

СПЕЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.922.76-056.313

С. В. Березка

асистент кафедри практичної психології
ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет»

ОСОБЛИВОСТІ ГІПЕРАКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ІНТЕЛЕКТУ

У статті аналізуються різні підходи до вивчення синдрому дефіциту уваги та гіперактивності дітей дошкільного віку з порушеннями інтелекту. Визначено пріоритетність дослідження саме гіперактивної поведінки, як провідного симптому, характерного для дошкільного віку. Проаналізовано причини та фактори, що сприяють появі гіперактивної поведінки у дошкільників із порушеннями інтелекту, а також її характерні прояви. На основі аналізу спеціальної літератури розроблено схему, що наочно відображає механізм утворення гіперактивної поведінки дітей із порушеннями інтелекту.

Ключові слова: синдром дефіциту уваги та гіперактивності, гіперактивність, імпульсивність, дефіцит уваги, причини гіперактивної поведінки, механізм утворення та особливості проявів у дітей із порушеннями інтелекту.

Постановка проблеми. Наукова проблема полягає в тому, що в спеціальній літературі досі однозначно не визначено основні причини появи та розвитку гіперактивної поведінки дітей дошкільного віку з порушеннями інтелекту, а також їхні психологічні особливості, що ускладнює процес психологічного супроводу такої дитини.

Аналіз останніх досліджень та публікацій засвідчує, що вивчення гіперактивності дітей із порушеннями інтелекту здійснювалося з точки зору медичного (Р. Барклі, Д. Ісаєвим, М. Певзнер, Дж. Стіл, Г. Сухарєва, А. Штраус та ін.), психологічного (І. Брязгунов, В. Дуглас, М. Заваденко, Г. Моніною, Л. Руденко, А. Сиротюк, О. Токар та ін.) та педагогічного підходу (Т. Борисова, В. Кузьміна, О. Куцінко, Л. Матюхіна, О. Фет та ін.). Не дивлячись на значну кількість досліджень, на сьогодні не існує єдиної думки щодо причин утворення та особливостей гіперактивної поведінки дітей дошкільного віку з порушеннями інтелектуального розвитку.

Мета статті – визначити причини та особливості гіперактивної поведінки дітей із порушеннями інтелекту.

Виклад основного матеріалу. За статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я у середньому синдром гіперактивності (далі - СДУГ) спостерігається приблизно у 5% дітей віком від 5 до 12 років, а у дітей із порушеннями інтелекту – у 34–37% (І. Брязгунов, М. Заваденко, М. Федоренко, Л. Руденко). Проблема вивчення синдрому гіперактивності полягає в міждисциплінарності цього явища та гетерогенності порушень.

СДУГ унесений до МКЗ-10 та DSM-IV (як окрема хвороба чи підтип поведінкових розладів) і визначається як етіологічна гетерогенна група розладів поведінки, що діагностується в дітей віком від 5 років і старше, супроводжується зниженням уваги та гіперактивністю, потенційно призводить до порушення навчання, зниження якості життя, антисоціальної поведінки [5].

Синдром гіперактивності є хронічним розладом поведінки в дитячому віці, серед клінічних проявів якого провідними є рухлива занепокоєність, імпульсивність, неможливість сконцентрування. СДУГ починає проявлятися у дітей дошкільного віку і досягає максимального піку в молодшому шкільному віці, проте в подальшому він не зникає, а лише модифікується [7].

У DSM-IV і DSM-V СДУГ містить три основні форми розладів: із домінуванням порушень уваги, переважанням гіперактивності й імпульсивності чи їхніх комбінацій.

Подібною є загальнорозповсюджена класифікація проявів СДУГ, яка містить три основні компоненти: гіперактивність, дефіцит уваги, імпульсивність (В. Бейкер, М. Меданос, МКХ-10).

Враховуючи той факт, що СДУГ є межовим розладом, а гіперактивні діти мають інтегруватися до загальноосвітніх навчальних закладів, то необхідним є дослідження гіперактивності не лише як патології, але й із погляду психолого-педагогічного підходу (психологічних причин та особливостей дітей із СДУГ), задля забезпечення поліфункціональної та ефективної допомоги. Окрім того, у Великій психологічній енциклопедії поняття

«гіперактивність дитяча» визначається не як спеціальний термін, а як «опис дитини, у якої проявляється надмірна та неадекватна рухлива активність як відмінна риса, надмірна імпульсивність та чутливість до кінетичних відчуттів, із малим об'ємом уваги» [1, с.111], а отже, вона може виступати предметом психологічного аналізу.

На сьогодні в спеціальній психології існує дві протилежні думки щодо можливості встановлення СДУГ у дітей із порушеннями інтелекту. СДУГ визначають як порушення саморегуляції, для якого характерне змінення когнітивної функції, дефіцит уваги та гальмування, а також порушення робочої пам'яті та виконавчих функцій (R. Barkley, M. Федоренко) [7; 9].

Діти із СДУГ не можуть виконувати завдання, що вимагають довготривалих інтелектуальних зусиль, вони часто й легко відволікаються, характеризуються імпульсивністю, слабкістю контролю поведінки, відсутністю довільності; їхні рухи безцільні та неспокійні, супутніми ознаками завжди виступають проблеми в навчанні (І. Брязгунов, Д. Вольф, М. Заваденко, Л. Чутко, J.G. DuPaul, G. Stoner), порушення соціального функціонування в родині та навчальному закладі (О. Політка, Е. Меш, З. Тржесоглава), ризикована поведінка (R. Barkley, К. Murphy) та емоційні порушення, що проявляються як неврівноваженість, запальність, агресивність, нетерпимість та негативізм, перепади настрою, тривожні розлади (М. Заваденко, А. Грибанов, А. Канжин, Д. Подоплюкін) [7].

Водночас, для дошкільників із порушеннями інтелекту також характерне порушення когнітивних процесів, зокрема довільності уваги та її концентрації (Ю. Бугера, Л. Виготський, В. Синьов, М. Матвєєва, О. Хохліна, О. Чеботарьова, С. Рубінштейн); відхилення поведінки (А. Висоцька, О. Мамічева, В. Липа, Л. Руденко, М. Федоренко), порушення емоційно-вольової сфери, особливо саморегуляції (Г. Блеч, О. Мамічева, М. Матвєєва, А. Міненко, Л. Прохоренко); порушення адаптивного функціонування (І. Гладченко, Е. Іванов, В. Синьов, Г. Супрун, Л. Шипіцина, О. Хохліна) та неадекватність самооцінки (Л. Виготський, Г. Дульнев, І. Зябікіна, Ж. Намазбаєва, Л. Мурзакова, С. Рубінштейн та ін.) [2].

Тобто симптоми СДУГ та порушення інтелектуального розвитку (зокрема олігофренії) надто ідентичні для того щоб ромежувати ці два феномени (М. Заваденко, Г. Моніна, Е. Лютова-Робертс, Л. Чутко). Окрім того, більшість характеристик СДУГ є симптомокомплексом порушення інтелектуального розвитку дитини [3].

Проте прихильники іншої точки зору вважають, що ці два діагнози не є взаємовиключними (Д. Вольф, Л. Руденко, М. Федоренко, В. Benson, M. Aman, R. Goodman, E. Simonoff, J. Stevenson), а у МКЗ-10 взагалі виділено окрему категорію – гіперактивний розлад, що поєднаний із розумовою відсталістю та стереотипними діями (F 84.4). Діти

з порушеннями інтелектуального розвитку з таким діагнозом суттєво відрізняються від інших своїх однолітків без СДУГ. Вони характеризуються більшим вираженням гіперактивності, більш деструктивною поведінкою, поганими сімейними стосунками, слабкими соціальними навичками, низьким рівнем адаптації (К. Antshel, M. Aman, D. Pearson).

Ще раз підкреслимо, що за всіма міжнародно прийнятими класифікаціями (МКЗ-10, DSM-IV) діагноз синдром дефіциту уваги та гіперактивність можна встановлювати остаточно лише після 6 років, а у більш пізніх виданнях DSM-V – лише з 12 років. Проте виникнення перших симптомів СДУГ у дітей із порушеннями інтелекту констатується ще до 7 років, і чим швидше розпочати психокорекцію, тим ефективніше буде результат (І. Брязгунов, В. Засенко, М. Заваденко, В. Липа, О. Мамічева, І. Марценковський, Л. Руденко, А. Сиротюк, М. Федоренко та ін.).

На нашу думку, оскільки розлади уваги за таких умов не можуть слугувати діагностичними критеріями СДУГ, а провідним симптомом для дошкільників із порушеннями інтелекту виступає гіперактивність, то доречним є дослідження не самого СДУГ у таких дітей у дошкільному віці, а саме гіперактивної поведінки як поведінкового розладу. Адже раннє діагностування та психокорекція є одним із критеріїв ефективності результату.

Характерні ознаки та прояви гіперактивної поведінки є однаковими як для дітей зі збереженим інтелектом, так і для дітей з порушеннями інтелектуального розвитку. Відрізняються вони більшим вираженням, інтенсивністю та більш раннім початком проявів перших симптомів.

Для констатації гіперактивності в дошкільника з порушеннями інтелекту необхідна систематична фіксація протягом шести місяців щонайменше трьох ознак із нижчеперерахованих діагностичних критеріїв [4]:

- часто занепокоєно рухає руками чи ногами, крутиться на місці;
- не може всидіти на місці, залишаючи його не дочекавшись завершення справи;
- часто починає бігати чи залазити кудись, коли це є зовсім недоречним;
- часто є занадто (і неадекватно) гучним в іграх, відчуває дискомфорт під час тихого проведення дозвілля;
- загалом знаходиться в постійному русі;
- спостерігається стійкий характер надмірної моторної активності, на яку суттєво не впливає соціальна ситуація та вимоги;
- перші ознаки виявлено до семи років;
- щонайменше три ознаки виражені настільки, що свідчать про недостатню адаптацію.

Описуючи дітей із порушеннями інтелектуального розвитку, які мають гіперактивну поведінку, М. Певзнер зазначає, що для таких дошкільників є характерним занепокоєння, тривожність, роздра-

тованість, вередливість, порушення сну, загальна загальмованість, підвищена збудливість, непосидючість, невміння зосереджуватись, грати з іншими дітьми, відволікання, чіткі прояви порушень поведінки й низький рівень працездатності; моторика характеризується не лише загальним рисами недорозвитку, але й наявністю зайвих та імпульсивних рухів, їхня непослідовність [5]. Такі дошкільники незграбні, часто ламають чи пошкоджують речі та іграшки, нерідко їхня гіперактивність призводить до спалахів сильного роздратування та агресивності стосовно інших.

Існує складність визначення етіології гіперактивної поведінки дошкільника з порушеннями інтелекту. Це пов'язано з тим, що на сьогодні, не дивлячись на численні дослідження, єдиної точки зору щодо причини утворення гіперактивності не існує. Представники нейрофізіологічної концепції (Ю. Кропотов, Е. Голдберг, F. Castel-Ianos, R. Tannock) походження гіперактивності обумовлюють особливостями будови та функціонування структур мозку. Нейромедіаторна концепція розглядає гіперактивність як наслідок дисбалансу й порушень у функціонуванні основних медіаторних систем (Т. Дмитрієва, А. Дроздов, Б. Коган) [3]. Дослідники дизонтогенетичної концепції (Л. Бадалян, В. Ковальов, Г. Сухарева, В. Трошин) причину гіперактивності вбачають у дифузному ураженні мозку. Спорідненою до дизонтогенетичної концепції є медико-біологічна (І. Антонов, Л. Бадалян, Д. Ісаєв), яка визначає роль пре-, пери-, й ранньої постнатальної патології, що при-

зводить до морфологічних змін мозку і в подальшому – до розвитку функціональних розладів [6; 7].

Відносно новим є генетичний погляд на проблему гіперактивності, який полягає в пошуку генетичних факторів та змін, що обумовлюють появу поведінкових розладів (A. Thapar, R. Perlis, A. Doyle, J. Smoller). За даними досліджень (М. Заваденко, Л. Руденко, М. Федоренко) у 76% гіперактивність є успадкованою. Проте, на сьогодні, окремий ген, що відповідає за появу гіперактивності, не виділено.

Спираючись на положення концепції макросоціального впливу, можемо стверджувати, що гіперактивна поведінка є загальною реакцією частини дитячої популяції на певні соціальні, загальнокультурні зміни, що відбуваються в суспільстві (Х. Лукерт, Н. Rolff, P. Zimmermann).

Основними причинами утворення та розвитку гіперактивності, згідно із соціально-психологічною концепцією, є виділення психосоціальних факторів ризику в контексті внутрішньосімейних відносин (A. James, J. Heininger, S. Weiss). За цією теорією 63% дітей із гіперактивністю мають негативні внутрішньосімейні відносини. Серед найбільш розповсюджених психосоціальних факторів, що впливають на розвиток гіперактивної поведінки, виділяють: конфлікти в родині, нестриманість, грубість стосовно дітей, низьку матеріальну забезпеченість, некомфортні умови проживання, неправильний стиль виховання, зловживання батьками алкоголю, фізичні методи покарання [9].

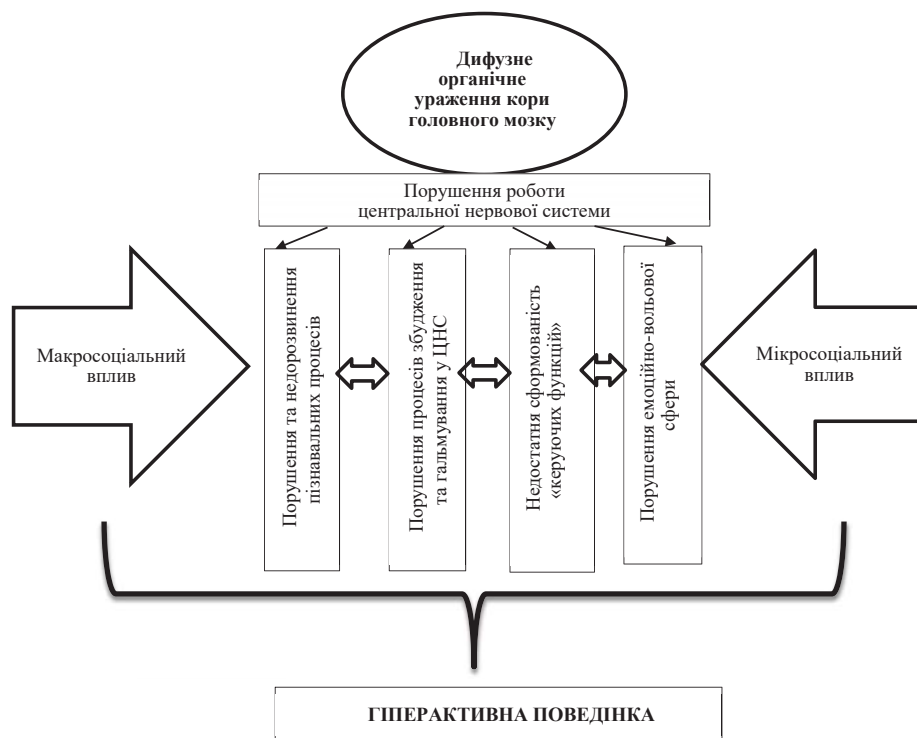


Рис. 1. Механізм утворення гіперактивної поведінки в дитини з порушеннями інтелекту.

Більшість досліджень гіперактивності акцентують увагу на тому, що провідними причинами утворення гіперактивності є саме медико-біологічні причини, а соціально-психологічні є лише супутніми, що сприяють розвитку. Але вони не враховують той факт, що для всіх дітей із порушеннями інтелектуального розвитку (олігофренії зокрема) є характерним дифузне ураження кори головного мозку, але гіперактивність спостерігається не у всіх дітей із таким діагнозом. Поява гіперактивної поведінки є результатом ускладнення порушення інтелектуального розвитку розладами процесів нейродинаміки (які можуть бути викликані як соціально-психологічними, так і біологічними факторами) у поєднанні з несприятливими соціально-психологічними факторами.

Сам механізм гіперактивної поведінки в дітей із порушеннями інтелектуального розвитку пояснюється неможливістю регуляції поведінки внаслідок порушень формування регуляторних систем, що призводить до слабкості вольових та керуючих процесів. Низький рівень (або відсутність) самоконтролю та саморегуляції призводить до появи порушень поведінки, що через свою систематичність та ускладненість негативними факторами (як фізіологічними, так і соціально-психологічними) переходять у поведінкові розлади [6]. Звісно, усі біологічні, соціальні та психологічні фактори появи та розвитку гіперактивності нерозривно пов'язані між собою (вони є взаємодоповнюючими), і для здійснення ефективної корекційної роботи необхідним є врахування усіх цих детермінант.

Аналіз усіх наявних концепцій дозволив нам створити схему, що відображає механізм розвитку гіперактивності у дітей із порушеннями інтелекту (див. рис. 1). Із рис. 1 видно, що провідним детермінантом виступає органічне ураження кори головного мозку, яке є причиною появи низки вторинних дефектів (наприклад, недорозвинення та порушення пізнавальних процесів, емоційно-вольової сфери, роботи процесів гальмування та збудження й т. д.), які за наявності негативного та несприятливого впливу оточуючого середовища обумовлюють появу гіперактивної поведінки дитини з порушеннями інтелекту.

Висновки. Гіперактивна поведінка дітей із порушеннями інтелектуального розвитку є склад-

ним явищем, що має свою специфіку проявів та особливості утворення, обумовлену ураженням кори головного мозку дошкільників із порушеннями інтелекту та несприятливими соціально-психологічними факторами. Задля надання своєчасної психологічної допомоги таким дітям необхідним є розроблення діагностичного комплексу виявлення та корекції гіперактивної поведінки дітей із порушеннями інтелектуального розвитку.

Література:

1. Большая психологическая энциклопедия / авторский колл.: А. Альмуханова, Е. Гладкова, Е. Есина и др. Москва: Эксмо, 2007. 544 с.
2. Дидактичні та методичні засади спеціальної освіти розумово відсталих дошкільників: нав.-метод. посіб. / Н. Макаруч, А. Висоцька, О. Чеботарьова, А. Міненко, С. Трикоз, Г. Блеч, І.В. Бобренко, І. Гладненко та ін. Київ. 2014. 337 с.
3. Заваденко Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. Москва: Академия. 2005. 256 с.
4. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки / Під ред. Б. Михайлова, С. Табачнікова, О. Напрєєнка, В. Домбровської. Новини української психіатрії. Харків, 2003. URL: <http://www.psychiatry.ua/books/criteria/paper10.htm>.
5. Певзнер М. Клиническая характеристика детей с задержкой развития. Дефектология. 1972. № 3. С. 3-6.
6. Романчук О. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей: практическое руководство. Москва: Генезис. 2010. 334 с.
7. Руденко Л. Синдром гіперактивності з дефіцитом уваги у дітей: причини і діагностика. Наук.-практ. ж-л «Корекційна педагогіка. Вісник Української асоціації корекційних педагогів». 2008. № 2. С. 9–12.
8. Синьов В., Матвєєва М., Хохліна О. Психологія розумово відсталої дитини: підручник. Київ: Знання, 2008. 359 с.
9. Barkley R. Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. Brain & Development. 2003. Vol. 25. P. 383–389.

Березка С. В. Особенности гиперактивного поведения детей с нарушениями интеллекта

В статье проанализировано основные подходы к изучению синдрома дефицита внимания и гиперактивности детей дошкольного возраста с нарушениями интеллекта. Аргументировано приоритетность исследования именно гиперактивного поведения как ведущего симптома этого синдрома у дошкольников. Проанализировано основные причины и факторы, которые способствуют появлению гиперактивного поведения дошкольников с нарушениями интеллектуального развития, а также их проявления. Основываясь на анализе специальной литературы, разработано схему, которая наглядно отображает механизм формирования гиперактивного поведения детей с нарушениями интеллектуального развития.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности, гиперактивность, импульсивность, дефицит внимания, причины гиперактивного поведения, механизм возникновения и особенности проявления у детей с нарушениями интеллекта.

Berezka S. V. Features of hyperactive behavior of children with intellectual disabilities

The article analyzes the main approaches to the study of attention deficit hyperactivity disorder in preschool children with intellectual disabilities. The priority is given to the research of hyperactive behavior, as the leading symptom in preschool children. The main causes and factors that contribute to the emergence of hyperactive behavior of preschool children with intellectual development disorders, as well as their manifestations, are analyzed. Based on the analysis of the specialized literature, a scheme has been developed that visually reflects the mechanism of the formation of hyperactive behavior of children with intellectual development disorders.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, hyperactivity, impulsivity, attention deficit, causes of hyperactive behavior, the mechanism of occurrence and features manifestation in children with intellectual disabilities.