

spect. For such parents the question how to respect the fillings and needs of their child, not to allow to make chaos from the home and family life, becomes common looking for solving of different and interesting task.

Keywords: world picture, illusory world picture, conceptions, children-parents relations, family, personality development, creation, potential, life scenario, love.

Отримано 28.01.2015

УДК 159.92

Ткач Богдан Миколайович

НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ДО РОЗУМІННЯ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ: ЕТІОЛОГІЯ, ДІАГНОСТИКА, КОРЕКЦІЯ

Ткач Б. М. НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ДО РОЗУМІННЯ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ: ЕТІОЛОГІЯ, ДІАГНОСТИКА, КОРЕКЦІЯ. Висвітлено сучасний стан проблеми синдрому дефіциту уваги (СДУГ) з гіперактивністю. Розкрито етіологію, епідеміологію, патогенез, критерії діагностики МКХ-10 та DSM-IV. Охарактеризовано нейропсихологічні та поведінкові особливості дітей з СДУГ: неухважність, гіперактивність та імпульсивність. Розглянуто структурно-функціональну систему моральної поведінки та гедоністичної мотивації. Показано причетність дисфункції орбіто-фронтальної кори префронтальних ділянок мозку до появи СДУГ. Описано коморбідні стани (порушення структури сну, афективні розлади, головний біль, енурез, синдром подразнення кишківника та ін.) та супутні розлади (навчання, моторики, спілкування). Висвітлено особливості СДУГ у сучасних дітей шляхом безпосереднього спостереження та розпитування про особливості поведінки дітей у їхніх батьків та вчителів. Показано тенденції у процесі соціалізації таких дітей у шкільне середовище. Представлено практичні рекомендації як поводитися з дітьми з СДУГ, особливості виховного та навчального процесу, а також як створити соціально прийнятні для них умови розвитку. Запропоновано для надання психологічної допомоги особам з СДУГ використовувати бригадну модель завдяки якій здійснюється модифікація поведінки, психотерапія, педагогічна і нейропсихологічна корекції, а також медичний супровід дають хороший результат, що дитина з СДУГ усвідомить свої особливості і навчиться їх враховувати в життєвих ситуаціях. До складу бригади входять нейропсихолог (виявлення слабих ланок у вищих психічних функціях та компенсація сильними, формування адаптивних моделей поведінки), шкільний психолог (інтеграція в шкільне середовище), сімейний психолог (гармонізація взаємин у сім'ї), вихователь/вчитель (мотивація і оптимізація виховного/навчального процесу), батьки (правильне та адекватне виховання), невролог/психіатр (дифдіагностика коморбідних станів, медичний супровід). Показано основні недоліки наявних критеріїв діагностики СДУГ та побажання в оптимізації критеріїв у наступному головному перегляді ВООЗ та Американською психіатричною асоціацією.

Ключові слова: синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, нейропсихологічна діагностика, нейропсихологічна корекція.

Ткач Б. Н. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПОНИМАНИЮ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ : ЭТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, КОРРЕКЦИЯ. Освещено современное состояние проблемы синдрома дефицита внимания (СДВГ) с гиперактивностью. Раскрыто этиологию, эпидемиологию, патогенез, критерии диагностики МКБ-10 и DSM-IV. Охарактеризованы нейропсихологические и поведенческие особенности детей с СДВГ: невнимательность, гиперактивность и

импульсивность. Рассмотрены структурно-функциональная система нравственного поведения и гедонистическая мотивация. Показано причастность дисфункции орбито-фронтальной коры префронтальных участков мозга к появлению СДВГ. Описаны коморбидные состояния (нарушение структуры сна, аффективные расстройства, головная боль, энурез, синдром раздражения кишечника и др.) и сопутствующие расстройства (обучение, моторики, общения). Освещены особенности СДВГ у современных детей путем непосредственного наблюдения и расспроса об особенностях поведения у их родителей и учителей. Показано тенденции в процессе социализации таких детей в школьную среду. Представлены практические рекомендации как вести себя с детьми с СДВГ, особенности воспитательного и учебного процесса, а также как создать социально приемлемые для них условия развития. Предложено для оказания психологической помощи лицам с СДВГ использовать бригадную модель благодаря которой осуществляется модификация поведения, психотерапия, педагогическая и нейропсихологическая коррекция, а также медицинское сопровождение дают хороший результат, что ребенок с СДВГ осознает свои особенности и научится их учитывать в жизненных ситуациях. В состав бригады входят нейропсихолог (выявляет слабые звенья в высших психических функциях и компенсирует сильными, формирует адаптивные модели поведения), школьный психолог (производит интеграцию в школьную среду), семейный психолог (гармонизирует взаимоотношения в семье), воспитатель / учитель (мотивирует и оптимизирует воспитательный / учебный процесс), родители (правильно и адекватно воспитывают), невролог / психиатр (дифференцируют коморбидные состояния, медицинское сопровождение). Показаны основные недостатки имеющихся критериев диагностики СДВГ и пожелания в оптимизации критериев в следующем главном пересмотре ВОЗ и Американской психиатрической ассоциацией. **Ключевые слова:** синдром дефицита внимания с гиперактивностью, нейропсихологическая диагностика, нейропсихологическая коррекция.

Постановка проблеми. Значимість проблеми синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) надзвичайно велика, внаслідок чого цей стан знаходиться в центрі професійних інтересів психологів, педагогів, психіатрів та неврологів. Хоча СДУГ не призводить до інвалідизації, проте ця хвороба створює психологічні незручності у суспільстві як оточуючим так і хворому, а також є передумовою виникнення девіантної поведінки. Радянська та українська системи освіти мають великий досвід підходу до дітей які в чомусь вирізняються від інших. Проте проблема подолання синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю залишається не вирішеною.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. У фаховій медичній та психологічній літературі СДУГ до сьогодні розглядають ще у традиційному розумінні початку 80-их років як «мінімальну мозкову дисфункцію» проявами якої є труднощі концентрації і підтримання уваги, порушення навчання та пам'яті, також складнощі у обробці екзогенної та ендогенної інформації. У ранніх працях причину вбачають у дисфункції переважно ретикулярної формації головного мозку. В останніх працях причину пов'язують з дисфункцією префронтальної кори. Також досить переконливою є біохімічна теорія – порушення у дофамінергічній та катехоламіновій системах мозку.

На сьогодні найбільш популярними у світі критеріями діагностики є DSM-IV (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition). Проте існуючі критерії у багатьох дослідників через свою описовість, ригідність, відсутність директивності, а більше спонукають до роздумів не задовольняють нових потреб часу.

Після виходу DSM-IV виникла гіпердіагностика СДУГ, будь-який непослух та неуважність призводило до постановки діагнозу та призначення лікування. Згодом фахівці взагалі СДУГ розглядали як неіснуючу нозологію, а психічні та поведінкові розлади як вікові особливості розвитку. На даному етапі СДУГ вважається хворобою. МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду) «Емоційні розлади та розлади поведінки, що починаються в дитячому і підлітковому віці» у підрозділі «Порушення активності та уваги» (F90.0) і «Гіперкінетичний розлад поведінки» (F90.1).

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Незважаючи на достатньо високу активність міждисциплінарних досліджень у психології, медицині, педагогіці та девіантології проблема СДУГ залишається не вирішеною.

Метою нашої статті є застосувавши нейропсихологічний підхід зрозуміти сутність проблеми СДУГ, віднайти шляхи її вирішення та довести справу до логічного завершення.

Завдання: розглянути сучасне розуміння етіології СДУГ; з'ясувати які діагностичні критерії є актуальними; встановити наявність евристичних та конструктивних підходів для психокорекції осіб з СДУГ.

Виклад основного матеріалу дослідження. Частота СДУГ становить 3-7% дітей шкільного віку за критеріями DSM-IV, це практично одна дитина в класі. Співвідношення дівчатка хлопчики становить 1:5.

Етіологія. Причини є біологічними: спадковість та фактори пре-/постнатального періоду розвитку.

Спадковість. У родичів хворого у порівнянні з загальною популяцією часто зустрічаються проблеми з увагою та дисципліною, труднощі у навчанні в школі (про які вони «забувають», скоріше це механізм захисту), obsesивно-компульсивний синдром (нав'язливі думки та примусові ритуали), синдром Жиль де ля Туретта (моторні тики) [12].

Гену причетного до появи СДУГ не виявлено. В принципі його не буде виявлено бо нейропсихологічне розуміння структурно-функціональної системи моральної поведінки виключає це. Проте до появи СДУГ має відношення нейромедіатор дофамін, або як його ще поетично називають «гормон мотивації». На сьогодні відомо біля 20 генів які причетні до обміну дофаміну [15; 16].

До пренатальних чинників формування СДУГ відносяться: гестаційні (токсикози, гестози, загроза переривання вагітності, передчасні пологи, пізні пологи...), вживання психоактивних речовин матір'ю під час вагітності, внутрішньоутробна гіпоксія, токсичний вплив на плід, нейроінфекції, внутрішньоутробні інфекції, резус-конфлікт, родова травма [11].

Постнатальні чинники формування СДУГ: затримка внутрішньоутробного розвитку, недоношеність, морфофункціональна незрілість організму, ураження префронтально-стріато-таламокортикальних структур мозку, морфометричні особливості мозочка, базальних гангліїв та інших церебральних структур, інтранатальна та постнатальна аноксія (гіпоксія, асфіксія), аліментарні дефіцити, вживання продуктів з генетично модифікованих організмів, штучне годування, особливості церебрального метаболізму (дофаміну, серо-

тонину, глюкози та ін.), порушення функції щитоподібної залози та інших органів ендокринної системи, токсичні чинники, інфекції, стрес різного генезу починаючи від емоційних відношень між батьками, особливостями догляду (недогляду), виховання та проживання в інституційних установах (позасімейні умови) [1; 2; 5; 6; 20].

Все це супроводжується низькою оцінкою стану новонародженого за шкалою Апгар на перших хвилинах життя.

Діагностика. В Україні психологи на практиці застосовують діагностичні критерії DSM-IV. Згідно DSM-IV виокремлюють 3 варіанти перебігу синдрому дефіциту уваги/гіперактивність (attention deficit/hyperactivity disorder) в залежності від домінуючих клінічних симптомів: синдром дефіциту уваги з гіперактивністю; синдром дефіциту уваги; синдром гіперактивності.

Тоді як психіатри користуються МКХ-10. Особливості поведінки при СДУГ поділяють на три категорії: неуважність, гіперактивність та імпульсивність.

Неуважність (дефіцит уваги) потребує як мінімум шість ознак: часто проявляється нездатність уважно слідувати за деталями чи здійснення безпечних помилок в шкільній програмі, роботи або іншій діяльності; часто не вдається підтримувати увагу на заняттях чи ігровій діяльності; часто помітно, що дитина не слухається того, що йому говорять; дитина часто не здатна дотримуватися інструкцій чи завершити шкільну роботу, побутові справи; часто порушена організація завдань та діяльності; уникає діяльності де необхідні розумові зусилля; часто губить речі; легко відволікається на зовнішні стимули; забудькуватість у щоденному житті.

Гіперактивність потребує не менше трьох ознак: часто неспокійно рухає кінцівками або сіпається на місці; полишає своє місце в класі чи іншій ситуації, коли необхідно сидіти; часто починає бігати чи кудись дертися, коли це є недоречним (у підлітковому та дорослому просто неспокій); надмірно шумний в іграх чи відчуває труднощі при тихому проведенні часу; надмірна моторна активність на яку не впливає соціальна ситуація і вимоги.

Імпульсивність потребує не менше однієї ознаки: часто дає відповіді швидше ніж завершене питання; часто не здатен вистояти в черзі; часто перебиває інших чи втручається у бесіду; часто надто багато розмовляє без адекватної реакції на соціальні обмеження.

Діагноз встановлюють на основі реєстрації ознак або характерних скарг батьків не раніше 5-6 літнього віку [18; 20].

Як бачимо критерії мають описовий характер і не визначають сутність хвороби, а це власне є недотриманням медичної моделі – нозологія прив'язана до етіології та терапії. Дану ситуацію пояснити можна ще не до кінця вивченим патогенезом психічного розладу.

Видатний нейропсихолог сучасності Е. Голдберг СДУ розглядає як легкий прояв дорзолатерального синдрому, а синдром СДУГ як легкий прояв орбіто-фронтального синдрому [3].

Справді людина з дорзолатеральним синдромом демонструють у поведінці байдужість, підвищену навіюваність і наслідування, знижену ініціативність

та цікавість до оточуючого світу, невміння дотримуватися поставленої мети, також притаманна інертність, при подоланні якої виникає інерційність у діяльності. Крайніми проявами даного синдрому є неконтрольовані відволікання і наслідування, ехалалія та ехопраксія. Тоді як людина з орбіто-фронтальним синдромом, здійснює неконтрольовані, імпульсивні вчинки, такі як крадіжки, ризикована поведінка, статева розпущеність, агресивна поведінка, вульгарність. Загалом хворі з даним синдромом справляють враження осіб з інфантильністю, а поведінку їх оцінюють як антисоціальну.

Отже дисфункція орбіто-фронтальної кори префронтальних ділянок мозку призводить до появи СДУГ.

Розуміння нейрофізіологічної відмінності між СДУГ та СДУ, а також синдромом гіперактивності визначає адекватну стратегію корекції.

Так звані чисті форми СДУГ на практиці зустрічаються досить рідко, а в поєднанні з розладами навчання (дислексія, дискалькулія, дисграфія, дизорфографія...), моторики (загальна незграбність) та спілкування (експресія мови, порушення фонації, заїкання та змішані порушення рецептивно-експресивної мови) [10; 14; 17]. Не рідкість коморбідних (поліморбідних) станів: порушення структури сну (надмірна рухливість під час сну, неспокій), афективні розлади (депресія, біполярні порушення, тривожність, панічні атаки, obsесивно-компульсивні), головний біль, енурез, синдром подразнення кишківника та ін [9; 13; 19].

Всі ці коморбідні (поліморбідні) стани потребують категоризації та нейропсихологічного осмислення а саме: каузальні – наявність двох і більше захворювань з одним механізмом розвитку (СДУГ, хвороба Альцгеймера, синдром Жилья де ля Туретта...); ускладнення основного захворювання (прогресування перебігу призводить до більшої вираженості первинного дефекту, появі вторинного та третинного дефектів); конкурентні – етіологічно не пов'язані між собою захворювання; інтеркурентні – коли на фоні захворювання із хронічним перебігом виникає гостре захворювання [7; 8].

Окрім власного спостереження за дітьми було проведено розпитування батьків та шкільних психологів про особливості поведінки дітей з СДУГ.

Шкільні психологи відмічають затримку розвитку такої соціальної функції як соціальна відповідальність. Яка проявляється некомпетентністю де і як себе вести. Притаманна низька мотивація. Живуть за принципом «хочу», «не хочу». Коли такій дитині цікаво, то виконує складні завдання, коли ні – ігнорує діяльність. Цікавість виникає у сфері близьких інтересів, ігнорує життєві обов'язки. Як показує практика, згодом така дитина усвідомлює при бесіді з батьками та вчителями, що була неправа (наприклад, пішла гуляти і не зробила домашнє завдання). Особливість в тому, що маючи досвід і знання про очікувану від неї поведінку, наступного разу знову не виконає (не дотримається) своїх обов'язків. Це є нездатність скористатися наявними знаннями. Потреба негайного вдоволення своїх бажань є домінуючою. Все вирішується «тут», «вже і негайно». Як бачимо пріоритетність має «хочу», а не «треба». Покарання виявилися неефективними бо не пов'язують покарання із своїм вчинком, а закарбовується образа на батьків.

Дитину з СДУГ можна легко спонукати до яскраво насиченої афективної реакції у поведінці: неспокій, крики, агресія... До цього часто проваюють інші діти і з захопленням спостерігають за нетиповою поведінкою. Чим саме обумовлені такі дії дитячого колективу це вже інший аспект людського буття (звичаєва культура) в основі якого також лежить нейро-фізіологічні особливості людини – прагнення періодично відчувати зміну станів свідомості.

Проблеми починаються на перервах. Діти з СДУГ є відкритими та щирими і прагнуть брати активну участь у суспільному житті. Проте «нормальні» діти швидко розуміють, що дитина з СДУГ є іншою і починають триматися осторонь і щоб залишитися в колективі та зберегти самооцінку діти з СДУГ обирають роль «блязня» і в такий спосіб привертають до себе увагу.

У бесіді із шкільними психологами було виявлено ще одну стратегію соціалізації – «купівля друзів». Крадуть у батьків гроші, цінні речі і купують солодощі, жуйки, іграшки, або власне гроші починають дарувати і в такий спосіб викликають прихильність інших. Рано чи пізно все стає явним і через таку поведінку батьків викликають до школи. Варто обговорити, крадіжка є однозначно аморальним вчинком, але в дітей з СДУГ розуміння що таке «багато», «дорого» і що таке «мало», «дешево» ще не сформовані. Тому можуть красти великі суми і цінні речі і не вбачати в цьому чогось поганого. На нашу думку нічого патологічного в цьому нема, а лише спроба привернути до себе увагу.

З вище описаного стає зрозумілим, що СДУГ містить симптомокомплекс порушень програмування і контролю дій, а тому повинна бути адекватна клініко-психологічна інтервенція.

Сучасні можливості для профілактики СДУГ. На даному етапі розвитку з'ясувати які генетичні аномалії викликають хворобу і скоректувати її ще не можемо. Проте високоякісне медичне обслуговування може мінімізувати негативні фактори у пре- та постнатальному періодах розвитку. Просвітницька робота серед батьків по догляду та вихованню дитини також істотно зменшить ризик появи патології.

У нашій роботі дуже добре зарекомендувала бригадна модель допомоги дітям з СДУГ. До складу бригади входять нейропсихолог, шкільний психолог, сімейний психолог, вихователь (вчитель), батьки, невролог чи психіатр.

Все починається з просвіти батьків, вихователя (вчителя) та оточуючих. Пояснити, що відбувається з дитиною, чому її поведінка відрізняється від інших дітей, що робити, а що не робити, які повинні бути умови розвитку (від планування власної кімнати до проведення вільного часу), навчання, харчування. Після просвітницьких лекцій батьки ставали спокійнішими і впевненішими, починали діяти адекватно, у вихователів (вчителів) та оточуючих з'являлося розуміння ситуації. Таким чином створюємо оптимальні соціальні умови для розвитку як в дитинстві так і після досягнення повноліття.

Нейропсихолог здійснював нейропсихологічну діагностику і виявляв сильні сторони вищих психічних функцій для компенсації ослабленої. Невролог чи психіатр проводив дифодіагностику, а також встановлював природу коморбідних станів. На основі цього складалося індивідуальний план освіти та розвитку.

Вихователь лояльним ставленням може компенсувати особливості поведінки дитини з СДУГ. Наприклад, коли дитині стає нецікаво і все іде до капризування, то може вилучити дитину з навчального процесу і сказати: «Ти втомився іди відпочинь».

У школі ситуація критичніша. Витримати 45 хв. обмежень є неможливим. Через 15-20 хв. втрачається здатність концентрувати увагу, починає сам відволікатися та відволікати інших. Вчитель може застосувати дидактику у якій кожні 10 хв. змінюється діяльність на уроці. Тобто переключення діяльності з одних вищих психічних функцій на інші. Давати таким дітям відпочинок, наприклад витерти дошку, можливість йому щось розказати, навіть дозволити, те що вони любляють, залізи під парту на 5 хв. щоб учень прийшов до себе. Фаховий аспект вчителя вміти мотивувати, коригувати поведінку класу та дитини з СДУГ тут є надзвичайно важливим.

Відавати дитину до корекційних класів категорично неможна. Адже дуже складно вчителю справитися з великою кількістю таких дітей. По-друге, вилучаючи таких дітей з нормального середовища порушуємо процес соціалізації та створюємо штучно дезадаптацію на майбутнє.

З гіперактивністю робити нічого не потрібно, бо в підлітковому віці вона проходить сама повністю. Залишаються проблеми з увагою у 30-70%. Низька сконцентрованість, низька мотивація до навчання, обумовлена цим низька самооцінка, порушення стратегії використання часу стають основними проблемами. У віці 23-25 роки може наступати екзистенціальна криза і розчарування від навчання та життя [4].

У несприятливих соціальних умовах формується девіантна та делінквентна поведінки. З'являються проблеми з мораллю та законом через ранні алкохолізацію, наркотизацію, розпусну поведінку, агресивність, геймерство. Тому за такими дітьми повинна бути постійна увага і ще раз увага та створення сприятливих соціальних умов.

При складних ситуаціях коли виникає протест і бунт через те що не витримує навантаження пропонується на деякий час індивідуальне навчання (основні дисципліни проходить після урочний час індивідуально з вчителем).

При сильному прояві СДУГ застосовуємо супровід (супервізія) дорослого який на себе бере роль чоловік ділянок дитини. Це по суті інтерпсихічних етап формування довільної – зовнішня регуляція. Згодом дитині дається можливість командувати в голос самій собі (екстрапсихічний етап – зовнішня самостійна регуляція), а дорослий спостерігає чи орієнтується дитина адекватно в соціальній обстановці чи ні, за потреби втручається. Коли бачимо, що в дитина думає що треба зробити і виконує (інтрапсихічний етап – саморегуляція) припиняється супровід. Виробити навик побудови правильних перцептивних гіпотез є одним із ключових завдань психокорекції.

Шкільний психолог намагається допомогти дитині інтегруватися в шкільну спільноту та не попадати під негативний вплив та стигматизацію.

Бажаним є заняття спортом, особливо командними іграми, тенісом, східними системами єдиноборств, Хатха-Йогою. Це дає можливість тренувати

увагу, розвивати стриманість та формує адаптивні моделі поведінки. Саме головне уникати завищених вимог до дитини.

Дитина наслідує поведінку батьків, тому вони повинні мати такі якості як спокій, емоційну врівноваженість, уважність, мати почуття гумору, правильно застосовувати покарання і винагороду, критичні, впевнені в собі, на негативні події реагувати нейтрально, а на нейтральні та позитивні – позитивно.

Якомога менше мати справу з гаджетами та телебаченням. Розміщення телевізора з дитячій є неприпустимим. Лімітувати доступ до Інтернету та контролювати контент яким користується дитина.

Надзвичайно важливим є правильне застосування заборони і схвалення. Забороняти лише потенційно небезпечно. Пояснювати що є безпечним, а що небезпечним.

Ставитися до дитини з СДУГ необхідно з розумінням. Оцінювати вчинок, а не особистість. Хвалити навіть маленькі успіхи. Кожного дня дитині з СДУГ повністю приділяти 15 хв. Це формує відчуття, що її люблять і турбуються не залежно від її поведінки.

Коли виникає конфліктна ситуація, або провинився – найкращим способом є ізоляція на певний час (5-15 хв.), а коли емоції стихнуть все обговорити спокійно і раціонально. Адже звинувачення викликають захисні реакції. Необхідно описати ситуацію, обговорити що не так, зробити висновки і добродушно завершити розмову. За гарну поведінку давати винагороду – речі, подароки, прогулянку у якоесь цікаве місце.

Іноколи потрібно неврологічний супровід. Призначають ноотропи чи амфетаміни (в США) для покращення уваги. При явно вираженому негативізмі, антогонізмі та бунті – нейролептики.

Нейропсихолог здійснює постійно моніторинг стану дитини та динаміку перебігу патології, коректує програму індивідуальної освіти та розвитку. Підтримує контакт з іншими членами бригади. За потреби організовує консилиуми у бригаді.

Загалом модифікація поведінки, психотерапія, педагогічна і нейропсихологічна корекції, а також медичний супровід дають хороший результат, що дитина із СДУГ усвідомить свої особливості і навчиться їх враховувати в життєвих ситуаціях.

Сучасні телекомунікаційні технології створюють можливості дистантно здійснювати корекційну роботу.

Через поліетіологічність, відносний поліморфізм СДУГ та присутність коморбідних станів критеріями ефективності клініко-психологічної інтервенції для нас є суб'єктивна оцінка батьків та оточуючих про позитивні зміни в поведінці (стриманість, виваженість, уважність) особи з СДУГ, домінування адаптивних моделей поведінки, формування правильних перцептивних гіпотез (тест Розенцвейга), покращання виконання функціональних проб (тестів) на увагу, успішність в навчанні.

Висновки та перспективи дослідження. Сучасні класифікації СДУГ опираються на категоріальних і якісних підходах в описі хвороби отриманих ще в 70 роки минулого століття. Проте зовсім відсутня культурна адаптація

та розуміння патогенезу хвороби. Зрозуміло, що у психіатрії є труднощі при узгодженні назв захворювання і визначенні критеріїв, адже поведінка людини дуже лабільна і непередбачувана тому верифікувати на основі лабораторних аналізів не вдасться. На нашу думку головним недоліком класифікацій є неможливість міняти при необхідності критерії не чикаючи головного перегляду ВООЗ та Американською психіатричною асоціацією. Адже за два з половиною десятиліття отримано гігантський масив даних як по етіології, патогенезу так і по терапії. Надзвичайно великим позитивом було б можливість застосування нової класифікації не лише психіатрами, а й психологами, педагогами, соціальними робітниками.

Нейропсихологічний підхід через евристичність та конструктивність до СДУЗ дає чітке розуміння які ланки вищих психічних процесів вийшли з ладу, чим можемо компенсувати і зробити поведінку дитини адаптивною у цьому сингулярному світі.

Беручи до уваги наші знання про СДУГ бригадна модель надання психологічної допомоги вирізняється гнучкістю та максимальною адаптацією терапії під хворого і є найоптимальнішою на сучасному етапі розвитку нейронаук.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Dirlikov B., Rosch, K. S., Crocetti, D., Denckla, M. B., Mahone, E. M., & Mostofsky, S. H.* Distinct frontal lobe morphology in girls and boys with ADHD // *NeuroImage: Clinical*, 2015. – 7. – S. 222-229.
2. *Gau S. S., Tseng, W. L., Tseng, W. Y., Wu, Y. H., & Lo, Y. C.* Association between microstructural integrity of frontostriatal tracts and school functioning: ADHD symptoms and executive function as mediators // *Psychological medicine*, 2015, 45(03) . – S. 529-543.
3. *Goldberg E.* The Executive Brain: Frontal Lobes and the Civilized Mind / E. Goldberg / – Oxford University Press, 2002. – 272 p.
4. *Heath C.L., Curtis, D.F., Fan, W., & McPherson, R.* The Association Between Parenting Stress, Parenting Self-Efficacy, and the Clinical Significance of Child ADHD Symptom Change Following Behavior Therapy // *Child Psychiatry & Human Development*, 2015, 46(1), 118-129.
5. *Krain A. L., & Castellanos, F. X.* Brain development and ADHD // *Clinical psychology review*, 2006, 26(4), 433-444.
6. *Lovell B., Moss, M., & Wetherell, M. A.* The psychophysiological and health corollaries of child problem behaviours in caregivers of children with autism and ADHD // *Journal of Intellectual Disability Research*, 2015, 59(2), 150-157.
7. *Mahone E., Koth, C. W., Cutting, L., Singer, H. S., & Denckla, M. B.* Executive function in fluency and recall measures among children with Tourette syndrome or ADHD // *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2001, 7(01), 102-111.
8. *Miller T. W., Nigg, J. T., & Faraone, S. V.* Axis I and II comorbidity in adults with ADHD // *Journal of abnormal psychology*, 2007, 116(3), 519.
9. *Newcorn J. H., Halperin, J. M., Jensen, P. S., Abikoff, H. B., Arnold, L. E., Cantwell, D. P., ... & Vitiello, B.* Symptom profiles in children with ADHD: effects of comorbidity and gender. // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2001, 40(2), 137-146.

10. *Pliszka Steven R.* Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Vol 9(3), Jul 2000, 525-540.
11. *Rubia K.* Neuro-anatomic evidence for the maturational delay hypothesis of ADHD // *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2007, 104(50), 19663-19664.
12. *Schachar R.* Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Recent Updates and Future Prospects // *Current Developmental Disorders Reports*, 2014, 1(1), 41-49.
13. *Schneider H. E., Lam, J. C., & Mahone, E. M.* Sleep disturbance and neuropsychological function in young children with ADHD // *Child Neuropsychology*, 2015, 1(1), 1-14.
14. *Steinberg E. A., & Drabick, D. A.* A Developmental Psychopathology Perspective on ADHD and Comorbid Conditions: The Role of Emotion Regulation // *Child Psychiatry & Human Development*, 2015, 1-16.
15. *Stergiakouli E., Martin J., Hamshere M. L., Langley K., Evans D. M., St. Pourcain B., Smith G. D.* Shared genetic influences between attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) traits in children and clinical ADHD // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2015, 1 (2) 55-68.
16. *Tong J. H., Cummins, T. D., Johnson, B. P., McKinley, L. A., Pickering, H. E., Fanning, P., ... & Bellgrove, M. A.* An association between a dopamine transporter gene (SLC6A3) haplotype and ADHD symptom measures in nonclinical adults // *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 2015, 168(2), 89-96.
17. *van Belle J., van Raalten, T., Bos, D. J., Zandbelt, B. B., Oranje, B., & Durston, S.* Capturing the dynamics of response variability in the brain in ADHD // *NeuroImage: Clinical*, 2015, 7, 132-141.
18. *Watson S. M. R., Richels, C., Michalek, A. P., & Raymer, A.* Psychosocial Treatments for ADHD A Systematic Appraisal of the Evidence // *Journal of attention disorders*, 2015, 19(1), 3-10.
19. *Wilens T. E., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M. C., Blake, C., & Spencer, T. J.* Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2002, 41(3), 262-268.
20. *Woods S. P., Lovejoy, D. W., & Ball, J. D.* Neuropsychological characteristics of adults with ADHD: a comprehensive review of initial studies // *The Clinical Neuropsychologist*, 2002, 16(1), 12-34.

Tkach B. M. NEUROPSYCHOLOGICAL APPROACH TO UNDERSTANDING OF ADHS: ETIOLOGY, DIAGNOSTICS, CORRECTION. Modern condition of problem of attention deficit with hyperactivity syndrome (ADHS) is considered. Etiology, epidemiology, pathogenesis and diagnostic criteria of ICD-10 and DSM-IV are also considered in the article. Neuropsychological and behavioral peculiarities of children with ADHS like inattention, hyperactivity and impulsiveness are characterized here. Structural and functional system of moral behavior and hedonistic motivation are studied. Involvement of orbit frontal cerebral cortex of prefrontal brain areas dysfunction in ADHS appearance is shown. Comorbidities like infraction of sleep structure, affective disorders, headache, enuresis, irritable bowel syndrome, etc. and related disorders, for example, disorders of studying, motility and communication are described. Features of ADHS of modern children are studied through direct observation and survey among parents and teachers about behavior peculiarities of children. Tendencies of socializing process of these children in school environment are shown. Practical

recommendations (how to deal with ADHS children, how to make socially acceptable conditions for development and peculiarities of educational process) are presented. To provide psychological assistance for people with ADHS we propose using a brigade model owing to which modification of behavior, psychotherapy, educational and neuropsychological correction and medical accompaniment make good results. It means ADHS child realizes his or her features and learns to consider them in different situations. The brigade includes the neuropsychologist (detection of weak links in high psychical functions and replacing them with strong ones, forming of adaptive behavior models), school psychologist (integration into school environment), family psychologist (harmonization of family relations), teacher (motivation and optimization of educational process), parents (right and adequate family education), neurologist or psychiatrist (differential diagnostics of comorbidities, medical assistance). Main disadvantages of existing criteria for ADHS diagnostics and advice for criteria optimization in the following reconsideration by WHO and American psychiatric association are shown in the article.

Keywords: attention deficit with hyperactivity syndrome (ADHS), neuropsychological diagnostics, neuropsychological correction.

Отримано 30.01.2015

УДК 159.98

Чичуга Марина Михайлівна

МЕТОДИКА ПРОФІЛАКТИКИ ДЕСТРУКТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ НАЧАЛЬНИКІВ ВІДДІЛЕНЬ СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ УСТАНОВ ВИКОНАННЯ ПОКАРАНЬ

Чичуга М. М. МЕТОДИКА ПРОФІЛАКТИКИ ДЕСТРУКТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ НАЧАЛЬНИКІВ ВІДДІЛЕНЬ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ УСТАНОВ ВИКОНАННЯ ПОКАРАНЬ. В статті висвітлено основні положення авторського тренінгу, направлено на профілактику та корекцію деструктивних психічних станів і якостей молодих начальників відділень соціально-психологічної служби, які працюють до 3 років в установах виконання покарань. Апробована авторська програма тренінгу в травні – листопаді 2014 року на базі заочного факультету Інституту кримінально-виконавчої служби Національної академії внутрішніх справ. Визначено, що тренінг складається з чотирьох модулів: актуалізація проблем деструктивних психічних станів в роботі персоналу УВП; визначення основних деструктивних психічних станів, які присутні в професійній діяльності начальників відділень СПС УВП; техніки мінімізації впливу деструктивних психічних станів на ефективність службової діяльності та особистість начальників відділень СПС УВП; формування активної особистісної позиції щодо протидії впливу деструктивним психічним станам на ефективність професійної діяльності та особистість начальників відділень СПС УВП. Проведений кількісний та якісний аналізи результатів тренінгу, а також аналіз статистичних даних за допомогою непараметричного критерію Манна-Уїтні, показав, що зміни в деструктивних психічних станах та якостях працівників відбулися. Виявлено, що програма профілактики та корекції деструктивних психічних станів начальників відділень соціально-психологічної служби установ виконання покарань є ефективною.

Ключові слова: деструктивні психічні стани, корекція, професійне вигорання, професійна деформація, профілактика, тренінг.

Чичуга М. М. МЕТОДИКА ПРОФИЛАКТИКИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ НАЧАЛЬНИКОВ ОТДЕЛЕНИЙ СОЦИАЛЬНО-