

Журнал «Перспективи та інновації науки»
(Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)
№ 10(44) 2024

УДК 159.9

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10\(44\)-1098-1111](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10(44)-1098-1111)

Чумаченко Олександр Юрійович кандидат біологічних наук, доцент, Миколаївський інститут розвитку людини університету «Україна», доцент кафедри психології, спеціальної освіти та здоров'я людини, вул. 2 Військова, 22, м. Миколаїв, <https://orcid.org/0000-0001-8061-7964>

Донченко Ольга Сергіївна кандидат психологічних наук, доцент, Бердянський державний педагогічний університет, доцент кафедри дошкільної освіти, вул. Жуковського, 66, м. Запоріжжя, <https://orcid.org/0000-0002-0863-285X>

Поліщук Світлана Петрівна кандидат психологічних наук, доцент, Український державний університет імені Михайла Драгоманова, доцент кафедри психосоматики та психології здоров'я, вул. Пирогова, 9, м. Київ, <https://orcid.org/0009-0000-4959-0126>

Шарова Олена Андріївна фрілансер, позаштатний фахівець з управління людськими ресурсами, персоналом організації; коуч для роботи з мотивацією, вул. Михайла Драгомирова, буд. 15/84, м. Київ, <https://orcid.org/0009-0002-9594-2406>

Хімчук Ліліана Іванівна доктор педагогічних наук, кандидат психологічних наук, професор, Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, професор кафедри психології розвитку, вул. Шевченка, 57, м. Івано-Франківськ, <https://orcid.org/0000-0002-9243-3131>

ПСИХОДІАГНОСТИКА ГІПЕРАКТИВНОСТІ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Анотація. Соціально-економічне неблагополуччя населення, погіршення обстановки у сім'ях, зростання асоціальних тенденцій у суспільстві сприяють збільшенню кількості дітей із прикордонними психічними розладами. Чимало дітей, які вступають до школи, характеризується гіперактивністю та підвищеною емоційною збудливістю, які поєднуються з нестійкістю уваги, відволіканням, порушеннями цілеспрямованої діяльності. Даний розлад у Міжнародній класифікації хвороб (МКБ-10, 1992) носить назву «синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю» (СДУГ). СДУГ (синдром дефіциту уваги та гіперактивності) - це розлад нейророзвитку. СДУГ характеризується стійкими моделями гіперактивності, неуважності та імпульсивності, які можуть заважати повсякденному функціонуванню або розвитку. Симптоми СДУГ

донедавна розглядалися в загальній клінічній картині мінімальних мозкових дисфункцій. Проте висока поширеність дитячої популяції призвела до необхідності виділення їх у окрему нозологічну одиницю.

Педагоги, психологи та батьки дошкільних освітніх закладів досить часто останнім часом зустрічаються з порушеннями у поведінці дітей. Порушення поведінки можуть бути викликані різними причинами, і одною із них є діагноз «гіперактивність». Такі дошкільнята вимагають підвищеної уваги з боку дорослих та особливого підходу у вихованні. Гіперактивність у дітей дошкільного віку, що виражається в підвищеній руховій активності та збудливості, є медичною та педагогічною проблемою. Гіперактивні діти мають специфічні особливості, зумовлені особливостями розвитку їхньої нервової системи. Вони непосидючі, збудливі, що проявляється у підвищеній руховій активності. Внаслідок цього, гіперактивні діти дошкільного віку не здатні тривалий час утримувати увагу на занятті яким-небудь одним видом діяльності та вимагають постійного контролю з боку вихователя.

Дане дослідження присвячене вивченню проблеми діагностики гіперактивності у дошкільному віці. В роботі актуалізується необхідність використання сучасних методів діагностики гіперактивності, наведено огляд сучасних методів діагностики гіперактивності та результати експериментального дослідження прояву гіперактивності у дітей дошкільного віку.

Ключові слова: гіперактивність, психолого-педагогічна діагностика, сучасні методи діагностики гіперактивності, дошкільний вік.

Chumachenko Oleksandr Yuriyovych candidate of biological sciences, associate professor, Mykolaiv Institute of Human Development of the University "Ukraine", Associate Professor of the Department of Psychology, Special Education and Human Health, St. 2 Voiskova, 22, Mykolaiv, <https://orcid.org/0000-0001-8061-7964>,

Donchenko Olha Serhiyivna PhD in Psychology, Berdyansk State Pedagogical University, associate professor of the department of preschool education, 66, Zhukovs`ki St., Zaporizhzhia, <https://orcid.org/0000-0002-0863-285X>

Polishchuk Svitlana Petrivna PhD in Psychology, Associate Professor, Drahomanov Ukrainian State University, Associate Professor of the Department of Psychosomatics and health psychology, Pirogov St., 9, Kyiv, <https://orcid.org/0009-0000-4959-0126>

Sharova Olena Andriivna freelance specialist in the management of human resources, personnel of the organization; a coach for working with motivation, Mihailo Dragomuriv St., 15/84, Kyiv, <https://orcid.org/0009-0002-9594-2406>

Khimchuk Liliana Ivanivna doctor of pedagogical sciences, candidate of psychological sciences, professor, Vasyl Stefanyk Precarpathian National University, professor of the Department of Developmental Psychology, St. Shevchenko, 57, Ivano-Frankivsk, <https://orcid.org/0000-0002-9243-3131>

PSYCHODIAGNOSTICS OF HYPERACTIVITY IN PRESCHOOL CHILDREN

Abstract. The socio-economic disadvantage of the population, the deterioration of the situation in families, the growth of antisocial trends in society contribute to the increase in the number of children with borderline mental disorders. Many children who enter school are characterized by hyperactivity and increased emotional excitability, which are combined with instability of attention, distraction, and disorders of purposeful activity. This disorder in the International Classification of Diseases (ICD-10, 1992) is called "attention deficit hyperactivity disorder" (ADHD). ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) is a neurodevelopmental disorder. ADHD is characterized by persistent patterns of hyperactivity, inattention, and impulsivity that may interfere with daily functioning or development. Until recently, the symptoms of ADHD were considered in the general clinical picture of minimal brain dysfunctions. However, the high prevalence of the pediatric population led to the need to separate them into a separate nosological unit.

Teachers, psychologists and parents of preschool educational institutions quite often recently come across disorders in children's behavior. Behavioral disorders can be caused by various reasons, and one of them is the diagnosis of "hyperactivity". Such preschoolers require increased attention from adults and a special approach in education. Hyperactivity in preschool children, expressed in increased motor activity and excitability, is a medical and pedagogical problem. Hyperactive children have specific features due to the peculiarities of the development of their nervous system. They are restless, excitable, which is manifested in increased motor activity. As a result, hyperactive preschoolers are not able to maintain attention on any one activity for a long time and require constant supervision by the teacher.

This study is devoted to the study of the problem of diagnosis of hyperactivity in preschool age. The paper highlights the need to use modern methods of diagnosing hyperactivity, provides an overview of modern methods of diagnosing hyperactivity and the results of an experimental study of the manifestation of hyperactivity in preschool children.

Keywords: hyperactivity, psychological and pedagogical diagnosis, modern methods of diagnosis of hyperactivity, preschool age.

Постановка проблеми. Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій (IACAPAP) визнала гіперактивність пробле-

мою номер один у сфері охорони здоров'я дітей. Число дітей із цим діагнозом постійно зростає. На наш погляд, діагностику та профілактичні заходи необхідно проводити вже на ранніх етапах розвитку дитини. Незважаючи на те, що такі якості, як неухважність, імпульсивність і гіперактивність досить поширені в загальній популяції і можуть являти собою змінні патерни нормального розвитку, у деяких індивідів відзначається характерна течія та поєднання цих симптомів, пов'язане з функціональними порушеннями, добре відомими факторами ризику, аномальним нейропсихологічним функціонуванням та нейробіологічними корелятами. Такі індивіди страждають на синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ), одним з найбільш поширених психічних розладів дитячого та підліткового віку, при цьому у світовому масштабі воно відзначається у 5% дітей віком до 18 років [1].

В останні роки в економічно розвинених країнах найбільше занепокоєння викликає гіпердіагностика СДУГ [2]. У той же час у менш забезпечених умовах цей розлад часто залишається не діагностованим і не лікованим. За даними систематичного огляду соціологічних досліджень, проведених у країнах Латинської Америки та Карибського басейну, відсоткове співвідношення пролікованих дітей із СДУГ становить від 0 до 7% [3]. У країнах, де доступ до медичної допомоги та інформації обмежений, СДУГ, як правило, не діагностується, і батьки разом з іншими родичами самостійно справляються з симптомами настільки, наскільки їм це вдається, наприклад, уникаючи місць або ситуацій у яких, як їм відомо симптоми матимуть найбільш руйнівний характер (наприклад, ресторани або магазини). Дуже часто єдиними, хто спрямовує дитину на лікування, є вчителі. У підлітків і у дорослих фактором, який змушує їх звернутися за допомогою до фахівця, часто є наявність коморбідного розладу. Пацієнти можуть звертатися за консультацію у зв'язку з такими проблемами, як зловживання психоактивними речовинами, депресія або труднощі в міжособистісних взаєминах.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У медичній літературі опис СДУГ зустрічається протягом досить тривалого періоду. Перших дітей, чия поведінка відрізнялася імпульсивністю та гіперактивністю, описав німецький психіатр Heinrich Hofmann (1809-1894). Він назвав цю поведінкову проблему «імпульсивним божевіллям» або «дефектною стриманістю» (дефект придушення). У 1902 р. у журналі *The Lancet* педіатр George Still опублікував статтю, в якій описав дітей із руховим занепокоєнням, проблемами з увагою, складністю контролю імпульсів і потребою у безпосередній нагороді (підкріпленні) [4]. У цій статті він пояснив описані ним поведінкові характеристики тим фактом, що у таких дітей не було уваги до оточуючих, і назвав розлад «дефіцитом морального контролю». Ця історична помилка сприяла виникненню стигми, асоційованої з симптомами СДУГ: дуже часто діти які страждають цим розладом помилково сприймалися, як здатні контролювати свою поведінку і відповідальні за власні симптоми. У наступні десятиліття

синдром асоціювався з ураженням головного мозку, і розлад отримав назву мінімальне пошкодження мозку (англ. minimal brain damage) [5]. Завдяки цьому визначенню розлад набув швидше біологічний, а не моральний статус, але цей статус ґрунтувався на некоректному переконанні, що СДУГ є результатом ушкодження головного мозку. Пізніше було встановлено, що не всі діти мають явні патологічні фізичні зміни, і таким чином розлад отримав назву мінімальної дисфункції головного мозку (англ. minimal brain dysfunction) [6].

У 1934 р. Kramer-Pollnow описав синдром під назвою hyperkinetische Erkrankung (гіперкінетичний розлад), який характеризувався занепокоєнням і патологічно підвищеною відволікальністю [7]. У 1937 р. Bradley вперше описав ефективний метод лікування СДУГ, який може сприяти зниженню гіперактивності, поліпшенню уваги та академічної успішності.

Симптом гіперактивності був використаний у назві розладу, який вперше був включений Всесвітньою організацією охорони здоров'я до Міжнародної класифікації хвороб 9-го перегляду (МКХ-9), як «гіперкінетичний синдром дитячого віку» (згодом у МКХ-10 перейменований на «гіперкінетичний розлад»), а також у друге видання Діагностичного та статистичного керівництва з психічних хвороб Американської асоціації психіатрів (DSM-2) («гіперкінетична реакція дитячого віку»). І тільки в 1980 р. акцент був зроблений також і на неуважності, і була розроблена нова концепція розладу, відповідно до якої воно було визначено як «синдром дефіциту уваги з і без гіперактивності» (DSM-III) і згодом, як «синдром дефіциту уваги та гіперактивності» (DSM-III-R і DSM-IV). Тобто, з цього часу стан надмірної рухової активності (гіперактивність) стали виділяти як самостійне захворювання і внесли до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ) під назвою синдром порушення (або дефіциту) уваги з гіперактивністю (СДУГ). Воно обумовлено порушенням функцій центральної нервової системи дитини і проявляється в тому, що малюкові важко концентрувати та утримувати увагу, у нього виникають проблеми з навчанням та пам'яттю. Викликано це насамперед тим, що мозку такої дитини складно обробляти зовнішню та внутрішню інформацію та стимули.

Мета статті - дослідження присвячене вивченню проблеми діагностики гіперактивності в дошкільному віці та використання сучасних методів діагностики гіперактивності.

Виклад основного матеріалу. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) – розлад уваги з гіперактивністю або гіперактивний розлад з дефіцитом уваги. Це неврологічно-поведінковий розлад розвитку, що починається у дитячому віці. Показники поширеності СДУГ варіюють залежно від використовуваних критеріїв діагностики. За результатами недавнього систематичного огляду, до якого були включені дані зі 120 досліджень з усього світу, цей показник становив 5% для дітей віком до 18 років, 6% серед дітей шкільного віку та 3% у підлітків [1]. У дошкільному віці серед дітей із СДУГ

переважають гіперзбудливість, розсіяність, рухова розгальмованість, підвищена стомлюваність, інфантилізм, моторна незручність, імпульсивність. У школярів на першому плані виступають проблеми навчання та відхилення у поведінці. У підлітковому віці симптоми захворювання можуть спричинити розвиток девіантної поведінки: алкоголізму, наркоманії, правопорушень (табл. 1). Соціальна дезадаптація, різні особистісні розлади можуть стати причиною невдач у дорослому житті. З цього можливо зазначити, що зусилля фахівців мають бути спрямовані на своєчасне виявлення та корекцію цього захворювання. Рання терапія у дитячому віці дозволить не лише подолати відставання у нервово-психічному розвитку дитини, але сприятиме формуванню нормальної поведінки у дорослому віці.

Таблиця 1

Зміна симптомів СДУГ від дитинства до підліткового віку

Симптоми СДУГ	Дошкільні роки	Роки початкової школи	Підлітковий вік
Неуважність	<ul style="list-style-type: none"> • Короткі ігрові епізоди (< 3 хв) • Кидає заняття, не доводячи їх до кінця • Неслухняний 	<ul style="list-style-type: none"> • Коротка діяльність (<10 хв) • Передчасна зміна діяльності • Забудькуватість, дезорганізованість; розгублене оточення 	<ul style="list-style-type: none"> • Нижча наполегливість порівняно з однолітками (< 30 хв) • Нездатність сконцентруватися на деталях завдання • Погане планування
Підвищена активність	<ul style="list-style-type: none"> • «Ураган» 	<ul style="list-style-type: none"> • Прояв стурбованості, коли очікується спокій 	<ul style="list-style-type: none"> • Мітливий
Імпульсивність	<ul style="list-style-type: none"> • Не слухає • Відсутня почуття небезпеки (схоже на прояв опозиційності) 	<ul style="list-style-type: none"> • Не дотримується своєї черги; перебиває інших і випаює відповіді • Безрозсудне недотримання правил • Нещасні випадки; втручання у приватне життя однолітків 	<ul style="list-style-type: none"> • Недостатній самоконтроль • Необдуманий ризик

Джерело: Taylor E., Sonuga-Barke E. (2008). Disorders of attention and activity. In: Ruter M, Bishop D, Pine D et al (eds.) Ruter's Child & Adolescent Psychiatry 5th ed. Oxford: Wiley-Blackwell, p.522.

У табл. 1 представлені найпоширеніші симптоми для різних вікових груп. Оцінку гіперактивності, неуважності та імпульсивності особливо складно проводити у переддошкільному віці, оскільки така поведінка є нормальною для цієї вікової групи; його можна вважати відхиленням від норми тільки тоді, коли така поведінка набуває важких форм, стає домінуючим

і призводить до суттєвого порушення функціонування [8]. У шкільному віці діти із СДУГ часто привертають до себе увагу поганою успішністю та проблемами з увагою; тому їх виявити значно легше, ніж дошкільнят. Гіперактивність має тенденцію до послаблення у підлітковому віці або змінюватися суб'єктивним почуттям внутрішнього занепокоєння.

При проведенні клінічної оцінки необхідно брати до уваги стадію розвитку дитини, так само як і поширеність симптомів (виникнення в одній або більше ситуаціях навколишнього середовища, таких як дім і школа), та переконливі докази клінічно значущого порушення соціального, академічного чи професійного функціонування. Під час обстеження дітей раннього віку важливо оцінити сімейне оточення; у тих випадках, коли має місце хаотичне чи непослідовне виховання, насильство чи занедбаність, діти дуже часто реагують поведінкою дуже схожою на СДУГ. Ігнорування цього факту може призвести до неправильної діагностики.

Основним способом вивчення дитини із дошкільної групи є пряме спостереження. Спостереження дозволяє припустити діагноз, але необхідно пам'ятати, що дитина навіть з найбільш вираженими симптомами може бути спокійною та уважною у незвичайній обстановці, такій як кабінет лікаря. Отже, обстеження повинне фокусуватися на отриманні всієї історії поведінки дитини вдома, під час гри та в школі з раннього дитинства та до моменту обстеження. Звичайна клінічна бесіда (інтерв'ю) дає можливість обговорити те, як батьки та педагоги реагували на труднощі дитини, та виявити стратегії, які спрацювали, та ті, які не спрацювали. Обстеження не повинно обмежуватися лише симптомами СДУГ, слід також розпитувати про супутні симптоми, які можуть виявлятися, наприклад, такі як тривожність, проблеми з настроєм та поведінкою. Батьки не завжди усвідомлюють, наскільки стресова обстановка може засмутити дитину, тому розмова безпосередньо з дитиною може бути важливою частиною обстеження. Супутні розлади є важливою сферою лікування та їх наявність може вплинути на ефективність терапії.

У зв'язку з тим, що клінічні прояви синдрому дуже різноманітні, при його діагностиці використовуються стандартні діагностичні критерії, розроблені Американською психіатричною асоціацією та опубліковані у четвертому виданні «Діагностичного та статистичного посібника з психічних захворювань (DSM-IV)». Діагноз СДУГ ставиться виключно на підставі клінічних даних, при цьому можуть використовуватися діагностичні критерії як DSM-IV [9], так і МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб) [10]. Згідно з встановленими керівними настановами, діагностика синдрому проводиться за двома вимірами: порушення уваги та гіперактивність/ імпульсивність (табл. 2).

Таблиця 2.

Діагностичні критерії СДУГ за допомогою DSM-IV

Діагностичні критерії	Ознака
1. Порушення уваги	1. Дитина неспроможна зосередитися, робить багато помилок через неуважність. 2. Дитині важко підтримувати увагу під час виконання завдань чи під час ігор. 3. Легко відволікається на сторонні стимули. 4. Не може остаточно закінчити поставлене завдання. 5. Слухає, але не чує. 6. Уникає виконання завдань, які потребують постійної уваги. 7. Недостатньо організований. 8. Неважливий, часто губить особисті (шкільні та домашні) речі (олівці, книги, іграшки). 9. Дитина часто забуває (забудькуватість).
2. Гіперактивність/імпульсивність	Гіперактивність характеризується: 1. Надмірною фізичною активністю. 2. Постійним почуттям занепокоєння, що призводить до того, що пацієнти не можуть залишатися нерухомими навіть у тих ситуаціях, коли від них цього очікують. 3. Активністю, не спрямованою на досягнення мети; тобто діяльність безцільна і негативно впливає на оточення (часто встають і безцільно ходять тоді, коли необхідно сидіти на місці, або здійснюють рухи руками і маніпулюють дрібними предметами, коли слід залишатися нерухомими). 4. Частими неспокійними рухами та нездатністю висидіти на одному місці. 5. Нездатністю грати тихо. 6. Недоречною балакучістю, безцільною біганиною і т. ін. Імпульсивність: 7. Часто починає відповідати, не подумавши і навіть не дослухавши питання. 8. Дитина часто не чекає своєї черги в різних ситуаціях. 9. У розмові часто перериває, заважає оточуючим.

Джерело: American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*, Washington, DC: American Psychiatric Association American Psychiatric.

Відповідно до DSM-IV для діагностики СДУГ потрібна щонайменше наявність 6 із 9 симптомів неуважності або 6 з 9 симптомів гіперактивності/імпульсивності. В обох класифікаціях симптоми повинні бути присутніми протягом, як мінімум, 6 місяців до ступеня вираженості, яка не сприяє адаптації і не відповідає стадії розвитку. Відповідно до DSM-IV виділяють три можливі підтипи, ґрунтуючись на наявності або відсутності специфічних симптомів протягом останніх 6 місяців [9]:

- Комбінований підтип (за відповідністю критеріям діагностики неухважності та гіперактивності/ імпульсивності)
- Переважно неухважний підтип (за відповідністю критеріям діагностики дефіциту уваги та невідповідності критеріям гіперактивності/ імпульсивності)
- Переважно гіперактивно-імпульсивний підтип (за відповідністю критеріям діагностики гіперактивності/ імпульсивності та невідповідності критеріям неухважності).

Переважає неухважний підтип частіше зустрічається серед дівчаток і рідше у клінічних умовах, оскільки діти рідше прямують на лікування через неухважність, ніж через гіперактивність. Цей підтип, як правило, асоціюється з низькою академічною успішністю, когнітивними дефіцитами та затримкою розвитку. Переважно неухважні пацієнти часто виглядають як дезорганізовані, тихі, мрійливі (з поглядом, спрямованим у простір). Переважно гіперактивний/імпульсивний підтип рідко зустрічається як у клінічних, так і в амбулаторних умовах. Комбінований підтип найбільш часто діагностується в клінічних умовах. Незважаючи на те, що всі підтипи СДУГ асоціюються з опозиційно-визиваючою поведінкою, такий зв'язок більш виражений при комбінованому підтипі, значно ускладнюючи лікування. Більше того, комбінований підтип асоціюється з більш вираженими функціональними порушеннями порівняно з двома іншими підтипами.

Для встановлення діагнозу необхідна присутність 6 з 9 критеріїв у кожному вимірі. За наявності підвищеної неухважності (присутності шести і більше ознак з 1 виміру) та за часткової відповідності критеріям гіперактивності та імпульсивності використовується діагностичне формулювання «синдром дефіциту уваги з переважанням порушень уваги». За наявності підвищеної реактивності та імпульсивності (тобто шести і більше ознак з 2 виміру) та за часткової відповідності критеріям порушень уваги використовується діагностичне формулювання «синдром дефіциту уваги з переважанням гіперактивності та імпульсивності». У разі повної відповідності клінічної картини одночасно всім переліченим у таблиці 2 критеріям ставиться діагноз «поєднана форма СДУГ» [9].

При діагностиці необхідно також звернути увагу, що симптоми розлади повинні: з'являтися до 8 років; спостерігатися не менше 6 місяців у двох сферах діяльності дитини (у школі та вдома); не повинні виявлятися на тлі загального розладу розвитку, шизофренії та інших будь-яких нервово-психічних розладів; повинні викликати значний психологічний дискомфорт та дезадаптацію. Незалежно від критерію поширеності (наявність симптомів щонайменше у двох різних умовах), необхідно мати більше одного джерела інформації. Зазвичай – це батьки та вчителі. Це пов'язано з тим, що інформанти (як батьки, так і вчителі) спостерігають дитину в різних контекстах, що може впливати на виникнення симптомів, та інформанти сприйнятливі до різних відхилень. Батьки спостерігають дитину тривалий час і можуть надати цінну

інформацію про нейропсихологічний розвиток своєї дитини. Однак їм набагато важче прийняти його проблеми. Вчителі, з іншого боку, перебувають у постійному контакті з великою кількістю дітей одного і того ж віку, що дозволяє їм легко ідентифікувати поведінку, що відхиляється, крім того, вони мають об'єктивні методи оцінки академічної успішності, що, у свою чергу, дає їм можливість виявляти дефіцити академічних знань.

Крім отримання інформації від батьків та вчителів, клініцистам необхідно також обстежити дитину, навіть якщо під час оцінного інтерв'ю симптоми відсутні. Очікування, що в кабінеті у лікаря поведінка дитини буде руйнівною або некерованою, що дозволить відразу діагностувати у неї СДУГ, щонайменше, нереалістичні. Крім того, обстеження необхідне для того, щоб унеможливити наявність інших діагнозів. Підлітків слід розпитати у тому, які вони відчували симптоми у дитинстві. Вони зазвичай заперечують симптоми в минулому, інтерпретуючи їх як звичайну поведінку або мінімізуючи їхній вплив. Інформація, отримана від батьків та школи, може допомогти встановити вік, у якому вперше з'явилися симптоми. Клінічне інтерв'ю допоможе зібрати детальну інформацію про взаємини з однолітками та родичами, медичний анамнез, а також дані про обстеження з приводу інших психічних розладів, які можуть супроводжувати СДУГ. Важливо з'ясувати, чи мало місце непослідовне чи хаотичне виховання, насильство чи зневажливе ставлення, яке може призводити до того, що поведінка дітей стає схожою на СДУГ.

Існують специфічні проблеми обстеження дітей цієї групи. До труднощів обстеження дітей із СДУГ на початковому етапі можна віднести проблему класифікації цього розладу. Сучасні медики по-різному класифікують синдром. Поширеним на сьогодні розподілом розподілу симптоматики є DSM-IV [10]:

1. Поєднання дефіциту уваги та гіперактивності;
2. Дефіцит уваги у відриві від гіперактивності;
3. Гіперактивність без дефіциту уваги. Розлад, пов'язаний із дефіцитом уваги, є як самостійною патологією, так і наслідком іншого захворювання – генетичного, інфекційного чи психічного розладу.

Диференціальна діагностика у випадках СДУГ потребує особливої уваги, оскільки цей діагноз є скоріше діагнозом виключення. СДУГ слід диференціювати від нормальної високої активності. Необхідно пам'ятати можливість проявів індивідуальних особливостей темпераменту, а також те, що функції уваги і самоконтролю у дітей знаходяться у процесі природного розвитку. В інших випадках особливості поведінки можуть виявитися реакцією дитини на психотравматичну ситуацію, наприклад, на кризову ситуацію в сім'ї, школі або у відносинах з однолітками. СДУГ необхідно також диференціювати від астеничного синдрому при різних соматичних захворюваннях, після перенесеної черепно-мозкової травми, нейроінфекції. Для тиреотокси-

козу характерні складнощі концентрації уваги, підвищена збудливість, квапливість, невмотивована запальність, емоційна лабільність. Отоневрологічне дослідження допомагає виключити значне зниження гостроти слуху, що може виявлятися симптомами, подібними до СДУГ. У деяких випадках слід проводити диференціальний діагноз СДУГ з епілепсією. При локалізованих формах епілепсії, наприклад, скроневої чи лобової, часто спостерігаються гіперактивність та дефіцит уваги.

Розумова відсталість легкого ступеня може бути прийнята за СДУГ, тому що часто поєднується зі слабкістю активної уваги, рухового розгальмування, моторною незручністю. Для диференціального діагнозу використовують оцінку рівня інтелектуального розвитку дитини. При шизофренії гострий початок, непостійний характер гіперактивності та порушення уваги, наявність інших психопатологічних відхилень, сімейна обтяженість уможливають розмежування цього захворювання та СДУГ. Симптоматика при аутизмі може прийматися за дефіцит уваги, але додаткові симптоми – обмеженість контактів з оточуючими, уникнення погляду «очі в очі», мовного спілкування – допомагають диференціювати ці захворювання, хоча можливе їх поєднання.

Як уже було зазначено раніше, діагноз СДУГ ґрунтується на клінічних даних, і доти, поки у клініциста не виникне підозри про наявність супутнього психічного розладу, немає необхідності в додаткових [11]. Оціночні шкали необхідні для кількісного визначення наявних специфічних симптомів та їх ступеня тяжкості, а також для моніторингу реакції на лікування. Більшість нейропсихологічних тестів захищені авторськими правами та є дорогими, що обмежує їх використання, хоча специфічні тести були б дуже корисними. Тести на рівень інтелекту (наприклад, шкала Векслера) можуть бути використані для уточнення інтелектуальних порушень та їх наслідків або рівня IQ. У дослідженнях можуть використовуватися такі тести, як: Тест на тривалу підтримку функції (Continuous Performance Test (CPT-II)), Вісконсінський тест сортування карток (Wisconsin Cart-Sorting test), Тест Струпа (STROOP test), та тести «Так-ні» («Go/no go» tests).

Тест Струпа використовується для оцінки уваги. Він заснований на нашій здатності швидше і автоматично читати слова, ніж називати кольори. Когнітивний механізм, залучений у розв'язання цього завдання, називається спрямованою увагою: щоб виконати завдання, людині необхідно керувати своєю увагою, придушити чи зупинити одну реакцію, у тому щоб сказати чи зробити щось. Це один із тестів, який, незважаючи на те, що не використовується в діагностиці, дозволяє отримати дані про здатність концентрувати увагу. У той час як діагноз не може бути встановлений на підставі лише даних, отриманих за допомогою оціночних шкал, вони можуть бути використані з метою проведення скринінгу – для оцінки тяжкості симптомів та моніторингу реакції на лікування, а також його результатів. Існує ціла низка оціночних

шкал, які можуть бути як специфічними для СДУГ, так і для загальної психопатології. Більшість із них мають версії для дітей, батьків та педагогів. У табл. 3 представлені деякі із загальнодоступних оціночних шкал.

Таблиця 3.

Оціночні шкали для СДУГ, доступні для вільного клінічного використання

Шкала (віковий діапазон)	Хто проводить оцінку	Характеристика оціночної шкали
SNAP IV (5–11 років)	<ul style="list-style-type: none"> • Сам випробуваний (дитина) • Батьки • Вчитель 	Існує кілька версій: <ul style="list-style-type: none"> • Що складається з 90 питань (повна версія); оцінює декілька вимірів поведінки, не рахуючи СДУГ, і включає SKMP (для оцінки тяжкості порушень у школі); заповнення та оброблення шкали займає 30 хв. • Версія, що складається з 31 питання (включає оцінку симптомів СДУГ та опозиційно - визиваючого розладу), заповнення та обробка займає 10 хвилин часу
SWAN (5–11 років)	<ul style="list-style-type: none"> • Сам випробуваний • Батьки • Вчитель 	<ul style="list-style-type: none"> • 26 питань
SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire	<ul style="list-style-type: none"> • Сам випробуваний • Батьки • Вчитель 	<ul style="list-style-type: none"> • Оцінює загальну психопатологію, проте для скринінгу ризику виникнення СДУГ використовується субшкала • Досить чутлива, якщо проводити скринінг на «вірогідність» СДУГ • Доступна кількома мовами

Джерело: Swanson J.M., Kinsbourne M., Nigg J. et al (2007). Etiologic subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: brain imaging, molecular genetic and environmental factors and the dopamine hypothesis. Neuropsychology Review, 17: pp.39-59.; Goodman R., Ford T., Richards H. et al (2000). The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41: pp. 645-655.

Під час обстеження необхідно підтримувати позитивний настрій у контакті з дитиною. У разі виконання завдання потрібно давати підкріплення короткими фразами: «Молодець!», «У тебе виходить». У процесі обстеження допускаються короткі заохочення з боку батьків. Розгальмовану, гіперактивну дитину не можна смикати «в лоб» - краще прибрати зі столу сторонні речі, методики, які в даний момент не використовуються, щоб вони не відволікали дитину, сказавши при цьому (в якості додаткової мотивації): «А в це ми пограємо пізніше». Не слід призупиняти спроби звернення дитини до дорослого.

Зростає кількість даних, які вказують на те, що СДУГ є хронічним розладом, і симптоми можуть зберігатися в дорослому житті, хоча є розбіжність у

думках щодо їх стійкості [12]. Дослідження відрізняються оцінками – більшість відмінностей може бути пов'язано з різницями методологічних підходів, таких як визначення самої стійкості (наявність окремих симптомів або повного синдрому) або вік, в якому проводиться оцінка індивіда.

Висновки. СДУГ - захворювання з яскраво вираженим генетичним компонентом. Його успадкованість (частка фенотипічної мінливості, обумовленої адитивними генетичними факторами) оцінюється в 76%. Це один із найвищих показників серед психічних розладів. Проте, виникнення розладу не можна пояснити лише генетичними факторами. Етіологію СДУГ прийнято вважати мультифакторною, тобто, у підвищенні ризику виникнення цього захворювання відіграють роль множинні фактори середовища, генетичні та біологічні фактори. Взагалі, лише 10% дітей зараз можна назвати цілком здоровими. Інші - мають низку захворювань різного ступеня виразності. Гіперактивність - найбільш поширена форма хронічного порушення поведінки. Визначити відхилення у малюка легко - досить просто спостерігати за ним. Гіперактивні діти відрізняються зайвою емоційністю та рухливістю. Характерно ряд особливостей, притаманних цього поведінкового синдрому: відсутність концентрації уваги; непосидючість; безвідповідальність; впертість; емоційна нестійкість; запальність. Дедалі частіше лікарі ставлять дітям такий діагноз, як гіперактивність. Синдром супроводжується порушенням поведінкових навичок у дітей молодшого віку та рідше – у школярів. Батьки непосидючих малюків не завжди звертаються до лікаря, що перешкоджає нормальному розвитку дитини. Діагностика та корекція гіперактивності в ранньому віці дають позитивні результати та дозволяють дитині нормально адаптуватися в соціумі.

Література:

1. Polanczyk G., De Lima M.S., Horta B.L. et al (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164: pp.942-948.
2. Shirk S.R., Karver M.(2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71:pp.452-464.
3. Polanczyk G., Caspi A., Houts R et al (2010). Implications of extending the ADHD age-of-onset criterion to age 12: results from a prospectively studied birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49: pp.210-216.
4. Sciuto M.J., Eisenberg M. (2007). Evaluating the evidence for and against the overdiagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11: pp. 106-113.
5. Keenan K., Shaw D.S. (2003). Starting at the beginning: Exploring the etiology of antisocial behaviour in the first years of life. *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*. New York, NY: Guilford Press, pp.153-181.
6. Clements S.D., Peters J.E. (1962). Minimal brain dysfunctions in the school-age child. Diagnosis and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 6: pp.185-197.
7. Kraemer H.C. (2003). Current concepts of risk in psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 16: pp. 421-430.

8. Burke J.D., Loeber R., Lahey B.B. et al (2005). Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46: pp. 1200-1210.

9. American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*, Washington, DC: American Psychiatric Association American Psychiatric.

10. World Health Organisation (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research*, Geneva: World Health Organisation.

11. American Academy of Pediatrics/ American Heart Association clarification of statement on cardiovascular evaluation and monitoring of children and adolescents with heart disease receiving medications for ADHD. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 29:335. American Academy of Pediatrics (2011).

12. Mannuzza S., Klein R.G., Moulton J.L. (2003). Persistence of attention deficit/ hyperactivity disorder into adulthood: what have we learned from the prospective follow-up studies? *Journal of Attention Disorders*, 7: pp. 93-100.

References:

1. Polanczyk, G., De Lima, M.S., Horta, B.L. et al (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164: pp.942-948.[in English].

2. Shirk, S.R., Karver, M.(2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71:pp.452-464.

3. Polanczyk, G., Caspi, A., Houts, R et al (2010). Implications of extending the ADHD age-of-onset criterion to age 12: results from a prospectively studied birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49: pp.210-216. [in English].

4. Sciuto, M.J., Eisenberg, M. (2007). Evaluating the evidence for and against the overdiagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11: pp. 106-113. [in English].

5. Keenan, K., Shaw, D.S. (2003). Starting at the beginning: Exploring the etiology of antisocial behaviour in the first years of life. *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*. New York, NY: Guilford Press, pp. 153-181.[in English].

6. Clements, S.D., Peters, J.E. (1962). Minimal brain dysfunctions in the school-age child. Diagnosis and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 6: pp.185-197. [in English].

7. Kraemer, H.C. (2003). Current concepts of risk in psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 16: pp. 421-430.[in English].

8. Burke, J.D., Loeber, R., Lahey, B.B. et al (2005). Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46: pp. 1200-1210.

9. American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*, Washington, DC: American Psychiatric Association American Psychiatric. [in English].

10. World Health Organisation (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research*, Geneva: World Health Organisation. [in English].

11. American Academy of Pediatrics/ American Heart Association clarification of statement on cardiovascular evaluation and monitoring of children and adolescents with heart disease receiving medications for ADHD. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 29:335. American Academy of Pediatrics (2011). [in English].

12. Mannuzza, S., Klein, R.G., Moulton, J.L. (2003). Persistence of attention deficit/ hyperactivity disorder into adulthood: what have we learned from the prospective follow-up studies? *Journal of Attention Disorders*, 7: pp. 93-100. [in English].