

УДК 159.922.76-056.49:37.013.82
DOI <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2020.1-1.24>

О. О. Байєр

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри вікової та педагогічної психології
Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара

О. О. Осітковська

студентка III курсу спеціальності «Психологія»
Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара

ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ, ЯКІ МАЮТЬ СИНДРОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ (СДУГ), У ЄВРОПІ

Усе гостріше постає питання методологічного забезпечення спеціалістів, які працюють в інклюзивних навчальних закладах, через популяризацію інклюзії в системі освіти. Психологам, як і іншим фахівцям, не вистачає методичних ресурсів під час роботи з дітьми з різними особливостями розвитку, наприклад тими, які мають синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). Їхня база або неефективна, або застаріла. Прикладом є надання методик діагностування синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю штатному психологу, які непосидюча дитина не може пройти через їх великий об'єм.

У статті представлений короткий огляд зарубіжної літератури щодо поведінкової терапії синдрому дефіциту уваги в дітей. Розглянуто структурні особливості процесу лікування синдрому, проаналізовано частини поведінкової терапії (сімейна інтервенція, шкільна інтервенція та вплив однолітків), визначено переваги та недоліки даного методу лікування, акцентовано питання комбінованого лікування синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю.

Найпопулярнішою у використанні є сімейна інтервенція (family intervention), часто використовують шкільну інтервенцію (school-based interventions). Причинами цього є доступність та реальність реалізації відповідних програм інтервенції.

До цілей сімейної інтервенції відносять формування звичок, які будуть потрібні в подальшому житті (наприклад, заправлення постілі, миття посуду, чищення зубів уранці та ввечері, одягання й інше). Щодо шкільної інтервенції, то це – шкільна адаптація та соціалізація, виховання дисципліни та покращення шкільної успішності.

Водночас програма впливу однолітків не так добре розвинена, як інші. Об'єктом програми виступає одноліток, який допомагає соціалізуватися або формувати навички спілкування з іншими людьми.

Закордонні методи поведінкової терапії ефективніші, що доводять результати, які можна бачити протягом багатьох років. Тому їх вивчення й переймання досвіду є важливим кроком для створення оновленої методичної бази як для студентів (педагогічних спеціальностей та спеціальності психологія), так і для підвищення кваліфікації спеціалістів, які працюють у даній сфері.

Ключові слова: лікування СДУГ, фармакологічне лікування, шкільна інтервенція, сімейна інтервенція, вплив однолітків, комбіноване лікування.

Постановка проблеми. Методи лікування синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (далі – СДУГ) в Україні вивчають дуже обмежена кількість фахівців. Тоді як у світі поширюються методи поведінкової терапії, у нашій країні їх використовують лише приватні заклади. Про те, щоб довершувати й адаптувати ці методи до широкого загалу, часто зовсім не йдеться.

Зараз СДУГ – один із найпоширеніших дитячих синдромів [1–2], тому знання про нього важливі, як і вивчення ефективних методів лікування. Нині немає точної статистики щодо поширеності синдрому саме в Україні, що робить неможливим розуміння цілісної картини. Водночас через активне впровадження державою курсу на інклюзивну освіту все актуальніше постає питання

методологічного забезпечення спеціалістів, які працюють в інклюзивних навчальних закладах. Суть проблеми полягає в тому, що методична база практичного психолога або застаріла, або неефективна, що ускладнює його роботу.

Одним із найвизначніших науковців, хто вивчає феномен СДУГ, є Р. Барклі. Він відомий не тільки своїми науковими працями [3–6], у яких описував феномен СДУГ, але й лекціями популярного характеру для батьків дітей, які мають СДУГ. Майже всі масштабні дослідження [7–10] доводять більшу ефективність поведінкової, ніж інших методів терапевтичного втручання, не включаючи медикаментозне. Активно вивчається ефективність лікуванням СДУГ за допомогою Омега 3/6 [7–8], автори доводять відсутність високого

**Симптоми, які використовуються
в європейських країнах
для діагностування СДУГ [2, с. 19]**

ризик уживання наркотичних речовин у підлітків із СДУГ [11]. Складається враження, що нині науковці вивчають ефективний метод поліпшення симптомів розладу та небагато приділяють уваги саме феномену.

Великий сегмент україномовних наукових статей [1; 12–17] охоплює питання феномену СДУГ загалом, тобто наявна дуже мала кількість вузькоспеціалізованих статей [18]. Ми маємо на увазі, що вітчизняні автори аналізують основні факти про феномен, торкаються історії вивчення СДУГ і описують психологічні вправи й ігри для роботи з такими дітьми; загалом, під час вивчення акцентується увага на СДУГ у дітей, проте мало розглядаються прояви СДУГ у дорослих, апробація нових методів діагностування, дослідження впливу різних медикаментів та методів лікування на перебіг симптому.

Мета статті – освітити лікувальні психологічні практики СДУГ в Європі, які б було корисно перейняти Україні.

Виклад основного матеріалу. Будь-яке лікування починається з діагностики. Згідно з дослідженнями, які проводилися останні 20 років [19, с. 16], по-перше, наявна висока спадковість цього синдрому (60–80%), по-друге, впливовим є чинник екологічного ризику. Функціональна нейровізуалізація виявляє дисфункції в декількох доменних специфічних фронто-стритальних і фронто-мозочкових нейронних мережах, а також посилену активацію регіонів за замовчуванням.

Ці висновки, а також ефективність фармакологічного лікування агоністамидофаміну підтримують погляди щодо нейробіологічних основ СДУГ, які є провідними у світовій науці.

Європейські фахівці переконливо свідчать, що діагноз СДУГ не може бути поставлений тільки на основі висновків за нейропсихологічними тестами, проведеними психологами [19, с. 21; 2, с. 22]. Усі психологічні методики для діагностування СДУГ (найчастіше використовують рейтингові шкали) ґрунтуються на симптомах, визнаних багатьма науковцями і представлених у таблиці.

Лікування СДУГ у більшості країн – це співпраця лікарів і пацієнта (якщо це доросла людина) або наближених до пацієнта людей (якщо це дитина) [19, с. 22]. Виділяють деякі правила лікування:

1. Встановити конкретні цілі, що іноді буває складно через коморбідні розлади.

2. Проводити регулярні консультації з лікарем для перевірки цілей, результатів та будь-яких побічних ефектів лікарських засобів. Під час цих візитів необхідно збирати інформацію від пацієнта і, якщо це доречно, батьків і вчителів [20, с. 449].

Кращий ефект досягається за спільного консультування (наприклад, психолога та класного керівника). Усі моделі співпраці мають план із чотирьох етапів:

Неуважність	Забудькуватість	
	Відволікання	
	Важкі планування й організація	
	Проблеми зі слуханням	
	Проблеми з пунктуацією (проявляється або надто пізно, або надто швидко)	
	Сумнівність	
	Тимчасовий гіперфокус для надзвичайно важливих завдань, але слабкий контроль уваги, коли це потрібно, або для багатьох важливих завдань у повсякденному житті	
	Потреба у великій кількості часу для виконання завдання	
	Важкий початок та кінець завдання	
	Хаотичне уявлення	
	Розумові проблеми:	Неспроможність до концентрації
		Не пов'язані одна з одною, хаотичні думки
		Асоціативне мислення
Гіперактивність	(Внутрішній) неспокій	
	Складно розслабитись	
	Надто багато та голосно розмовляє	
	Гойдання або постукування ногою/рукою	
	Нездатний до офісної роботи	
	Збивання речей через надмірну активність	
	Уміння сидіти нерухомо (пов'язане з напругою м'язів)	
	Неспокійний сон	
Імпульсивність	Бездумні рухи	
	Важко чекати черги	
	Розмиття понять речей, які можуть спричинити шкоду оточенню	
	Перебивання інших у спілкуванні	
	Нетерплячість під час перебування в черзі	
	Великі витрати коштів	
	Прогулювання роботи	
	Швидко починає стосунки	
	Не може відкладати задоволення	
	Пошук сенсацій та ризикована поведінка	
	Переїдання	
	Лабільність настрою	
Емоційна дисрегуляція	Низька толерантність до фрустрації	
	Емоційна імпульсивність	
	Дратливість	
	Спалахи гніву	
	Передменструальне посилення симптомів	

- визначення проблем, з якими стикається дитина у школі;
- вибір методик для шкільної інтервенції;
- розроблення плану шкільної інтервенції;
- оцінка впливу плану на успішність, щоб, за потреби, можна було внести зміни.

Дослідження [21] вказують на кращу ефективність корекційної стратегії лікування, коли викладачі беруть на себе керівництво на етапі виявлення проблем, а психолог чи психотерапевт – на етапі розроблення плану вирішення проблем.

Детальніше зупинимось на змісті поведінкової терапії, поширеної в Європі.

Поведінкову терапію (behavioral therapy) поділяють на декілька частин корекції, як-от: сімейна інтервенція, шкільна інтервенція та вплив однолітків, усе оточення людини із СДУГ залучають до співпраці. Головною метою психолога під час роботи з дитиною-носієм СДУГ є створення умов для кращого перебігу синдрому, а саме лікування симптомів та покращення соціалізації [3; 22; 23]. Розкриємо складники поведінкової терапії.

1. *Шкільна інтервенція* допомагає дитині соціалізуватися у школі та засвоїти освітню програму. Найефективніше вона працює за поєднання із сімейною інтервенцією та медикаментозним методом. Шкільна інтервенція поділяється на три стратегії: виправлення поведінки, поліпшення шкільних навичок, поліпшення взаємозв'язків з однолітками та саморегуляції/самоменеджменту (self-management or self-regulation) [10, с. 23].

Корегувати поведінку можна багатьма методами. Передусім класний керівник повинен переглянути *правила класу* [23, с. 36]. Вони повинні бути малочисельними, чіткими та позитивно спрямованими (тобто більшість правил дозволяють певну поведінку, а не забороняють). Правила повинні пояснюватися на початку шкільного року. Вони потрібні для зменшення вірогідності появи інциденту (наприклад, прояв агресії, який буде виражатися у жбурлянні речей). Ще один метод базується на *зміні тривалості виконання завдання* чи розділі його на *частини* залежно від рівня уваги учня, що супроводжується обов'язковою похвалою. Поступово норми завдання можна збільшувати до норм аудиторії. Наступний метод – це давати можливість учневі обирати собі завдання, що покращить ефективність його виконання. У всіх напрямках терапії використовують *маніпулятивний метод*, де вчитель позитивно підкріплює виконання завдання (наприклад, похвалою чи жетонами, які потім можна буде обміняти на бажану річ чи розвагу) [3; 10; 22]. За використання маніпулятивного методу треба дотримуватися деяких вказівок:

- забезпечити позитивне підкріплення якомога частіше;
- нагороди повинні бути індивідуалізованими;
- нагороди треба змінювати час від часу;

- нагорода надається щонайближче до бажаної поведінки.

Треба пам'ятати, що за порушень поведінки, але правильного виконання завдання учень або не отримує жетон, або позбавляється його, бо ціллю метода була саме корекція поведінки.

Тайм-аут – остання методика поведінкової корекції, мета якої – покарання у вигляді розміщення учня в певній частині класу чи поза аудиторію за руйнівну поведінку. Проте цей метод потрібно використовувати обачливо та разом з позитивним підкріпленням, бо інакше він може погіршити поведінку учня [10; 23].

Саморегулювання спонукає учнів самим регулювати й оцінити свою поведінку. Наприклад, можна навчити дитину оцінювати (від слабко до відмінно) власну поведінку або виконання завдання через регулярні проміжки. Учителі, у свою чергу, також оцінюють роботу або поведінку учня, після цього учень отримує винагороду залежно від збігу його оцінки з оцінкою вчителя. Через певний час, якщо дитина успішно виконує завдання, частота звірення з оцінюванням вчителя зменшується, згодом винагорода залежатиме тільки від оцінювання дитини самої себе. Ця стратегія є ефективнішою, якщо її використовувати для дітей із м'яким СДУГ.

Поліпшення шкільних навичок потрібне для того, щоб допомогти учневі справитися зі шкільною програмою. Один із методів полягає в тому, що вчитель індивідуально навчає дитину тим навичкам, які потребують виправлення. Ще одним варіантом буде використання комп'ютерних технологій у навчанні. Дослідження [24–25] показали, що такий тип здобуття освіти збільшує ефективність навчання порівняно з письмовими роботами. Аналогічно, репетиторство для всього класу збільшує ефективність проходження тестів не тільки в дітей, які мають СДУГ.

2. *Вплив однолітків*. Покращення взаємозв'язків з однолітками відповідає метою та методиками частині поведінкової терапії під назвою «вплив однолітків». Дітей, які мають СДУГ, складно соціалізувати (наприклад, через надмірно емоційну реакцію на міжособистісні проблеми з однолітками). На жаль, групова терапія не допомагає в покращенні соціальних навичок [23, с. 39]. Одним з ефективних методів є залучення здорового однолітка чи однолітків до всіх етапів інтервенції.

3. *Сімейна інтервенція*. Співробітництво школи та сім'ї є важливою складовою частиною комплексної терапії. *Система карток щоденних звітів* (далі – КЩЗ) є прикладом ефективного спілкування сім'ї та навчального закладу [23, с. 38–39]. КЩЗ містять постійні відгуки учнів та батьків щодо виконаної роботи у класі та можуть бути орієнтовані на важливі форми поведінки (наприклад,

успішність у школі, спілкування з однолітками). Зазвичай КЦЗ містять 3–5 завдань, успішне виконання яких оцінює вчитель. Оцінки викладачем виставляються протягом дня, а батьки дають підкріплення вже вдома, спираючись на оцінки вчителя. З підвищенням рівня успішності виконання завдань учнем будуть збільшуватися або кількість завдань, або їхня складність.

У сімейній терапії саме від батьків залежить процес лікування, а головна мета психолога чи психотерапевта – навчити батьків чи опікунів методам роботи з дітьми та корекції своєї поведінки у присутності дитини. Головними методами є *система перерв, тайм-аутів, позитивного підкріплення та моделювання*, тобто майже всі ті, що використовуються у школі [22, с. 8]. Окремо сімейна терапія може призначатися, проте недостатньо точно вивчена ефективність даної програми лікування.

Окремим випадком використання поведінкової терапії є *комбіноване лікування* – найрезультативніший метод лікування, який працює як із симптомами, так і з наслідками. Комбіноване лікування добре використовувати, якщо в пацієнта, окрім СДУГ, наявний інший синдром. Суть цього методу полягає у співпраці лікаря (невролога) та психолога, тобто метод являє собою сумісність поведінкової терапії та здебільшого фармакологічного методу. Його ефективність також підтверджено науковими дослідженнями [9]. На нашу думку, в Україні бракує саме практик комбінованого лікування.

Висновки. В Україні наявна проблема системи діагностики і лікування СДУГ, яка полягає, зокрема, у використанні неефективного інструментарію, відсутності співпраці спеціалістів різних напрямів, використанні неефективних методів лікування. Тому важливо вивчати цю проблему та переймати провідний досвід інших держав.

Розглянуті нами частини поведінкової терапії мають як переваги, так і недоліки. Одним із найголовніших недоліків є те, що не завжди вдається задіяти оточення носія синдрому для терапії, хоча це є важливим кроком для досягнення кращого результату. Коли до співпраці залучені батьки, проте дитина продовжує вчитися в освітньому закладі, у результаті можна отримати часткову корекцію поведінки. Потрібно пам'ятати й те, що, згідно з дослідженнями, найкращий результат здобувається комбінованим методом лікування (фармакологічної та поведінкової терапії).

Головною перевагою поведінкової терапії виступає її ефективність у поліпшенні симптомів СДУГ, яку визнають багато досліджень. Вправи, які входять у сімейну та шкільну інтервенцію (система перерв, тайм-аутів, позитивного підкріплення й ін..) є досить універсальними, їх можна використовувати для умовно здорових дітей.

Література:

1. Куцінко О. Синдром гіперактивності у дітей і школа XXI століття. *Психологія*. Київ : Шкільний світ, 2010. № 2. 3–8 с.
2. Attention deficit disorder / E. Taylor et al. London : The British Psychological Society, 2009. 662 p.
3. Barkley R. Classroom accommodations for children with ADHD. *The Guilford Press The ADHD Report*. 2008. № 7. P. 7–9.
4. Barkley R. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. New York : Guilford Press, 2006. 770 p.
5. Barkley R. ADHD and the nature of self-control. New York : Guilford Press, 2005. 410 p.
6. Barkley R. Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents. New York : Guilford Press, 2013. 363 p.
7. Barragán E., Breuer D., Döpfner M. Efficacy and Safety of Omega-3/6 Fatty Acids, Methylphenidate, and a Combined Treatment in Children With ADHD. *Journal Of Attention Disorders*. 2017. № 21: 5. P. 433–441.
8. Nonpharmacological Interventions for ADHD: Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials of Dietary and Psychological Treatments / J. Edmund et al. URL: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2012.120709>.
9. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1999. № 56. P. 1073–1086.
10. Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice : a randomized controlled study / B. Van den Hoofdakker et al. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*. 2007. № 46. P. 1263–1271 p.
11. Howard A., Kennedy T., Macdonald E. Depression and ADHD-Related Risk for Substance Use in Adolescence and Early Adulthood: Concurrent and Prospective Associations in the MTA Abnorm Child Psychol. 2019. № 47 (12). P. 1903–1916.
12. Байкочова К. Особливості навчання дітей із синдромом дефіциту уваги і гіперактивності у початковій школі. *Проблеми сучасної педагогічної освіти. Педагогіка і психологія*. 2012. Вип. 37 (2). С. 170–177.
13. Гончаренко Н. Історія виникнення поняття «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю». URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v10/i26/18.pdf>.
14. Касьян М. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю як клініко-психологічна проблема. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова*. Серія 19 «Корекційна педагогіка та спеціальна психологія». 2012. Вип. 21. С. 368–371.

15. Косарева О. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю: причини виникнення та шляхи корекції. *Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти*. 2014. Вип. 8. С. 51–54.
16. Перепада О. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності як методико-психологічна проблема. *Проблеми сучасної психології* : збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України. 2010. № 10. С. 591–601.
17. Ткач Б. Нейропсихологічний підхід до розуміння синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю: етіологія, діагностика, корекція. *Актуальні проблеми психології. Психологія творчості*. 2015. № 2. С. 293–303.
18. Поліщук Ю. Дослідження особливостей гіперактивних дітей молодшого шкільного віку. *Єдність навчання і наукових досліджень – головний принцип університету* : збірник наукових праць Звітно-наукової конференції викладачів університету за 2012 р., 9–10 лютого 2013 р. / укл. : Г. Волинка, О. Уваркіна, О. Ємельянова. Київ : Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2013. С. 190–192.
19. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD / J. Kooij et al. *European Psychiatry*. 2019. № 56. P. 14–34.
20. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children: A short review and literature / B. Hoseini et al. *International Journal of Pediatrics*. 2014. № 2 (12). P. 445–452.
21. A follow-up study of relational processes and consultation outcomes for students with ADHD / W. Erchul et al. *School Psychology Review*. 2009. № 38. P. 28–37.
22. Bjornstad G., Montgomery P. Family therapy for attention-deficit disorder or attention-deficit / hyperactivity disorder in children and adolescents. *Cochrane Data Base Of Systematic Reviews*. 2005. 25 p.
23. Clarfield J., Stoner G. The effects of computerized reading instruction on the academic performance of students identified with ADHD. *School Psychology Review*. 2005. № 34. 246–254 p.
24. Dupaul G., Weyandt L., Janusis G. ADHD in the classroom: Effective intervention strategies. *Theory Into Practice*. 2011. № 50: 1. P. 35–42.
25. Mautone J., DuPaul G., Jitendra A. The effects of computer-assisted instruction on the mathematics performance and classroom behavior of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*. 2005. № 8. P. 301–312.

Baiier O. O., Ositkovska O. O. Specifics of behaviour therapy for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Europe

The matter of methodological supplies for specialists working with ADHD children in Ukraine is getting more acute as well as for those with other variants specifics of development. The available set of measures is either non-efficient or outdated. The example is a number of tests for a psychologist, which a very active child cannot tolerate.

The paper gives a short review of the relevant foreign literature as for behaviour therapy for ADHD children. A brief outlook is given as for pharmacological therapy considering the physiology of the syndrome. Structural characteristics of psychological treatment of ADHD are analysed as well as the parts of behaviour therapy (family intervention, school-based intervention and peer influence). The advantages and disadvantages of this method are discussed, and the issues of combined treatment of attention deficit hyperactivity disorder are highlighted.

Family intervention arrears to be the most popular treatment measure with school-based intervention being the second in popularity. The reason of this lies in evident accessibility and feasibility of realisation of the relevant programs.

Formation of habits necessary in future (like doing one's bed, doing the dishes, brushing one's teeth twice a day and the like) is supposed to be a part of family intervention. School-based intervention includes school adaptation and socialisation, discipline formation, and academic achievement enhancement.

Meanwhile, the program of peer influence is not developed that well. The object of the program is a peer who assists a hyperactive child in socialisation and formation of communication with others.

Foreign methods of behaviour therapy appear to be more efficient that is proved by many years of investigation. Therefore, learning them and taking foreign experience is an important step in creating a renovated methodological base both for students of pedagogical and psychology major and for development of specialists working in this field in Ukraine.

Key words: ADHD treatment, pharmacology treatment, school-based intervention, family intervention, peer influence, combined treatment.