.1), проте виконуються загальні критерії F90.

F98.8 Синдром дефіциту уваги без гіперактивності. Зустрічається досить часто, особливо при розвитку перинатальних патогенетичних механізмів (мінімальної мозкової дисфункції). Вимагає інших підходів до корекції, ніж вищевказані розлади (F90).

Інша рубрика МКХ-10, що відноситься



до класу V. F00-F99. Психічні розлади та розлади поведінки, блок F80-F89. Розлади психологічного розвитку, пункт F84. Загальні розлади психологічного розвитку можна виокремити в підпункт F84.4. Гіперактивний розлад, що поєднується з розумовою відсталістю та стереотипними рухами – це не чітко позначений розлад точно не встановленої нозології. Категорія включена в цей блок внаслідок наявних даних, що у дітей з тяжкою розумовою відсталістю ($IQ < 50$) спостерігаються значні труднощі у вигляді гіперактивності та дефіциту уваги, часто виявляється стереотипна поведінка; у таких дітей спостерігається тенденція: стимулюючі препарати не впливають з користю на них (на відміну від тих, у кого IQ в межах норми), а навпаки, можуть викликати тяжкі дисфоричні реакції (іноді з психомоторною загальмованістю) на призначення стимуляторів; у підлітків гіперактивність виявляє тенденцію змінюватися зниженою активністю (це не характерно для гіпердинамічних дітей з нормальним IQ). Цей синдром часто поєднується з різновидами затримок розвитку, специфічних або загальних. Невідомо, якою мірою поведінкові ознаки є похідними від низького IQ або органічного пошкодження мозку. Так само неясно, де краще класифікувати розлади у дітей з легкою розумовою відсталістю, у яких виявляється гіперкінетичний синдром, тут чи в рубриці F90.

Останнім часом спеціалісти дійшли до висновку, що гіперактивність виступає як один з проявів цілого комплексу порушень. Основний же дефект пов'язаний з недостатністю механізмів уваги та тормозного контролю.

Для встановлення діагнозу має бути проведена обов'язкова комплексна діагностика, яка включає в себе медичне та психолого-педагогічне обстеження.

Фахівці проводять оцінку стану дитини, наявність відхилень у розвитку, порушень сприймання та мовлення, а також слуху та зору. У складних випадках проводиться спеціальне неврологічне обстеження.

Окрім основних критеріїв постановки діагнозу «синдром гіперактивності» сформульовані основні клінічні форми даного розладу.

DSM виділяє три підтипи, засновані на переважанні симптомів неувважності, гіперактивності-імпульсивності або

комбінації обох груп:

1. **З переважанням дефіциту уваги (ADHD-PI):** 6 і більше симптомів дефіциту уваги; менше 6 симптомів гіперактивності/імпульсивності.

2. **З переважанням гіперактивності/імпульсивності (ADHD-HI):** менше 6 симптомів дефіциту уваги; 6 і більше симптомів гіперактивності/імпульсивності – зустрічається досить рідко.

3. **Змішана форма (ADHD-C):** 6 і більше симптомів дефіциту уваги; 6 і більше симптомів гіперактивності/імпульсивності – форма розладу, що найбільш часто зустрічається.

Якщо при обстеженні та спостереженні за дитиною останні 6 місяців спостерігаються ознаки неувважності, гіперактивності й імпульсивності, то ставиться діагноз – змішана форма. Ця форма найбільш розповсюджена і складає 50-70 %.

Коли у дитини виявляються 6 симптомів неувважності і декілька симптомів імпульсивності і гіперактивності, то ставлять **діагноз** – синдром гіперактивності з переважним порушенням уваги. На долю цієї форми припадає 20-30 %.

У випадку, якщо в дитини повністю спостерігаються ознаки гіперактивності й імпульсивності та проявляються лише деякі ознаки неувважності, то **діагноз** формулюється як – синдром гіперактивності з переважанням гіперактивності й імпульсивності. Ця форма властива 15% осіб.

За даними Е. Кнелл близько 50 % дітей з синдромом гіперактивності мають тики. Крім того, у дітей з синдромом гіперактивності доволі часто спостерігаються мовленнєві порушення, порушення сну у вигляді сногворіння, сноходіння, 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 синдромом гіперактивності. Також серед супутніх симптомів синдрому гіперактивності 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). У підлітковому віці може спостерігатися незначне погіршення зросту, яке нормалізується в пізньому підлітковому віці.

Е. Knell, D. Coming відмічають, що, якщо основні клінічні симптоми синдрому гіперактивності (неуважність, гіперактивність, імпульсивність) є достатньо стійкими, то прояви тривожності, емоційно-вольових та поведінкових порушень у дітей обумовлені складною внутрішньо-сімейною ситуацією, труднощами взаємовідносин з батьками та іншим важливим оточенням.

За даними Р. Гасанова, синдром гіперактивності часто зустрічається у дітей з епілепсією (12 %). Також існують дані досліджень, у яких спостерігається коморбідність синдрому гіперактивності з наркоманією, коли розлади вегетативних, емоційних та психічних функцій стають більш вираженими в порівнянні з такими при кожному захворюванні окремо.

Л. Чутко, враховуючи можливі патогенетичні механізми захворювання, виокремлює **чотири клінічні варіанти синдрому гіперактивності:**

1. **Ідіопатичний** (носить спадковий характер) – проявляється помірно вираженими неуважністю та гіперактивністю.

2. **Резидуально-органічний** (причина – патологія в перинатальний період) – характеризується вираженими проявами неуважності та гіперактивності/імпульсивності.

3. **Церебрастенічний** (причина – патологія перинатального періоду та соматичні захворювання) – проявляється переважанням неуважності в поєднанні з астенизацією дитини.

4. **Неврозоподібний** (причина – поєднання генетичних факторів, патології перинатального періоду та вплив психотравмуючої ситуації) – проявляється в помірних неуважності, гіперактивності та імпульсивності, що супроводжуються невротичними розладами.

Д. Амен вважає ключовими в симптомах синдрому **гіперактивності** такі **критерії:** нездатність утримувати увагу короткий період часу; відволікання; неорганізованість; відкладання справ; поганий самоконтроль.

Спираючись на ці симптоми та на дані емісійної комп'ютерної томографії мозку, що відображає активність різних відділів мозку, які відповідають за увагу, короточасну пам'ять, забудькуватість, Д.Амен описав наступні

шість типів синдрому гіперактивності:

Тип 1 – класичний синдром гіперактивності. У пацієнтів спостерігаються основні симптоми синдрому гіперактивності (нестійка увага, проблеми з концентрацією уваги, дезорганізація, відсутність перспективної оцінки поведінки), а також гіперактивність, нервозність та імпульсивність. Цей тип, як правило, діагностується на ранніх етапах життя.

Тип 2 – синдром гіперактивності з неуважністю. Крім основних симптомів розладу спостерігається занепад сил, знижена мотивація, відстороненість і схильність зациклюватися на собі. Цей тип зазвичай діагностують у більш пізньому віці. Він частіше зустрічається у дівчаток. Це тихі діти і дорослі, їх вважають ледачими, невмотивованими і не дуже розумними.

Тип 3 – синдром гіперактивності з надмірною зосередженістю. Поєднання всіх ключових симптомів з деструктивними думками та відхиленнями в поведінці, такими як опозиція і схильність до незгоди. Для цих пацієнтів також характерні когнітивна негнучкість, проблеми з переключенням уваги, схильність зациклюватися на негативних думках, потреба в одноманітності.

Тип 4 – синдром гіперактивності скроневої долі. Поєднання всіх ключових симптомів синдрому гіперактивності з дратівливістю, агресивністю, запальністю. Іноді вони відчують тривогу, головні болі або болі в животі, переживають похмурі думки, мають проблеми з пам'яттю, труднощі з читанням і часом неправильно інтерпретують звернені до них зауваження.

Тип 5 – лімбічний синдром гіперактивності. Первинні симптоми синдрому у цих пацієнтів супроводжуються хронічною меланхолією й негативізмом у поєднанні із занепадом сил, низькою самооцінкою, зниженою мотивацією, дратівливістю, соціальною ізоляцією, відсутністю апетиту та сну.

Тип 6 – синдром гіперактивності «Кільце вогню». Межовий стан між синдромом гіперактивності та біполярним розладом. Крім основних симптомів синдрому гіперактивності таким дітям характерні примхливість, спалахи гніву, опозиційні риси характеру, відсутність гнучкості, поспішність мислення, надмірна балакучість і чутливість до звуків і світла.

Синдром гіперактивності характеризується



також певними особливостями рухового розвитку та тісно пов'язаний з порушенням уваги й емоційної сфери. Серед них можна означити:

- *особливості моторно-рухового розвитку*: незграбність рухів, порушення координації й гармонійності рухових комплексів, дитина здатна виконувати певні рухи, але не може скласти з них гармонійного цілого, загальна підвищена активність, перешкоди в засвоєнні рухів, підвищене м'язове напруження, підвищений м'язовий тонус;

- *особливості уваги і контролю*: короткочасна та слабка концентрація уваги, розосередження уваги, її ригідність, персеверації (дитина не може відірватися від певного предмета або способу вирішення проблеми);

- *особливості емоційної сфери*: збудливість, апатія, невпевненість, внутрішнє напруження, емоційна лабільність, часта зміна настрою, негативізм, відчуття страху, агресивність;

- *порушення зорово-моторної координації*;

- *відхилення у вестибулярній чутливості*.

Виявляються як надчутливість або як низька чутливість. Надчутливість – це гравітаційна невпевненість. При низькій вестибулярній чутливості дитина, навпаки, добре переносить обертання і розгойдування;

- *порушення дрібної моторики різного ступеня тяжкості*. Дітям буває важко навчитися зав'язувати шнурки, вирізати ножицями точно по контуру, розфарбовувати, не виходячи за межі тощо;

- *сенсорна надчутливість, особливо до дотиків, навіть дуже легких*. Слухова та нюхова надчутливість, смакова та зорова чутливість, а також низька чутливість разом з гіперчутливістю – низька чутливість до холоду або болю, а також знижена чутливість до стимулювання вестибулярного апарату);

- *депресія*. Діти з синдромом гіперактивності частіше ніж інші діти переживають депресії. Близько 20% з них мають депресії, у багатьох з них по мірі дорослішання, до двадцяти років розвиваються депресії або інші розлади настрою. Зв'язок між синдромом гіперактивності та депресією виражається в тому, що виникнення одного розладу збільшує ризик виникнення іншого;

- *тривожність*. За даними R. Jensen, 25 % дітей із синдромом гіперактивності мають підвищений або високий рівень тривожності. Діти з синдромом гіперактивності гірше адаптуються в новій обстановці і більш

схильні до дії негативних стрес-факторів, що збільшує тривожний фон настрою дитини. Вони можуть переживати напруження або дискомфорт, і постійно хочуть переконатися в тому, що з ними все добре;

- *опозиційно-зухвалий розлад*. Характеризується агресивністю та схильністю навмисно зачіпати інших. Близько половини усіх дітей з синдромом гіперактивності, в основному хлопчиків у віці від 7 років, мають прояви опозиційно-зухвалого розладу. Вони проявляють підвищену реактивність, вперті, нетерплячі;

- *мовленнєві розлади*. Від 30 до 60 % дітей з синдромом гіперактивності мають мовленнєві розлади. У них часто виникають труднощі з використанням мови в повсякденному житті. Для цих характерні надмірна говірливість, гучність, вони часто переключаються з однієї думки на іншу, не вміють дослухати співрозмовника до кінця, перебивають інших;

- *труднощі у навчанні*. За даними М. Заваденко, до 66 % дітей із синдромом гіперактивності мають труднощі в навчанні у вигляді дислексії, дисграфії та дискалькулії. Ці діти можуть не справлятися з шкільними завданнями, тестами, отримують погані оцінки. Недостатність навчальних навичок спостерігаються вже в дошкільному віці.

Велика кількість коморбідних станів у дітей з синдромом гіперактивності дає необхідність проведення нейропсихологічного аналізу та інструментальних досліджень. Спеціалісти відмічають, що наявність супутніх (коморбідних) розладів при синдромі гіперактивності – швидше правило, ніж виключення.

Синдром гіперактивності часто поєднується з іншими розладами, тому дані дослідження необхідні не лише для уточнення діагнозу, але й для диференційної діагностики з метою відмежувати захворювання від схожих за симптоматикою.

Інколи симптоми синдрому гіперактивності в якості вторинних проявів спостерігаються при тяжких психопатологіях, таких як посттравматична енцефалопатія, неврози, астенічний синдром при соматичних захворюваннях, наслідки нейроінфекцій, фетальний алкогольний синдром (алкоголізація плоду в утробі матері), хронічне отруєння свинцем, постінфекційна енцефалопатія та інші. Оскільки симптоматична картина синдрому гіперактивності схожа на інші стани,



необхідною є диференційна діагностика.

М. Заваденко та ін. відмічають необхідність відмежовувати синдром гіперактивності від різноманітних психічних розладів, таких як аутизм, шизофренія, маніакально-депресивний синдром. Шизофренія та депресії також можуть супроводжуватися надмірною активністю й дефіцитом уваги, проте непостійний характер цих порушень, сімейна обтяженість даними захворюваннями роблять можливим відмежувати їх від синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю.

У якості **вторинних проявів** надмірна рухова активність та неухважність можуть супроводжувати посттравматичний синдром після черепно-мозкової травми, а також бути симптомами неврозів. Проте етіологія неврозів, як і інших психогенних захворювань, обов'язково включає психотравмуючий фактор, а синдром гіперактивності розвивається внаслідок генетичної або церебро-органічної патології.

Учені вважають, що необхідно також проводити диференційний діагноз синдрому гіперактивності з епілепсією. Епілепсія може супроводжуватися порушенням активності та уваги. З іншого боку, діти з синдромом гіперактивності можуть мати пароксизмальні напади в анамнезі.

Необхідним аспектом в диференційній діагностиці є відмежування синдрому гіперактивності від опозиційного розладу поведінки. Опозиційний розлад поведінки як будь-який розлад передбачає вплив психосоціальних чинників і демонструє протест особистості, що формується в ситуації, яка не влаштовує об'єктивно чи суб'єктивно. У разі синдрому гіперактивності опозиційна поведінка дитини пов'язана, насамперед, з певною слабкістю мотиваційно-вольової сфери (біологічно зумовленої).

Діти з синдромом гіперактивності мають певну слабкість нервової системи та важко переносять будь-яке напруження, пов'язане зі стресом. Тому у них часто виникає тривога, що може посилити прояви синдрому гіперактивності.

Поведінка гіперактивних дітей ззовні може бути схожою на поведінку дітей з підвищеною тривожністю, тому необхідно знати основні відмінності поведінки даних категорій. Поведінка дитини з підвищеною тривожністю соціально не руйнівна, проте синдром гіперактивності є причиною різних конфліктів, бійок або елементарних

непорозумінь.

У диференційній діагностиці синдрому гіперактивності і тривожних розладів як окремих діагнозів має значення час виникнення і тривалість порушень: синдром гіперактивності проявляється з дитинства і його прояви можуть посилюватися при виникненні психотравмуючої ситуації.

Н. Chietekova (1968) вважає, що диференційну діагностику синдрому слід проводити з дитячим мозковим паралічем, шизофренією, синдромами Гелера та Крамер-Полнова, сенсорною депривацією тощо.

Поведінка надмірно збудливих підлітків часто нагадує риси синдрому гіперактивності. Відмінною рисою є лише здатність до соціальної адаптації. Діти з синдромом гіперактивності погано адаптуються в суспільстві через соціальну незрілість, погану комунікабельність, а дітям з акцентуаціями характеру це не властиво [3].

У дітей з синдромом гіперактивності депресивні ознаки спостерігаються в 40 % випадків, до 20 років відбувається зниження до 27 %. Є вірогідність спадкової схильності, що пов'язана з низькою самооцінкою в дитинстві. Великий депресивний розлад може виникнути до юнацького віку, це пов'язане зі схильністю до формування суїцидальних думок.

Наявність при синдромі гіперактивності великої кількості вторинних порушень ускладнює діагностику. Тому обстеження дитини повинно проводитися групою спеціалістів. Педіатр та невролог без допомоги психолога та спеціалістів вузького кола при одноразовому огляді не в змозі точно діагностувати захворювання та виявити всі наявні порушення.

У цілому діагностика синдрому гіперактивності має бути спрямована на виявлення причин та основних механізмів розвитку порушення – нейропсихологічних, біохімічних, нейрофізіологічних. Порушення, що переважають, і будуть диктувати основні напрямки психологічної корекції та лікування.

Для постановки остаточного діагнозу необхідно зібрати інформацію про матір: як протікала вагітність, пологи, чи були порушення в подальшому розвитку дитини. Також необхідні дані про розвиток мовлення, особливості темпераменту. Необхідно звернути увагу на активність дитини протягом дня, характер сну, наявність поведінкових проблем, успішність, взаємини з друзям,



виясняється коло інтересів [2].

Одноразове спостереження за дитиною не може розкрити повну картину захворювання, тому психолог повинен слідкувати в різних ситуаціях, протягом тривалого часу. Адже акцентування уваги лише на одній з причин буде не повним, а короточасне спостереження за проявами дитини в емоційній та поведінковій сфері не дозволить з впевненістю говорити про синдром гіперактивності [5].

На жаль, нині не існує єдиної пояснюючої теорії виникнення та механізму розвитку синдрому гіперактивності.

Висновки

1. Синдром гіперактивності фіксується в дітей, які мають стійкі та невідповідні їх віку симптоми неуважності, гіперактивності та імпульсивності і пов'язаний з порушенням саморегуляції, для якого характерна зміна когнітивної функції, дефіцит уваги та гальмування.

2. Основними причинами та механізмами розвитку синдрому гіперактивності з позицій різних наукових теорій є: специфічні особливості будови і функціонування структур мозку, переважно з боку префронтальностріато-таламо-кортикальних структур (нейрофізіологічна теорія); зміна концентрації нейромедіаторів (нейромедіаторна теорія); сукупність генфакторів, що відповідають за патогенез і ступінь тяжкості клінічних проявів, що обумовлює необхідність врахування взаємодії ендо- і екзогенних чинників у структурі патогенезу (генетична теорія); вплив пре-, перинатальної та ранньої постнатальної патології (медико-біологічний підхід); недостатня сформованість функцій регуляції, програмування і контролю психічних процесів, що забезпечуються лобними відділами головного мозку

(нейропсихологічна теорія); особливості психомоторного рівня реактивності, що призводять до неспецифічних форм реагування (дизонтогенетична теорія); вплив соціальних чинників на розвиток синдрому гіперактивності, передусім, стилю сімейного виховання (соціально-психологічні теорії).

3. Допомога дитині з синдромом гіперактивності має носити комплексний характер.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексеева І.В., Калшикова М. Гіперактивні діти: корекція поведінки. К.: Шкільний світ, 2011. 96 с.
2. Гуріна О.М. Робота з гіперактивними дітьми. Психологічна компетентність учителя. *Психолог*. 2006. №221. 236 с.
3. Гуцало Е. У. Психологічна допомога гіперактивним дітям. *Актуальні проблеми практичної психології*. Херсон, 2006. С. 77-80.
4. Марценковський І. А., Бікшаєва Я.Б. та ін. Програмно-цільове обслуговування дітей та підлітків з гіперкінетичним розладом. *Медицинская газета «Здоровье Украины»*. 2009. № 5 / 1. С. 1-3.
5. Перепада О. М. Специфіка діагностичного процесу при гіперактивному розладу. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С.Сковороди. Психологія*. 2011. Вип. 38. С. 134-141.
6. Петрюк І. Гіперактивність та дефіцит уваги в дитячому віці як фактор шкільної дезадаптації. *Трансформація особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін : мат-ли міжнар. науково-практичної конференції*. Чернівці : Рута, 2007. С. 529-534.
7. Сухомлинський В. О. Сто порад учителям. К.: Радянська школа, 1988. 304 с.
8. Сухомлинський В. О. Серце віддаю дітям. *Вибрані твори* : в 5-ти т. К.: Радянська школа, 1977. Т. 3. 670 с.