

М. І. Мушкевич

## ОСОБЛИВОСТІ ПІЗНАВАЛЬНОЇ СФЕРИ ДІТЕЙ ІЗ ГІПЕРАКТИВНИМ РОЗЛАДОМ ТА ДЕФІЦИТОМ УВАГИ

У статті розкрито теоретичний і практичний аналіз особливостей пізнавальної сфери дітей із гіперактивним розладом та дефіцитом уваги. Описано результати дослідження з використання клінічних методів і спеціально підібраних методик. Виділено основні проблемні зони, які стосуються сприймання, уваги та мислення цієї категорії дітей.

**Ключові слова:** гіперактивний розлад та дефіцит уваги, сприймання, увага, пам'ять, мислення, дрібна моторика, поведінкова дисфункція, мозкова дисфункція, емоційний розлад, психічний розвиток.

**Мушкевич М. И. Особенности познавательной сферы детей с нарушением с гиперактивным дефицитом внимания.** Статья представляет теоретический и практический анализ особенностей познавательной сферы детей с нарушением с гиперактивным дефицитом внимания. Описаны результаты исследования с использованием клинических методов и специально подобранных методик. Выделены основные проблемные зоны, которые касаются восприятия, внимания, мышления этой категории детей.

**Ключевые слова:** нарушение с гиперактивным дефицитом внимания, восприятие, внимание, мышление, память, мелкая моторика, дисфункция поведения, мозговая дисфункция, эмоциональное расстройство, психическое развитие.

**Mushkevych M. I. Features of Cognitive Sphere of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** Article represents the theoretical and practical analysis of cognitive sphere of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Results of research with clinical methods and specially organized techniques are described. The basic problem zones of this category of children (perceptions, attention, thinking) are allocated.

**Key words:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder, perception, attention, memory, motility, behavior dysfunction, brain dysfunction, emotional frustration, mental development, thinking.

**Постановка наукової проблеми.** Історія вивчення гіперактивного розладу та дефіциту уваги має недовгий період, що складає близько 150 років. У 1845 р. Г. Гофман, німецький невропатолог, виклав у своїй книзі для дітей один із перших випадків гіперактивності. Самі ж симптоми гіперактивності були вперше описані як розлад у 1902 р. англійським лікарем Д. Стіллом, який уважав, що поява симптомів викликана слабкою “гальмівною вольовою спрямованістю” і “недостатнім моральним контролем” [6, 131].

Інший погляд на ГРДУ сформувався після епідемії енцефаліту (мозкової інфекції) у 1917–1918 рр. у США, унаслідок якої в багатьох дітей, які вижили, з'явилися різноманітні проблеми з поведінкою (включаючи дратівливість, порушення уваги, ослаблений контроль моторики та гіперактивність). Ці й інші діти, які перенесли мозкові інфекції, родову травму, травму головного мозку або отруєння токсинами та в яких спостерігалися проблеми з поведінкою, були об'єднані терміном “діти із синдромом пошкодження мозку”, який пов'язували із затримкою розумового розвитку [6, 131].

**Аналіз останніх досліджень із цієї проблеми.** До теперішнього часу не було єдиної точки зору стосовно назви цього захворювання. Інколи автори вкладали в один і той же термін дуже різний зміст. Так, французькі автори П. Бонуар та Ж. Філіпп у книзі “Психологічні аномалії учнів” серед “психічно ненормальних учнів” поряд із відсталими, епілептиками, астеніками, істериками, виділяли й так званих нестійких учнів [1, 15]. Історія вивчення мінімальної мозкової дисфункції пов'язана також із дослідженнями Е. Канна (1934). Спостерігаючи дітей шкільного віку з такими розладами поведінки, як рухова розгальмованість, відволікання, імпульсивність поведінки, він висловлював припущення, що причиною цих змін є пошкодження головного мозку невідомої етіології, і запропонував термін “мінімальне мозкове пошкодження” [2].

**Виклад основної частини дослідження.** Незважаючи на те, що вивченням невротичних відхилень поведінки й труднощів навчання займалося багато вчених, довгий час не існувало наукового визначення таких станів. Були періоди спаду й підвищеного інтересу до цієї проблеми. У 1947 р. педіатри намагалися дати чітке клінічне обґрунтування так званим гіперрухливим дітям, у яких часто виникали проблеми з навчанням. Однак питання про термінологію цього стану залишилося відкритим. Надалі термін “мінімальна мозкова дисфункція” отримав поширення в 1960-х роках, коли його почали застосовувати до групи різних за етіологією та патогенезом станів, які супроводжувалися розладами поведінки й труднощами в спілкуванні, не пов'язаними із загальною відсталістю інтелектуального розвитку [2].

Такий термін, як “легка дисфункція мозку”, з'явився в періодичному медичному друці в 1963 р. після наради міжнародних експертів-неврологів, яка проводилася в Оксфорді. Щонайменше 100 клінічних проявів входило в поняття “легка дисфункція мозку”, включаючи

дисграфію (порушення письма), дизартрію (порушення артикуляції мови), дискалькулію (порушення рахування), гіперактивність, недостатню концентрацію уваги, агресивність, незграбність, інфантильну поведінку та ін. У 1966 р. S. D. Clements дав таке визначення цього захворювання в дітей: Це захворювання із середнім чи близьким до середнього інтелектуальним рівнем, з порушеннями поведінки від легкої до вираженої міри в поєднанні з мінімальними відхиленнями в центральній нервовій системі, які можуть характеризуватися різними поєднаннями порушень мови, пам'яті, контролю уваги, рухових функцій. На його думку, індивідуальні відмінності в дітей можуть бути результатом генетичних відхилень, біохімічних порушень, інсультів у пренатальному періоді, захворювань чи травм у період критичного розвитку центральної нервової системи та інших органічних причин невідомого походження [1, 15].

У сімдесятих роках В. Дуглас довела, що, окрім гіперактивності, основними симптомами ГРДУ є дефіцит уваги й слабкий контроль імпульсивності. Ця теорія була досить поширеною та зробила значний вплив на визначення основних діагностичних критеріїв DSM для ГРДУ [6, 132].

Значно пізніше почали вивчати цю проблему вітчизняні лікарі. Відомий педіатр Ю. Ф. Домбровська під час виступу на симпозіумі, присвяченому ролі психогенного фактора в походженні, протіканні й лікуванні соматичних захворювань, який відбувся в 1972 р., виділила групу дітей, яких “важко виховувати”, котрі завдають багато проблем батькам і педагогам [8, 25].

У 1980 р. Американською асоціацією психіатрів розроблено робочу класифікацію – DSM-IV, згідно з якою випадки, описані раніше як мінімальна мозкова дисфункція, запропоновано розглядати як синдром дефіциту уваги й синдром гіперактивності. Основною передумовою був той факт, що найбільш часті та найбільш значимі симптоми мінімальної мозкової дисфункції включали порушення уваги й гіперактивності. В останній класифікації DSM-IV ці синдроми об'єднані під однією назвою “синдром дефіциту уваги/гіперактивності”. У МКБ-10 синдром розглядається в розділі “Емоційні розлади і розлади поведінки, які починаються зазвичай в дитячому і підлітковому віці” в підрозділі Порушення активності і уваги (F90.0) і Гіперкінетичний розлад поведінки (F90.1) [5; 11].

**Актуальність проблеми дослідження** визначається тим, що, незважаючи на достатню увагу щодо походження й причин ГРДУ, знайти чіткі відповіді на ці питання дуже складно, оскільки діагностична практика не стандартизована, а дослідження вкрай ускладнені. Вивчення природи ГРДУ приводить до створення цікавих теорій, що моделюють можливі механізми та причини цього розладу (М. Алворд, Г. Бейкер, Є. К. Лютова, Г. Б. Маніна, В. Окленд, О. Романчук, Т. В. Сак, Є. Суковський, Д. А. Фарбер й ін.). Так чи інакше, але на сьогодні гіперактивний розлад із дефіцитом уваги трактують як комплексний хронічний розлад мозкових функцій, який проявляється в різних областях функціонування і поведінки. Аналіз теоретичної літератури дав нам змогу виділити три основні діагностичні критерії ГРДУ, які з роками змінюються, а саме: порушення уваги, імпульсивність, гіперактивність [4, 87; 7, 228; 9, 57].

З аналізу теоретичних підходів можемо зробити висновок, що в тих випадках, коли під час дослідження виключені розлади сприймання, психологічні й соціальні перешкоди, низький інтелект і погане викладання, причина поганої успішності – найшвидше, гіперактивний розлад із дефіцитом уваги. У своєму дослідженні ми поставили за мету описати досвід особливостей власної роботи з дітьми дошкільного віку з ГРДУ, де акцент робився на вивченні пізнавальної сфери. Практична робота, яка включала психодіагностику та психотерапію, проводилася на базі консультативного центру при кафедрі медичної психології та психодіагностики факультету психології Волинського національного університету імені Лесі Українки. Дослідження проводилося протягом двох років (2007–2009 рр.). Вибіркову сукупність складала 12 дітей із ГРДУ дошкільного віку (5–6 років). Серед них було 66,6 % (вісім осіб) дівчаток і 34,4 % (чотири особи) хлопчиків. Кожній дитині був уже встановлений діагноз психіатром – ГРДУ.

Усі діти (100 %) були з повних сімей. Але, як зазначали батьки (в основному мами), сімейні стосунки були переважно дисфункційними: алкоголезалежність, агресивність, цілковита зайнятість роботою, незацікавленість життям дітей, байдужість до сім'ї в цілому (загалом тато).

ГРДУ є хронічним позитивним розладом, і тому наша допомога дітям дошкільного віку з ГРДУ базувалася на концепції довготривалого супроводу сім'ї та дитини. Робота з дітьми носила диференційований характер, включаючи вік і стать дитини, рівень її розумо-

вого та загального розвитку, індивідуальні особливості кожної й особливості функціонування сім'ї. У діагностичному процесі ми використовували методи спостереження, клінічного інтерв'ю, тестування, ігротерапію.

За допомогою клінічного інтерв'ю визначили основні скарги батьків: дитина надмірно активна, метушлива, не може спокійно сидіти, бігає, схоплюється з місця без дозволу дорослих, не може грати в тихі ігри, спокійно відпочивати, не може дочекатися черги, перебиває розмову інших, викрикує відповідь, не дослухавши запитання до кінця, втручається в розмову дорослих, не чує, коли до неї звертаються, не доводить розпочату справу до кінця, спочатку робить, а потім думає і т. п. Відчувалося роздратування батьків через те, що вони не могли справитися з поведінкою дитини, навіть застосовуючи покарання, заборону, крик. Намагаючись підготувати дитину до школи, батьки займалися з нею вдома. Але діти не могли виконати поставлені перед ними завдання, які, на думку батьків, повинна виконувати "нормальна" дитина дошкільного віку, наприклад порахувати 8–10 предметів, знайти відмінності на картинках і т. п. Це й було головною скаргою в більшості випадків. Вислухавши скарги батьків, ми зробили припущення про наявність у дітей, окрім ГРДУ, затримки психічного розвитку.

Із бесіди з батьками ми дізналися про особливості виховання дітей, взаємовідносини між дітьми й батьками. Питання щодо стилю виховання ми задавали й дітям. Із їхніх слів ми зрозуміли, що основним стилем виховання був авторитарний (кричали та карали заборонами, наприклад не давали іграшки, не дозволяли дивитися мультфільми, а іноді могли поставити в куток), хоча досить часто батьки використовували й демократичний стиль. Із розмови з дітьми ми зрозуміли, що в них більш тісні стосунки з мамою, ніж із татом. Це ж підтверджували результати методики Рене Жиля. Із розмови з батьками ми дізналися, що в дітей немає захворювань, які могли б викликати порушення поведінки та уваги, і вони не вживали медичних препаратів, що могли б викликати подібні порушення.

Початковий етап роботи з дитиною полягав у адаптації дітей до нових умов, у їх звиканні до місця занять. Важливим для нас було встановлення в процесі розмови з дитиною стосунків співпраці, довіри. Це було не зовсім легко, адже діти були трохи пригнічені досвідом їх негативного сприйняття іншими дорослими й налаштовані на

чергову “порцію” звинувачень та критики. Негативні реакції оточуючих на деякі поведінкові прояви призводили до виникнення в дітей тривожності, недовіри, невпевненості, заниженої самооцінки, тому ми намагалися показати кожній дитині, що ми її не збираємося звинувачувати, засуджувати, а, навпаки, розуміємо, віримо в неї й будемо намагатися допомогти. Звідси випливає, що клінічне інтерв'ю з дитиною містить психотерапевтичний момент. Хочемо наголосити, що наше клінічне інтерв'ю включало моменти ігротерапії.

Під час проведення психологічного дослідження дітям було важко. Вони не могли спокійно сидіти більше 10–15 хвилин, починали вигадувати різні причини, щоб припинити заняття. Відмовки були найрізноманітнішими. Діти казали, що хочуть пити, їсти, спати, їм болить живіт, вони дуже втомилися роботою вдома чи в дитячому садку, іноді навіть плакали. Також яскравими були прояви імпульсивності: діти перебивали, могли без дозволу встати під час заняття й робити те, що їм хотілося, наприклад гратися іграшками.

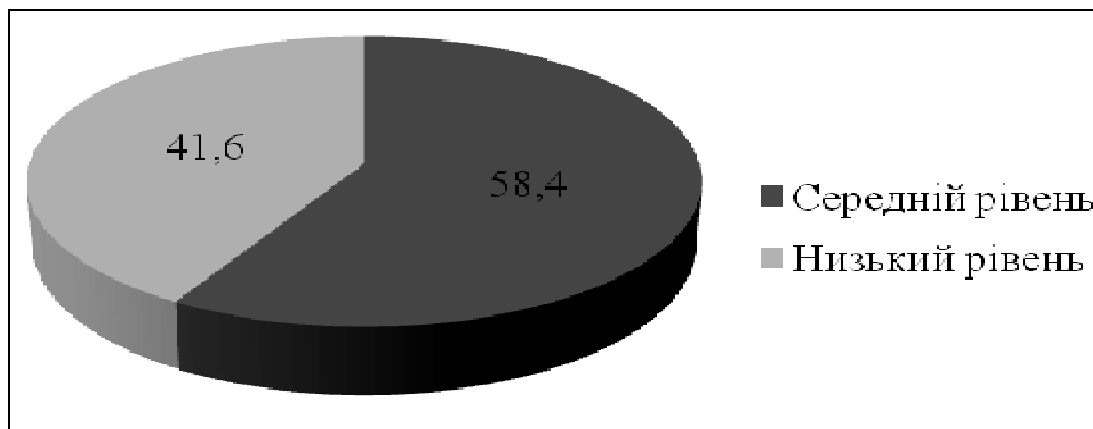
Наступним етапом нашої роботи було психологічне обстеження, у процесі якого ми досліджували рівень розумового розвитку дитини, проводили діагностику пізнавальних процесів, зокрема сприймання, уваги, пам'яті, мислення.

Дослідження розумового розвитку проводили з метою підтвердження чи заперечення раніше сформульованої нами гіпотези про наявність у дітей затримки психічного розвитку. Результати, отримані за допомогою проведення шкали тестів розумового розвитку А. Біне – Т. Сімона, показали, що в жодної дитини немає затримки психічного розвитку, а показник розумового розвитку в усіх перевищує хронологічний вік (найбільшою мірою на 1 р. 2 міс., а найменша різниця – 2 міс.). Жодний із досліджених не мав нижчого рівня розумового віку за хронологічний. Таким чином, ми відкинули затримку психічного розвитку як причину розладу поведінки та уваги в дітей.

Далі ми проводили діагностику пізнавальних процесів. Для цього використовували комплекс методик. Загалом, діагностика потребувала більше часу, ніж потрібно було б під час проведення методик із дітьми без розладів поведінки та уваги. Дошкільнята відволікалися, їх увагу треба було постійно привертати до виконання завдань, тому й часу затрачалося більше, хоча загалом діти добре справлялися з поставленими перед ними завданнями.

Результати діагностики сприймання свідчили, що в 58,3 % дітей середній рівень сприймання, а в 41,6 % – низький. Вони здатні

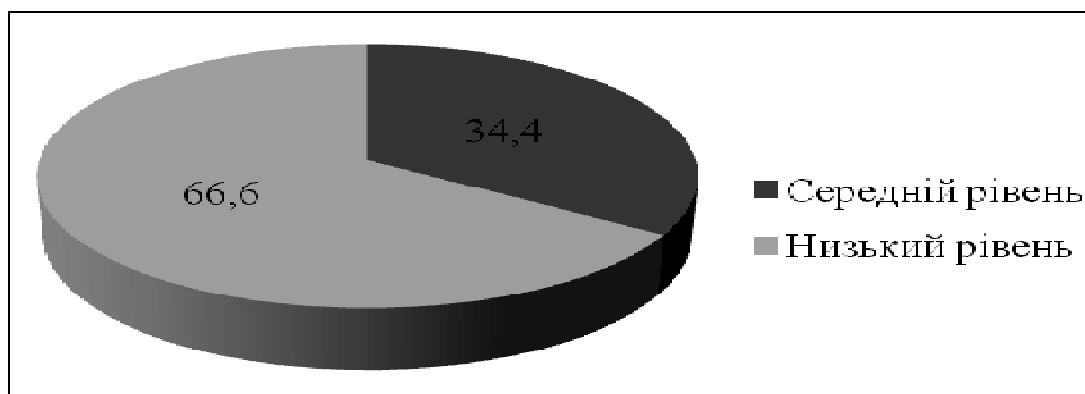
сприймати цілісний образ, могли порівняти предмети за розміром (ширше – вужче, довше – коротше, вище – нижче) та формою (кругле, квадратне, трикутне), але для цього їм потрібно більше часу, ніж відводиться на виконання завдань у методиках для представленої вікової категорії. Дані цього дослідження показані на рис. 1.



**Рис. 1.** Результати дослідження сприймання дітей із ГРДУ, %

Таким чином, можемо зробити висновок, що діти з ГРДУ мають порушення у сфері сприймання. Ніхто з них не мав високого рівня сприймання, а лише середній і низький.

Як було видно з результатів проведення коректурної проби, у 66,6 % дітей низький рівень концентрації та стійкості уваги й у 34,4 % – середній. Результати цього дослідження представлені на рис. 2.

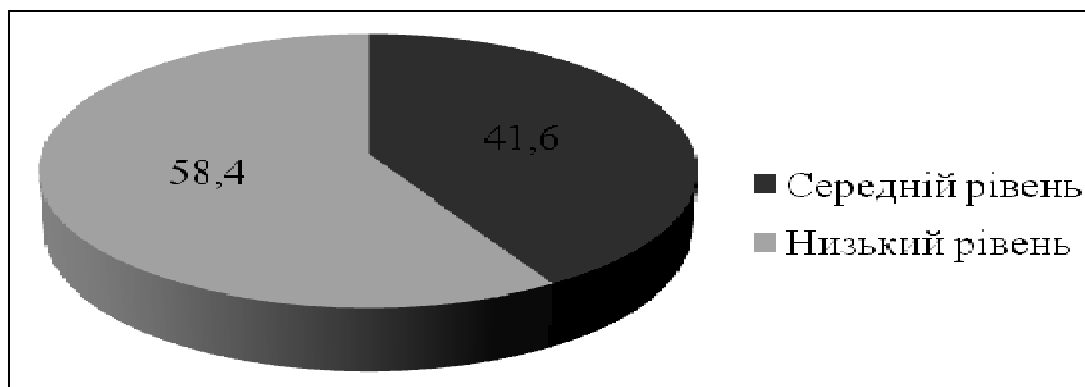


**Рис. 2.** Показники рівня уваги дітей із ГРДУ, % (коректурна проба)

Тобто, увага дітей із ГРДУ перебуває переважно на низькому рівні розвитку, у них низька концентрація та стійкість уваги.

Під час виконання методики “Переплутані лінії” виникли значні труднощі. Діти не могли слідкувати за лінією й віднайти правильну відповідь. Під час проведення методики “Знайди відмінності” діти не зосереджувалися, постійно відволікалися на сторонні подразники, тому й не могли знайти всі відмінності на картинках. Ми встановили,

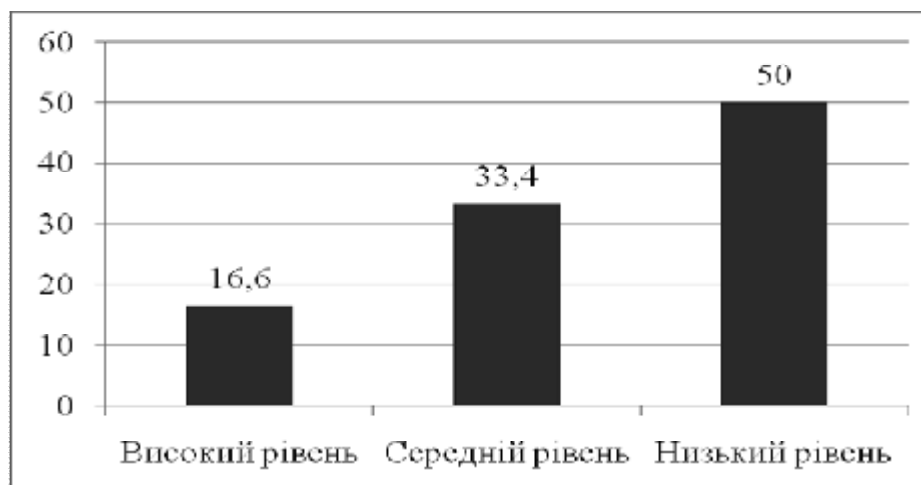
що в 53,8 % (сім осіб) досліджуваних дітей низький рівень уваги, а у 41,6 % (п'ять осіб) – середній. Дані обстеження представлені на рис. 3.



**Рис. 3.** Показники рівня уваги дітей із ГРДУ, %  
(методика “Знайди відмінності”)

Як бачимо, більшості дітей із ГРДУ властивий середній рівень зосередженості та вибіркової уваги.

Що стосується пам'яті, то ми проводили діагностику різних видів пам'яті, зокрема зорової й слухової (пам'ять на слова та пам'ять на числа). Із результатів методики “Запам'ятай картинки” видно, що високий рівень зорової пам'яті у 16,6 % дітей, середній – у 50 %, низький – у 33,4 %. Ці дані представлені на рис. 4.



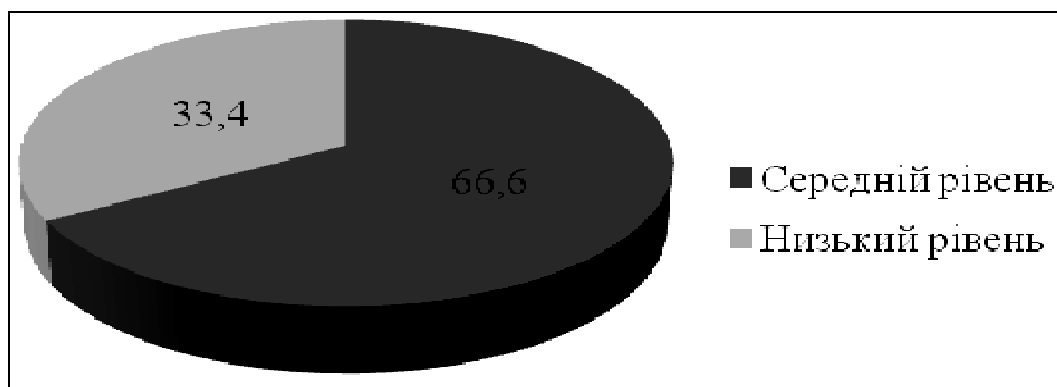
**Рис. 4.** Показники рівня зорової пам'яті дітей із ГРДУ, %  
(методика “Запам'ятай картинки”)

Із рис. 4 видно, що в досліджуваних різних рівень розвитку короткочасної зорової пам'яті. Проте в більшості дошкільників виявлено низький рівень, тобто вони погано запам'ятовують нову інформацію.

Провівши методику “Запам'ятай числа”, ми з'ясували, що у всіх дітей низький рівень слухової пам'яті на числа. Вони не могли запам'ятати більше п'яти цифр. Дані методики “Запам'ятай слова”,



які представлені на рис. 5, свідчать про те, що в 66,6 % дітей (вісім осіб) – середній рівень слухової пам'яті на слова, а в 33,4 % (чотири особи) – низький.



**Рис. 5.** Показники рівня слухової пам'яті дітей із ГРДУ, %  
(методика "Запам'ятай слова")

Слухова пам'ять у дітей із ГРДУ в основному перебуває на середньому рівні розвитку, а це означає, що дітям важко запам'ятати нову почуту інформацію й основна її частина втрачається. Отже, ми зробили висновок, що в дітей із ГРДУ є порушення пам'яті, а також, як видно з результатів дослідження, зорова пам'ять розвинена краще, ніж слухова, а пам'ять на слова – краще, ніж пам'ять на числа.

Дослідження мислення ми проводили за допомогою методик "Небилиці", "Що тут зайве?". Під час виконання завдань діти постійно відволікалися від завдань, тому їх увагу доводилося зосереджувати. Коли ми зачитували твердження з методики "Небилиці", вони їх не чули й доводилося повторювати декілька разів. Такі ж проблеми виникли й тоді, коли ми проводили методику "Що зайве?". Відповіді дітей включали велику кількість помилок. Загалом, за результатами обох діагностичних методик в усіх дітей (100 %) середній рівень образно-логічного мислення, розумової операції аналізу й узагальнення, аналітико-синтетичної діяльності сигнальних систем.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Отже, аналіз теоретичної літератури та проведене нами дослідження, дали нам змогу виділити такі особливості пізнавальної сфери дітей дошкільного віку з ГРДУ:

- порушення уваги проявляється в нездатності зберігати увагу, відволіканні, неспроможності довести справу до логічного кінця. Увага дітей із ГРДУ перебуває переважно на низькому рівні розвитку, особливо це стосується концентрації та стійкості

- ті уваги, тоді як зосередженості й вибіркової уваги властивий середній рівень;
- порушення пам'яті характеризується притаманними випадками забування того, що потрібно зробити; у цілому зорова пам'ять дітей розвинена краще, ніж слухова, а пам'ять на слова – краще, ніж пам'ять на числа;
  - порушення тонкої моторики призводить до низького рівня виконання завдань із олівцями чи під час письма;
  - не виявлено затримки психічного розвитку, а показник розумового розвитку в усіх дітей перевищує хронологічний вік;
  - сприймання в більшості перебуває на середньому та низькому рівнях;
  - мислення перебуває на середньому рівні, і це стосується образно-логічного мислення, розумової операції аналізу й узагальнення, аналітико-синтетичної діяльності сигнальних систем.

Тобто можемо зробити **висновок**, що в пізнавальній сфері основними проблемними зонами є сприймання, увага та пам'ять. Саме ці процеси потребують постійної психологічної стимуляції. Наші подальші дослідження будуть спрямовані на вивчення особливостей психічного розвитку й пізнавальної сфери дітей дошкільного віку з ГРДУ із врахуванням різних типів сімейного функціонування (функційна, дисфункційна, псевдофункційна сім'я) та стилів батьківського виховання (демократичний, авторитарний, ліберальний).

#### *Література*

1. Брызгунов И. П. Непоседливый ребенок, или Все о гиперактивных детях / И. П. Брызгунов, Е. В. Косатикова. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2001. – 96 с.
2. Глезерман Т. Б. Мозговые дисфункции у детей : нейропсихологические аспекты / Т. Б. Глезерман. – М. : Наука, 1983. – 239 с.
3. Кошелева А. Д. Диагностика и коррекция гиперактивности ребенка / А. Д. Кошелева, Л. С. Алексеева. – М. : НИИ Семьи, 1997. – 64 с.
4. Лютова Е. К. Шпаргалка для взрослых : психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е. К. Лютова, Г. Б. Манина. – М. : Генезис, 2000. – 192 с.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – К. : Факт, 1999. – 279 с.
6. Мэш Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф. – СПб. : ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с.
7. Окленд В. Окна в мир ребенка : руководство по детской психологии / В. Окленд. – М. : Независимая фирма "Класс", 2000. – 336 с.

8. Раттер М. Помощь трудным детям / Раттер М. – М. : Педагогика-Пресс, 1992. – 256 с.
9. Сак Т. В. Особлива дитина: від народження до 6 років : поради батькам / Т. В. Сак. – К. : Літера ЛТД, 2008. – 144 с.
10. Суковський Є. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей : poradnik для батьків / Є. Суковський. – Л. : Колесо, 2008. – 144 с.
11. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (Text Revision). – Washington, DC : Amerikan Psychiatric Association, 2000. – 943 p.

v